UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

PARTO FORZADO RAPIDO

PROVOCACIÓN Y TERMINACIÓN

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

PEDRO PRIETO

Ex-practicante de la Asistencia Pública.
Ex-interno por concurso del Hospital Rivadavia

BUENOS AIRES
IMPRENTA Y CASA EDITORA
de
AGUSTÍN ETCHEPAREBORDA
Tacuarí 359
—
1901

PARTO FORZADO RÁPIDO

PROVOCACIÓN Y TERMINACIÓN

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

PARTO FORZADO RAPIDO

PROVOCACIÓN Y TERMINACIÓN

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

PEDRO PRIETO

Ex-practicante de la Asistencia Pública.

Ex-interno por concurso del Hospital Rivadavia

BUENOS AIRES

IMPRENTA Y CASA EDITORA

de

AGUSTÍN ETCHEPAREBORDA

Tacuarí 359

1901

Art. 162 del Reglamento de la Facultad.—La Facultad no se hace solidaria de las opiniones vertidas en la Tesis.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Decano

DR. D. JUAN R. FERNÁNDEZ.

Vicedecano

DR. D. JOSÉ T. BACA.

Académicos Titulares

DR. D. LEOPOLDO MONTES DE OCA.
„ „ JOSÉ T. BACA.
„ „ RAFAEL HERRERA VEGAS.
„ „ JACOB DE TEZANOS PINTO.
„ „ EUFEMIO UBALLES.
„ „ JUAN R. FERNÁNDEZ.
„ „ ENRIQUE E. DEL ARCA
„ „ PEDRO N. ARATA.
„ „ MANUEL BLANCAS.
„ „ ROBERTO WERNICKE.
„ „ PEDRO LAGLEYZE.
„ „ JOSÉ PENNA.
„ „ LUIS GÜEMES.
„ „ ELISEO CANTÓN.
„ „ GREGORIO N. CHAVES.

Académicos Honorarios

DR. D. ERNESTO ABERG.
„ „ EDUARDO WILDE.
„ „ MARTÍN SPUCH.
„ „ TELÉMACO SUSINI.
„ „ EDMUNDO NOCARD.
„ „ EMILIO R. CONI.
„ „ OLYNTHO DE MAGALHAES.

Secretario Titular

DR. D. ZENÓN AGUILAR.

Prosecretario

DR. D CARLOS ROBERTSON.

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos titulares	
Zoología médica	Doctor	Pedro Lacavera
Física médica	»	Jaime R. Costa.
Química médica	»	Atanasio Quiroga.
Botánica médica	»	Martín Spuch.
Química médica	»	Pedro N. Arata.
Histología	»	Rodolfo de Gainza.
Anatomía descriptiva	»	Juan José Naón.
Patología general	»	Roberto Wernicke.
Anatomía topográfica	»	Juvencio Z. Arce.
Fisiología	»	Pedro J. Coronado.
Anatomía patológica	»	Telémaco Susini.
Bacteriología	»	Carlos Malbrán
Higiene	»	Melitón G. del Solar.
Materia Médica	»	Justiniano Ledesma.
Medicina operatoria	»	Adalberto Ramaugé.
Clínica ginecológica	»	Enrique Bazterrica.
» Oto-rino-Laringológica	»	Eduardo Ovejero.
» Dermatológica y sifilográfica	»	Baldomero Sommer.
Patología externa	»	Obdulio Hernández.
Patología interna	»	Marcial V. Quiroga.
Clínica Oftalmológica	»	Pedro Lagleyze.
» Médica	»	Luis Güemes.
» Epidemiológica	»	José Penna.
» Quirúrgica	»	Julián Aguilar.
» Neurológica	»	José M. Ramos Mejía.
» Médica	»	Francisco Sicardi.
Medicina legal	»	Francisco de Veyga.
Clínica Quirúrgica	»	Antonio C. Gandolfo.
» Médica	»	Gregorio N. Chaves.
» Obstétrica	»	Samuel Molina.
Toxicología experimental	»	Juan B. Señorans.
Clínica Pediátrica	»	Manuel Blancas.
» Médica	»	Abel Ayerza.
» Genito urinaria (hombre)	»	Federico Texo.
» Psiquiátrica	»	Domingo Cabred.
» Quirúrgica	»	Alejandro Castro.
Clínica Obstétrica	»	Eliseo Cantón.

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas		Catedráticos sustitutos
Zoología Médica		Vacante
Física médica	Doctor	J. J. Galiano (en ejerc.)
Química médica	»	F. Bosque y Reyes
Botánica médica	»	Lucio Durañona R. S. Kolbe
Química médica	»	Francisco P. Lavalle
Histología	»	Samuel de Madrid
Anatomía descriptiva	»	Juan D. Piñero J. López Figueroa
Patología general	»	G. Aráoz Alfaro
Anatomía topográfica	»	Avelino Gutiérrez
Fisiología	«	Horacio Piñero
Anatomía patológica	»	José Badía
Bacteriología		Vacante
Higiene	»	Enrique Revilla
Materia médica	»	Enrique E. del Arca Angel M. Centeno
Medicina operatoria	»	Nicolás Repetto Alfonso Masi
Clínica ginecológica	»	Alfredo Lagarde José F. Molinari
Clínica Oto-rino Laringológica	»	Wenceslao Tello E. V. Segura (en ejerc.)
Clínica dermatológica y sifilográfica	«	M. Aberastury
Patología externa	»	Pascual Palma Daniel J. Cranwell
Patología interna	»	Vacante
Clínica oftalmológica	»	Francisco Barraza. Teófilo A. Moret
Clínica médica	»	Patricio Fleming
Clínica epidemiológica	»	Vacante
Clínica quirúrgica	»	Juan B. Justo
Clínica neurológica	»	José A. Esteves José A. Semprum
Clínica médica	»	Ricardo Colón
Medicina legal	»	Domingo S. Cavia
Clínica quirúrgica	»	Diógenes Decoud Alejandro Posadas
Clínica médica	»	Julio Méndez Ignacio Allende
Clínica obstétrica	»	Fanor Velarde
Toxicología experimental	»	Juan Alba Carreras
Clínica pediátrica	»	Antonio F. Piñero Facundo Larguía
Clínica médica	»	Vacante
Clínica genito urinaria (hombre)	»	Pedro Benedit
Clínica psiquiátrica	»	Benjamín T. Solari
Clínica quirúrgica	»	Vacante
Clínica obstétrica	»	Vacante

ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Cated. titulares	Cated. sustitutos
Botánica sistemática aplicada á la Farmacia.....	Dr. Adolfo Mujica	Vacante
Química inorgánica aplicada á la Farmacia.....	» Miguel Puiggari	"
Farmacognosia vegetal y animal.....	» Juan A. Boeri	Juan A. Domínguez
Química orgánica aplicada á la Farmacia.....	» Pedro N. Arata	Vacante
Farmacia galénica (Técnica farmacéutica).....	» J. Manuel Irizar	"
Higiene	» Ricardo Schatz	"
Química analítica toxicológica.	" Atanasio Quiroga	"
Ensayo y determinación de drogas.....	" J. Manuel Irizar	"

ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Cated. titulares	Cated. sustitutos
Parto fisiológico y clínica obstétrica.....	Dr. J. R. Fernández	Vacante
Parto distócico y clínica obstétrica.....		

ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

Asignaturas	Cated. titulares	Cated. sustitutos
Anatomía, fisiología, patología.	Dr. León Pereira	Vacante
Cirugía protética, higiene, materia médica y terapéutica dentaria, medicina legal.....	" N. Etchepareborda	Vacante

PADRINO DE TESIS

ACADÉMICO DR. ENRIQUE E. DEL ARCA

Á LA MEMORIA DE MIS MUERTOS QUERIDOS

A MI VIRTUOSA MADRE

Á VOS OS DEBO TODO

A MIS HERMANOS

Señores Académicos:

Señores Profesores:

El trabajo que presento á vuestra consideración no encierra nada nuevo; he procurado imprimirle un sello esencialmente práctico, reuniendo en él aquellos casos que más frecuentemente motivan el género de intervención obstétrica que voy á tratar.

He elegido este asunto, porque he creído contar con una pequeña dosis de conocimientos prácticos adquiridos durante mi internado en la maternidad del hospital Rivadavia, que me permitirían abordarle con cierta conciencia.

Lejos de mí la idea de hacer alarde de una preparación que estoy distante de tener, y que sería impropia y hasta ridícula en quien tiene todavía mucho que andar para independizarse, separándose de la tutela de aquellos que le han

educado y formado en la honrosa, á la par que difícil profesión de la medicina.

Vuestra benevolencia ha de tolerar las incorrecciones que son inherentes á los que emprenden por primera vez tareas como esta, y si el humilde y modesto trabajo que os presento, en el que he puesto todo mi empeño, consigue merecer vuestra aprobación, quedarán colmadas las aspiraciones de su autor.

HISTORIA

En el curso del siglo XVI, médicos, cirujanos y parteras estiman que toda terapéutica era impotente, y por consiguiente inútil, frente á ciertos accidentes de la preñez ó del parto; colocaban todas sus esperanzas en Dios y quedaban en la inacción.

Ambrosio Paré, hacia el fin de su vida, piensa que sería posible y útil precipitar la terminación del parto extrayendo el niño por los pies, y que este era el solo medio de salvar las mujeres cuya vida era amenazada por una hemorragia. Bien que este gran cirujano no haya escrito nada, es á él que es necesario hacer remontar las primeras tentativas de parto forzado; es lo que se desprende de lo que dice su discípulo Guillemeau. «El año 1599 Madame Simón, hija de M. Paré, consejero y primer cirujano del rey, estaba presta

á parir y fué sorprendida de una gran hemorragia, teniendo cerca de ella á Mademoiselle Charrone por partera, siendo semejantemente atendida de M. Hautin, médico ordinario del rey y doctor en medicina de París, y M. Rigault, médico también de París, en razón de los grandes síncopes que la tomaban cada cuarto de hora por la pérdida de sangre que ella tenía. M. Marchand mi yerno y yo, fuimos llamados, pero encontrándola casi sin pulso, teniendo la voz débil, los labios azulados, yo hago el pronóstico á su madre y á su marido que ella estaba en gran peligro de su vida y que no habría más que un medio para salvarla de ese mal que era de librarla prontamente, lo que yo había visto practicar á M. Paré, su padre, que me lo había hecho hacer á una señorita de Madame de Senneterre. Entonces la dicha madre y el marido nos conjuraron de socorrerla, que ellos la ponían en nuestras manos para disponer; así prontamente según la opinión de los señores médicos que estaban presentes, ella fué felizmente parida de un niño lleno de vida.» (De l'heureux accouchement des femmes. París 1609, página 229. La 2ª edición de este libro aparece en 1620).

Más lejos él dice todavía: «Hace 25 años que yo he visto hacer esta práctica á M. Paré y á Hubert á los cuales, como de muchas otras ex-

periencias, estamos obligados de reconocer y confesar haber aprendido de ellos.»

Sin embargo, Guillemeau es considerado como el promotor del parto forzado, sobre la utilidad del cual él vuelve en muchos capítulos de sus obras. He aquí, por ejemplo, como se expresa en el capítulo intitulado «El medio de socorrer la mujer cuando la placenta se presenta la primera»: «sin falta lo más expediente será de buscar los pies del niño como nosotros hemos dicho y de traerle suavemente por ellos». Esta sería una descripción muy incompleta si no se transportara al pasaje al cual Guillemeau envía; por consiguiente, aquí se encuentra «.....la mujer..... siendo así colocado, el cirujano hará correr su mano untada entre los labios de la matriz, y entrará en él conducto de ella, á fin de arrastrar todos los grumos de sangre que podían estar contenidos. Considerará si el cuello interno de la matriz es suficientemente dilatado para poner la mano y volver el niño si hay necesidad, y cuando el dicho cuello no sea dilatado, lo más suavemente que él pueda, y sin violencia, le engrasará en todas las partes con la manteca ó la pomada, y poco á poco dilatándole, introducirá las manos. Si las membranas no están rotas no habrá dificultad en romperlas.....» Y Guillemeau describe enseguida la versión á la extracción del niño por los pies, y recomienda de tirar-

los sin violencia y suavemente..... «dando algún lugar á la madre de respirar, recomendándole de esforzarse cuando ella sienta algunos entuertos y dolores.» (Edición de 1620, página 221). Al mismo tiempo que Guillemean en «L'Heureux Accouchement» lleva la fecha de 1609, vivía Luisa Burgeois, partera de la reina María de Medicis, que publica así en 1609 un libro titulado «Observations diverses» en el cual describe el parto forzado como el mejor tratamiento de las pérdidas de sangre sobrevenidas durante el parto. Su libro lleva, por consiguiente, la misma fecha que aquél de Guillemeau. Sin embargo, Astruc (1676), la designa como la creadora del parto forzado y no cita para nada á Guillemeau. Madame Boivin va más lejos; ella reprocha á Guillemeau de no haber mencionado el medio imaginado y empleado por Luisa Burgeois (Madame Bovin, prefacio de la traducción del Tratado de las hemorragias por Rigby, París 1818, página 28) ¿Qué pensar de esta pretendida prioridad? Para ser edificado á este respecto, basta recordar lo que hemos dicho de la práctica de A. Paré que muere en 1590, y de llevarse á la observación de su hija parteada por Guillemeau en 1599, y de leer otra observación del mismo cirujano recogida en 1603 y en la cual se trataba de una señora atacada de una hemorragia grave durante su parto, y que era

precisamente cuidada por Luisa Burgeois y diferentes médicos, entre los cuales figuran Honoré, cirujano del rey, y Riolan, Guillemeau fué llamado en consulta y aconseja terminar el parto, lo que fué hecho por Honoré.

Esta observación era muy importante para que Luisa Burgeois la hubiera olvidado cuando publicaba su libro, pero ella no hace, sin embargo, ninguna mención.

De otra parte, la descripción dada por Luisa Burgeois es bien inferior á aquella de Guillemeau, y se notan algunas expresiones muy imaginadas que llaman la atención: el verdadero remedio para socorrer las mujeres que pierden sangre, era de partearlas pronto, y dice que es necesario vigilarlas *como el gato al ratón.* (1)

Como quiera que sea, el parto forzado reina casi sin contestación durante el siglo XVII y parte del XVIII. Pero se emplea con más respeto que Luisa Burgeois; Mauriceau particularmente, muy buen espíritu para admitir que la violencia pueda ser ventajosa, imita la prudencia de Guillemeau y procede sin precipitaciones; él es, por lo tanto de opinión que es necesario terminar el parto tan ligero como sea posible; se vanagloria

---

(1) Hacemos está relación, á riesgo de extendernos mucho en este artículo, más que por aclarar la prioridad de uno ú otro partero, por hacer la historia cronológica del parto forzado.

de haber por esta práctica salvado muchas vidas; así recuerda con tanta tristeza como amargura la observación de su hermana que muere de hemorragia porque, dice, el cirujano que había sido llamado cerca de ella, no había ensayado de repetir lo que es mal juicio en su propia causa, pues Mauriceau una vez llegado cerca de su hermana queda muchas horas en la inacción y no la partea más que *in extremis*.

Portal, Pen, Livret, después de haber roto las membranas ponen todavía menos precipitación que Guillemeau y Mauriceau antes de ir á extraer el niño. Smellie, cuando él hacía la versión para remediar una hemorragia, no terminaba la extracción del niño, y Deleurye le dejaba encajado hasta el pecho á fin de dar á la matriz el tiempo de disminuir de volumen (Deleurye Traité des accouchem, edición 1707, página 367).

Leroux dice á este respecto: «..... no se debe precipitar de tirar del niño después de haberle vuelto; es necesario solamente cuando se ha cogido uno ó dos pies servirse para acarrear las nalgas sobre el orificio interno, y cuando se haya conseguido, abandonar el parto á la naturaleza, ó no ayudarlo más que muy débilmente. La presencia de las nalgas sobre el orificio de la matriz hace el oficio de tapón, le cerrará herméticamente y se opondrá por ese medio al derrame de

sangre «Leroux Observ. sur les pertes du sang des femmes en couches, Dijon 1776, página 98». Se puede ver en Leroux un precursor de la versión de Braxton Hicks.

En el comienzo del siglo XIX Maygrier (1814) recurre el parto forzado pero con circunspección; Desormeaux y P. Dubois lo aconsejan en los casos extremos. Cuando el orificio interior no se agranda suficientemente bajo la mano, P. Dubois le incindía con un bisturí en forma de creciente; Chailly con un bisturí con ligeras curvas sobre sus bordes (Chailly, Traité practique des arts des accouchem. París 1853, página 457 y 458). Era en alguna manera el preludio de las grandes incisiones que Dührssen aconseja posteriormente en la eclampsia.

La manera de penetrar en el huevo era de otra parte variable; ya reintroducían la mano como se hace cuando se quiere practicar la versión por maniobras internas, y se la llevaba enseguida por encima del orificio interno perforando indiferentemente membranas ó placenta; ya se contorneaba este último órgano para abrir las membranas por encima de su borde. Pero la perforación directa de la placenta no era siempre fácil, mejor valía en general contornearla (Mariceau, Baudelocque). Una vez la dilatación del cuello obtenida y las membranas rotas, la versión había

al principio sido universalmente adoptada; más tarde se la substituye por el forceps en un cierto número de casos. Que se haya dado la preferencia á la versión ó al forceps, lo más frecuentemente no se conformaban con la práctica de Smellie, de Deleurye y de Leroux y se ensayaba de extraer el niño antes que el orificio uterino hubiera alcanzado una dilatación suficiente para dejar pasar fácilmente la cabeza del feto; así el cuello oponía frecuentemente una resistencia invencible ó se desgarraba, y no era este uno de los menores reproches del parto forzado.

Las estadísticas eran de otra parte poco satisfactorias: Rigby señala 106 observaciones de hemorragias uterinas entre las cuales él reconoce 43 veces una inserción viciosa de la placenta; en esos 43 casos él practica el parto forzado ó al menos la extracción del feto y 12 mujeres sucumben; la mortalidad fué, por consiguiente, de 27.90 por 100 (Rigby, traducción por Madame Boibin, París 1818, página 119). Los hechos reunidos por Simpson dan también una mortalidad grande. No es, por consiguiente, sorprendente que el parto forzado haya sido dejado por la mayor parte de los parteros, desde que la simple perforación de las membranas ó el taponamiento vaginal fueron erigidos en métodos de tratamiento de las hemorragias por inserción viciosa. Pero en realidad él

no ha sido jamás abandonado; en todas las épocas, en efecto, la terminación pronta del parto ha sido considerada como el mejor medio de poner fin á esas hemorragias, y para conseguirlo, la versión por maniobras internas fué puesta en honor, como lo es todavía actualmente cuando el orificio uterino está dilatado ó dilatable, y numerosos médicos piensan que en las mujeres atacadas de inserción viciosa de la placenta, el orificio uterino mientras que él está aún incompletamente dilatado puede, sin embargo, en razón de su gran vascularización ser bastante dilatable para dejar pasar la mano y no temer de llevar á cabo en esas condiciones el parto forzado y la versión por maniobras internas, salvo de no terminar la extracción del feto como Smellie, Deleurye y Leroux habían aconsejado.

Hoy hay una marcada tendencia á volver más francamente al parto forzado y la prueba encontramos en los trabajos de Fournier, Bossi, Harris y Bonnaire.

Camilo Fournier practica en 1895 el parto forzado en una mujer atacada de inserción viciosa de la placenta. Veremos como ese autor se expresa respecto del parto forzado que ejecuta tambie en otras complicaciones.

El profesor Bossi de Novare, ha publicado en 1890 un procedimiento particular de dilatación

mecánica del cuello del útero y le describe de nuevo en 1896 (L'obstetrique, número del 15 de Agosto de 1896). Se sirve de un dilatador mécanico de tres ramas que él ha inventado y con ayuda del cual ha conseguido dilatar completamente el cuello en un lapso de tiempo que ha variado entre 15 minutos y 1 hora y 30 minutos.

Ha provocado el parto 112 casos de esta manera y se vanagloria mucho del empleo de su método.

El doctor Harris, de Paterson, en una memoria de 1894 describe un procedimiento nuevo con el que ha practicado muchas veces el parto forzado con excelentes resultados. Dos modificaciones caracterizan el parto forzado tal como Harris lo practica: de una parte él dilata el cuello de una manera particular; de otra parte, imitando la conducta de Braxton Hicks, él deja el feto ser expulsado expontáneamente, á menos que su extracción no parezca fácil.

En 1897 M. Bonnaire (Presse Medicale número del 14 de Agosto de 1897) señala un procedimiento ideado por él con el que practica el parto forzado con resultados satisfactorios.

Las memorias de Harris y de Bonnaire indican una vuelta al parto forzado por dilatación metódicamente rápida. Los procedimientos de estos autores, sancionados por numerosos hechos,

tienen la gran ventaja de poder ser puestos en práctica sin utensilios especiales. Como se ve por la reseña que acabamos de hacer, las primeras tentativas de parto forzado, propiamente dicho, se refieren á mujeres atacadas de hemorragias graves; poco á poco sus indicaciones se han ido extendiendo á otros accidentes ó complicaciones de la preñez y del parto, al mismo tiempo que aumenta el número de parteros que lo practican. Hoy, poseedores de instrumentos y procedimientos nuevos, se ha hecho una operación bien reglada, metódica, de fácil ejecución, que la práctica de estos últimos años ha autorizado, y que el porvenir no haría sino confirmar.

DEFINICIÓN

Con el nombre de parto forzado, entendemos, dice Cuzzi, el acto operatorio mediante el cual penetramos rápidamente y con fuerza aĺ través del cuello del útero no preparado ó insuficientemente preparado, con el objeto de vencer rápidamente su resistencia y de hacerla seguir inmediatamente de la extracción del feto.

Esta definición concuerda en parte con aquella de Auvard que llama parto forzado á la extracción manual ó instrumental del feto, cuando la dilatación del cuello es suficiente á su pasaje, y decimos en parte, ya que esa definición de Auvard comprende también aquellos casos en que es suficiente un simple desbridamiento del orificio uterino para dar pasaje al feto.

Vinay dice que el parto forzado, propiamente dicho, consiste en la dilatación brusca de un cuello incompletamente abierto.

Rizzoli, al nombre de parto forzado quiere sustituir aquel de parto provocado artificial, inmediato, instantáneo, porque aunque no violento, dice, debe efectuarse con la mayor posible urgencia; pero no nos parece que la larga denominación, como la definición, corresponda exactamente á todos los casos.

Sea como fuere, el parto forzado no es un acto operatorio único, sino más bien un conjunto de operaciones, pues en el mayor número de casos reclama la dilatación forzada del cuello del útero, la extracción manual ó instrumental del feto, y frecuentemente también el alumbramiento artificial.

GENERALIDADES

Durante largo tiempo los operadores retrocedían delante de la inviolabilidad de la preñez; se consideraba un crimen violentar la obra de la naturaleza aun en presencia de peligros inminentes para la madre y el feto.

Compréndese fácilmente los temores de aquellos tiempos donde la escasez de medios, junto á ciertos conceptos é ideas falsas, detenían á los operadores.

Hoy no han desaparecido todavía del todo, pues existen médicos timoratos que considerando empresa temeraria las intervenciones del género de la que tratamos, recurren á medios retardarios, con los cuales frecuentemente sólo se consigue agravar los peligros.

He visto ingresar al hospital parturientas en

lamentable estado, que habían sufrido tratamientos ineficaces repetidos, en los cuales se perdió un tiempo precioso, cuando con intervenciones más decisivas, más beneficiosas, se hubiera podido evitar grandes males á la madre y al niño, recurriendo á medios que se creen violentos, lesionadores, pero que son lógicos é imprescindibles en circunstancias dadas.

Necesítase, pues, sacudir esas vacilacioues, recurriendo á la única operación que puede garantizar, en los casos que exigen su ejecución, la vida de los seres cuyos cuidados se nos encomienda.

El parto forzado, que tenía antiguamente tan mala reputación, que no ha perdido hoy completamente, se ha hecho una operación mejor aceptada desde el advenimiento de la antisepsia; la dilatación gradual de la cavidad cervical por medio de los dedos y de la mano, lo mismo que las incisiones liberatrices de la porción vaginal del cuello, se han hecho menos nefastas.

Cuando se quiere apreciar las ventajas é inconvenientes de esta operación, es necesario hacer una distinción entre los resultados antiguos, tales como se les obtenía antes del descubrimiento de la anestesia y de la antisepsia, y los resultados que tenemos actualmente. La supresión del dolor y de la infección, ha sido un doble progreso, por-

que se han podido apartar los dos peligros principales, la exageración de la exitabilidad refleja, y la septicemia que venían á complicar las intervenciones.

La dilatación de la cavidad cervical, considerada largo tiempo, con justa razón, como una operación detestable, porque producía desgarraduras y accidentes infecciosos, se hace actualmente con menos brutalidad y menos peligros; los instrumentos dilatadores y los procedimientos manuales en uso, permiten realizar esta abertura en condiciones que se aproximan al parto normal.

Por lo que respecta á las condiciones que permiten efectuar el parto forzado, debemos decir que ellas varían según que se trate de una primípara ó de una multípara. Naturalmente, á igualdad de condiciones, el acto operatorio resultará más fácil y más rápido en la mujer que ha tenido hijos que en la primípara.

Porque el parto forzado, para cumplirse en una primípara, es indispensable que el trabajo se haya iniciado, que el cuello, ablandado en toda su extensión, haya sentido ya la influencia de la contracción uterina, mejor todavía, que haya desaparecido, que el segmento inferior se haya adelgazado, que el orificio externo tenga una cierta permeabilidad.

En la pluríparа, al contrario, el parto forzado puede cumplirse durante la preñez, porque el orificio uterino ha ya cedido y el cuello está reblandecido y el canal cervical permeable al dedo en toda su extensión.

Hemos creído conveniente distinguir, con un fin práctico y para mejor comprensión de lo que estudiaremos, tres circunstancias distintas que pueden presentarse en las contingencias más comunes que pueden exigir el parto forzado.

1.ª Los casos de urgencia que llamaremos relativa, en los que se dispone de algún tiempo, que no es posible precisar en cifras y que el criterio del médico sabrá apreciar.

2.ª Los casos de urgencia rápida, en los que es preciso proceder con rapidez y presteza.

3.ª Los casos de urgencia extrema, absoluta, en los que se debe intervenir sin dilación alguna.

Considero la operación que se practica al través de las vías genitales generalmente insuficientes, y que hay que preparar rápidamente para el pasaje del feto, en las contingencias, algunas veces gravísimas, de los últimos meses de la preñez y del trabajo, para las que puede ser llamado el médico con urgencia, y en las que el parto forzado es la operación necesaria.

Indicaré los procedimientos aplicables á cada caso, lo mismo que al detallar los métodos é instrumentos, haremos resaltar aquéllos de mayores efectos prácticos, por ser los más expeditivos y beneficiosos.

INDICACIONES

En las circunstancias patológicas que vamos á estudiar, el parto forzado se impone como operación de urgencia más ó menos absoluta y de indicación exclusiva. Se hace operación de elección y sus indicaciones no son más que relativas, cuando para salvaguardar la vida de la mujer y aquella del feto, se puede ponerla en balance con la espectación ó con toda otra intervención obstétrica.

Dejo á un lado las afecciones diversas que no revisten un caracter apremiante, y todos aquellos estados en los que, conociéndose la embarazada por haberla examinado y seguido el curso de su preñez, se ha podido instituir con tiempo el tratamiento preventivo ó curativo apropiado.

Metrorragia del último trimestre de la preñez que deriva del desprendimiento de la placenta normalmente insertada.—Es esta una indicación

que no sufre excepción. En este caso, cuando los medios externos ó los medicamentos administrados internamente no han dado ningún resultado; cuando la hemorragia prolongada é incoercible puede conducir al fin de la vida de la madre, el parto forzado da óptimos resultados, que en el mayor número de casos son ventajosos para la madre, aunque el tiempo y las maniobras que se deberán emplear para la extracción del feto al través de una vía no preparada, suelen serle algunas veces fatales. Y en la mayoría de los casos también, no sólo interesa á la madre que se practíque el parto forzado, con el cual salvaremos al menos su vida, sino que una asistencia pasiva, ó una muy larga espera, podrá hacernos perder dos existencias. Poco importa que el cuello no esté preparado y, no veo en este caso falta de sentido común, como dice Schroeder, en practicar el parto forzado si la hemorragia amenaza de cerca la vida de la mujer.

Metrorragia de placenta previa.—Se puede decir que con el parto forzado comienza la cura de la placenta previa; Guillemeau lo había ya aconsejado; son pocos los que disienten hoy de esta opinión. Si bien se trata de una complicación rara, todos admiten la gravedad de su pronóstico y la necesidad de actuar, aunque por procedimientos diversos.

Haciendo justicia á los partidarios de esos métodos que pueden ser aplicados en ciertos medios, á ciertos casos particulares, y notando la simplicidad de algunos de ellos al alcance hasta de las parteras, creemos con Fournier, que *no existe realmente para las hemorragias placentarias más que un solo tratamiento: el parto forzado.*

La indicación la constituyen esas hemorragias rebeldes y abundantes del fin de la preñez y del comienzo del trabajo.

Camilo Fournier, que pretende la prioridad de la ejecución del parto forzado en la era antiséptica, lo preconiza entusiastamente: «... Yo no veo, por consiguiente, dice, que se haya practicado antes de 1895 con el concurso de la antisepsia, este parto forzado que yo he ejecutado en el rigor primitivo de sus dos tiempos conexos é inseparables: la dilatación forzada del cuello primero, y la versión podálica enseguida, sólo su reunión constituye el método.

»El parto forzado es una *lucha de urgencia* que el partero emprende contra las hemorragias de los tres últimos meses de la preñez ó del parto. El sólo es capaz de hacer la hemostasia completa rápida y cierta del útero que sangra. La batalla es librada sobre el terreno de la parturienta, que pierde á la vez su sangre y sus fuerzas vitales, por el partero que quiere hacer la hemos-

tasia pronta y definitiva de los vasos abiertos; hay ahí la misma urgencia que si la arteria radial fuera seccionada: ¿podría titubearse en ligarla?

»Yo preconizo el parto forzado porque es el solo método á la vez lógico, completo y eficaz.

»Digo que él es lógico: De una parte, si no se interviene, la mujer exangüe amenaza de sucumbir y sucumbe frecuentemente; de otra parte, si el útero es vaciado, la hemorragia cesará. *Es necesario vaciar el útero*. El parto forzado es el solo método que realiza esta indicación.

»Digo que él es completo: Después de la dilatación del cuello, se introduce la mano y se practica la versión podálica; se extrae el feto, la placenta y las membranas, *se extrae todo*, se vacía completamente el útero á fin de que haga él mismo su hemostasia: el parto forzado es el solo método que da ese resultado,

»Digo que él es eficaz: La sangre no correrá más en adelante, *nada no es más de temer* para la parturienta bien pronto que la intervención se ha terminado. El resultado obtenido es material, tangible; él aparece con la misma evidencia que en una quelotomía practicada por hernia extrangulada, y se puede afirmar que se *ha hecho todo lo que es posible hacer* para salvar la enferma; se ha suprimido el obstáculo.»

A continuación Fournier añade que él no realiza jamás esta intervención lógica, completa y eficaz, más que armándose de dos medios poderosos, sin los cuales la lucha de urgencia que se emprende no puede ser permitida: la antisepsia antes, durante y después, para evitar la infección tan grave en las anemiadas, y las inyecciones de suero para volverlas á la vida si ellas han perdido mucha sangre.

Ese mismo autor que se resuelve decididamente por el parto forzado, cree que este modo de intervención es capaz de salvar todas las madres, probado que se aplique á tiempo, y de dar una mortalidad maternal casi nula y bien inferior á aquella de los otros métodos. Cita siete casos de placentas marginales ó centrales con hemorragias importantes en los que ha intervenido, con siete sucesos para la madre y cuatro niños vivos; la existencia de los niños le parece secundaria en tan graves circunstancias como aquellas de esas placentas hemorrágicas.

Estos hechos son elocuentes, y los que pretendieran ver muchas argucias en las aseveraciones de Fournier, no podrán negar cuan notablemente el parto forzado ha hecho caer la mortalidad maternal y fetal.

Eclampsia.—Aquí el parto forzado encuentra una de sus buenas indicaciones, sobre todo en

aquellos casos de accesos subintrantes y con coma amenazante, aunque por lo demás haya divergencias entre los parteros.

Falaschi lo ejecuta con buen resultado; Vitanza está entre aquellos que mayormente apoyan en este caso el parto forzado que ha encontrado así partidarios en Guserow, Mangigalli, Charles, etc., aunque es todavía mirado con recelo por los parteros franceses (Pinard, Champetrir), que, sin embargo, lo aceptan en los casos donde todo ha fracasado y donde la situación es desesperante.

Según Dührssen los accesos cesarían en 94 por 100 de los casos inmediatamente después de la expulsión del niño. Zueifel da cifras menores, y á pesar de los inconvenientes que ve en algunos de los procedimientos de parto forzado, no parece haberle dado tan malos resultados, y la estadística que ha publicado merece llamar la atención: del 1.º de agosto de 1897 al comienzo del año 92, se ha recurrido para los casos de eclampsia observados en la clínica, al tratamiento médico simple, la mortalidad ha sido de 36.2 por 100 desde el principio del 92 hasta el mes de noviembre del mismo año. Se ha tratado desde entonces de terminar el parto rápidamente en todos los casos, empleando el procedimiento de Dührssen cuando era necesario, y la mortalidad ha descendido á 15 por 100.

La pronta extracción del feto, y el vaciamiento del útero, representa indudablemente dos factores de primera importancia en la cura y el pronóstico de la placenta previa, y nosotros, por lo que hemos tenido ocasión de ver, no podemos sino decidirnos resueltamente por esos tratamientos reconociéndoles la influencia heróica que sus adversarios le niegan.

Durante la preñez, la dilatación manual ó instrumental conviene sobre todo en las multíparas porque en ellas el cuello es permeable al dedo y la porción supra vaginal no está dilatada; por esta última razón este método debe ser igualmente aplicado en las primíparas que están al 7.° ú 8.° mes; mientras que en las primíparas á término, que forman, como se sabe, el gran contingente de las eclámpticas, esta porción supra vaginal es generalmente dilatada, así se puede recurrir, en caso necesario, á las incisiones del cuello.

Peligro para la vida del feto.—[1] Durante el trabajo, puede la asfixia fetal indicar una pronta terminación del parto y si hay que tener en consideración la condición del cuello en lo que respecta á su dilatación, no creemos que deba el médico abstenerse por las dificultades del acto operatorio y por los peligros casi ilusorios, si se

---

(1) En esta indicación general comprendemos la rigidez del cuello y la inercia uterina.

procede sin brusquedad, á que puede ser sometida la madre.

Se puede objetar que las maniobras que exige la extracción del feto no pueden sino agravar su vida ya comprometida, y que no es racional poner en peligro la vida de la madre con procedimientos que pueden resultar infructuosos.

Pero pensando en el desastre á que pueden conducirnos la expectación, donde el partero contempla inactivo el agotamiento del niño; pensando en lo retardarios é inútiles que suelen ser los medios moderados que se usan cuando se ha resuelto salir de la inercia, no consideramos irracional ni ilógico, particularmente en aquellos casos en que el padecimiento del feto data de poco tiempo, tentar una intervención tan bien reglada y que puede proporcionar íntimas satisfacciones á la familia, y al médico mismo, que salva así un niño que, recelos sin mayores fundamentos, hubieran hecho perder.

No debe esperarse la pérdida de meconio, signo de grave sufrimiento del feto, cuando se constata que, por el estado del cuello poco dilatable por las lesiones de que es ó puede haber sido asiento, ó por falta de energía de parte del útero, el trabajo no progresa ó lo hace muy lentamente.

La irregularidad é intermitencia de los latidos fetales en esos casos rigen la urgencia y oportu-

nidad de la intervención, sin autorizar por esto apresuramientos y precipitaciones que estarían en contradicción con una de las cualidades que en otra parte decimos deben formar aquellos que se inician en las prácticas obstétricas: la paciencia vigilante.

Procidencia del cordón umbilical.—Cuando después de haber ensayado todas las maniobras aconsejadas para la reducción del cordón, en los casos en que se ha dispuesto de algún tiempo, la procidencia persistiera, lo mismo que en aquellos de urgencia absoluta por inminente peligro para la vida del feto (compresión muy prolongada) el parto forzado encuentra su indicación.

Se ha aconsejado en los casos de prolapso, de introducir por encima del cuello uterino incompletamente dilatado, al lado de las bolsas de las aguas, un grueso globo que, hinchado, desplaza la cabeza, lo rechaza por encima del estrecho superior, y suprime, dicen sus partidarios, el peligro (no inmediato y poco importante en esas condiciones) de compresión; además hay la ventaja de acelerar el trabajo y de precipitar el momento donde puede terminarse el parto.

Para los casos de urgencia absoluta, respétimos, cuando las membranas están rotas ó se han roto en el curso de maniobras que han resultado inútiles, lo que indicaría más el parto forzado,

cuando el cuello no está completamente abierto, el dilatador de Tarnier, y más aún, la dilatación manual, permite la terminación rápida del parto con beneficios para el niño.

Encontrarían sitio aquí, por lo demás, algunas de las consideraciones que hemos hecho al hablar de los peligros para la vida del feto.

Agonía y muerte de la parturienta.—El parto forzado puede hallar una amplia aplicación en estas dos graves contingencias, porque existen de parte de los órganos genitales condiciones especiales.

Numerosos parteros sostienen que debe practicarse el parto forzado en estas complicaciones, substituyendo la talla cesárea por una provocación y terminación rápida, por las vías naturales.

En el campo opuesto, encuéntranse igualmente numerosos autores que rechazan este modo de intervención.

Sin querer hacer un paralelo entre el parto forzado y la operación cesárea, lo que no se ajustaría á la índole de nuestro trabajo, pensamos que en los casos en que el médico es llamado cerca de una mujer muerta de improviso, el parto forzado permitirá salvar un niño encerrado todavía vivo en el interior de la cavidad uterina, á menos que no hubiera desproporción entre

el feto y el canal genital; en caso de muerte aparente, permitirá á la mujer volver en sí sin dificultad, evitando el médico toda acusación ó todo cargo malévolo que pudiera dirígírsele (Auvard).

A nadie escapa la penosa condición del médico en casos semejantes, en que tiene que constatar rápida y completamente la muerte; la escasez del tiempo de que dispone para esa constatación cuando el feto está vivo y hay urgente necesidad, por consiguiente, de extraerlo en la esperanza de librarlo vivo.

El problema es dificilísimo, complejo para todos, aun para el médico que se dedica exclusivamente á la obstetricia, teniendo que actuar según su ciencia y conciencia para preferir una ú otra intervención.

Sin despreciar los argumentos que pueden aducir los contrarios al parto forzado, creemos que debe preferírsele en las circunstancias apuntadas por la facilidad de su ejecución (basta la mano), por su menor gravedad en los casos de sospecha de muerte aparente, y por su rapidez, como lo exije la urgencia.

Cuando la mujer está agonizante, pero la muerte no es inminente, cuando se dispone de algunas horas, nadie negará lo racional de la intervención por la vía genital y cuando duran-

te la agonía los latidos fetales amenazan de alterarse la dilatación manual, será perfectamente indicada.

Ruptura del útero. –Esta complicación, aunque muy rara, constituye una indicación del parto forzado según algunos parteros, Morisani, Tibone entre otros.

Meola acepta también tal indicación cuando la preñez es vecina de término y la cabeza y todo el feto ha quedado en la cavidad uterina.

Nosotros, participando de las ideas de Cuzzi, creemos que en todos los casos será preferible y oportuna la laparotomía que puede reparar los deterioros, al parto forzado con el que se corre el riesgo de exagerar la laceración acaecida ó de complicarla de una nueva lesión.

MÉTODOS

Los métodos de provocación del parto son numerosos.

No entraremos en su larga enumeración; en ella se señalan maniobras y medios que no se apropian al objeto que tenemos en vista y que sería ingenuo hacer figurar en los procedimientos de parto forzado rápido.

Vamos á ocuparnos de los métodos activos directos, haciendo una exposición comparativa de su valor respectivo, sin rechazar en absoluto ningun procedimiento, pues tal método, en efecto, da excelentes resultados á un partero acostumbrado á hacer de él un uso exclusivo ó preponderante que es arrojado como incierto ó insuficiente por otros.

Bajo este punto de vista, es permitido decir que tanto vale el procedimiento operatorio cuanto

vale la mano que opera, y más todavía, que la excelencia ó la insuficiencia de los resultados obtenidos, dependen frecuentemente más bien de la reacción individual del organismo, y del útero en particular de la mujer que se opera, que de la naturaleza del procedimiento empleado para evitar esa reacción.

Practicando el eclectismo en el empleo de los métodos y procedimientos, después de presentar las ventajas é inconvenientes de cada uno de ellos, indicaremos los de mayores efectos prácticos por su rapidez y excelencia, en las circunstancias clínicas con las que tengamos que hacer, ocupándonos, repito, únicamente de los *métodos activos directos*, verdaderamente eficientes de provocación y terminación rápida del parto.

Coloco estos métodos á imitación de Fieux, (á quien hago numerosas usurpaciones y que citaré á menudo en el curso de esta parte), en dos grandes categorías:

1.ª Los métodos de penetración cruenta con efracción querida.

2.ª Los métodos incruentos, de dilatación propiamente dicha, que respetan ó tratan de respetar la integridad de las partes maternales.

Métodos de penetracción ó abertura con efracción querida. Incisiones del cuello.—Sin querer exponer la muy larga historia de la práctica de

las inserciones cervicales, diremos simplemente como admitidas durante un tiempo, ella cae en descrédito, en Francia al menos, donde sin embargo, parece hoy volver á aceptarse en ciertos casos particulares.

Admitidas por Paré y Bandelreque, ellas sugieren á Miquel las reflexiones siguientes: «Puede ser que los prácticos hayan sido hasta aquí tímidos en el empleo de ese medio que habría podido garantizar muchas madres de una muerte cierta, y un buen número de niños que la muerte de la madre acarrea con ella».

Aceptadas por Deuman, Cazeaux, Jacquemier, vivamente discutidas, al contrario, y aun desaprobadas por Mme. Lachopelle, Noegele, Maygrier, ellas son retomadas por Duparcque en 1861: «Practicad, si el caso apremia, escarificaciones sobre los bordes del orificio resistente, ó aun dadle, por incisiones más profundas, la amplitud que le falta y que él no puede suministrar para que el parto se termine. *Multiplicando los desbridamientos está dispensado de darle tanta extensión.* La inocuidad de estas incisiones es cosa conocida».

Ashwel prefiere las grandes secciones, mientras que Dubois, lo mismo que Duparcque, no han recurrido más que á las pequeñas incisiones, pensando que la multiplicidad suplía la profundidad. Sin embargo, en la misma época, Burting en su

tesis de 1861 recomienda dos ó tres incisiones de dos ó tres centímetros.

A pesar de que todas las obras y todos los hechos señalan la poca gravedad de este método, en Francia se desconfía, siempre impresionados por el conocimiento de hechos desgraciados pero cuyos insucesos, es necesario decirlo bien, eran sobre todo debidos á sus autores. Tal, por ejemplo, la observación de Keller publicada más tarde. Keller, teniendo que terminar el parto de una manera rápida, practica *una sola incisión sobre el labio anterior* y ejecuta la versión. Durante la extracción, la incisión se prolonga y se bifurca, dando nacimiento á una inmensa desgarradura doble, una de cuyas ramas interesa el parámetro y la vejiga, y la otra se continúa sobre la pared anterior del útero y determina su completa perforación.

Veremos en un instante la gran falta operatoria á la cual se puede imputar ese desastre.

En 1887 aparece en Alemania la memoria importante de Dührssen preconizando las grandes incisiones cervicales, ayudadas, si hay necesidad, de incisiones en la vagina y del periné en algunas formas de rigidez del cuello ó en ciertos casos que necesitan el parto rápido, tales como la eclampsia, por ejemplo. Él afirma que su procedimiento es inofensivo, y cita numerosos hechos

en su apoyo, á *condición de que no se intervenga más que cuando la porción supra-vaginal del cuello sea borrada.* «Cuando esas condiciones son llenadas, dice, y que de otra parte existe un peligro serio para la madre ó el niño, es del deber del partero dilatar inmediata y completamente el orificio por medio de dos, tres y hasta seis incisiones profundas que se extiendan hasta la inserción vaginal, y de hacer seguir esta operación de la extracción rápida del niño.»

Las afirmaciones y los hechos de Dührssen conducen á Porak y á Pajot en 1890 á aceptar ese procedimiento de terminación rápida del trabajo. En fin, en 1892 Dührssen trae un nuevo y serio argumento en favor de su procedimiento: es un conjunto de *treinta* observaciones de eclampsia tratadas por la extracción rápida del niño por medio de incisiones del cuello; *sobre treinta casos él no ha perdido una sola mujer.* He aquí como él describe su técnica: coger el cuello con dos dedos de la mano izquierda que sirven de guía y remontan hasta su inserción vaginal ó bien tirar el cuello con dos pinzas tirabalas si él cede fácilmente. Seccionar el orificio en cuatro sitios hasta la inserción vaginal. Con tijeras de puntas romas cortar al principio el labio posterior, después las dos partes laterales y en fin el labio anterior. Extraer el niño al forceps. Si se produce un ligero

derrame sanguíneo hacer un taponamiento con gasa iodoformada. Las incisiones no tienen necesidad de ser suturadas: el cuello se repara expontáneamente.

El Dr. Marx, de Nueva York, ha adoptado la práctica de las incisiones. Señala dos casos donde el procedimiento de Dührssen fué ejecutado. En esas dos observaciones de Marx, como en las treinta de Dührssen, es de notar *que las incisiones no han dado nacimiento á ninguna hemorragia seria y no fueron en manera alguna causantes de lesiones graves. Las incisiones no fueron jamás agrandadas por la extracción.*

Y á pesar de la publicación de todos estos hechos, el más gran número de médicos rehusan en Francia aceptar ese procedimiento heróico.

En la tesis de Petit (Bordeaux 1899) encuéntrase una frase que refleja el estado de espíritu de numerosos prácticos obstinados en no recurrir á un procedimiento que, en algunos casos,—la última observación de Marx es una prueba [1]—está llamada á prestar reales servicios. «Nosotros confesamos, por nuestra parte, como muchos autores

---

(1) Mujer en cinta de 7 1[2 meses, atacada de convulsiones eclámpticas de carácter grave. El orificio externo no dilatado presenta dos escotaduras cicatriciales muy duras. Después de una hora y media de esfuerzos no se puede pasar el índice. Los dilatadores de Hegar y los globos no tienen suceso. Se resuelve practicar las incisiones cervicales. El cuello fué dividido en cuatro sitios y se pudo extraer por versión una niña muerta y macerada. ***Las incisiones no se agrandaron.***

y no de los más malos, que retrocedemos delante de una intervención semejante. Las complicaciones que ellas pueden acarrear son muy graves: ruptura del útero, hemorragia, infección.» Lo que ellas pueden acarrear, dice en desprecio de los hechos que demuestran su falta de gravedad. Naturalmente todo puede suceder y no vemos razón en peligros supuestos para rechazar el procedimiento.

Recientemente la cuestión de las incisiones cervicales ha sido tratada en la sociedad de Obstetricia, Genecología y Pediatria de París, en su sesión de 3 de noviembre de 1899. Con ocasión de un caso de distocia por rigidez del cuello M. Potocki suscita una discusión de las más interesantes. Comienza por poner absolutamente de lado las incisiones múltiples y poco profundas; su abandono es hoy justificado *por su ineficacia y por los peligros que traen.*

Sólo las grandes incisiones, suficientemente profundas para llevar extemporáneamente el orificio á las dimensiones necesarias al pasaje de la cabeza fetal, deben ser consideradas. El refuta las objeciones de que han sido objeto. Se ha dicho que ellas podían complicarse de hemorragias, y en fin, que podían ser el punto de partida de desgarraduras que remontan más ó menos arriba sobre el segmento inferior.

Es cierto que toda solución de contunuidad del cuello producida por el parto es suceptible de infectarse; pero el reproche no es serio, pues esas heridas no se infectarían más que aquellas que se producirían inevitablemente si el parto fuera expontáneo.

No hay hemorragias cuando las incisiones no han sido practicadas más que en los casos de borramiento del cuello. La objeción no es, por consiguiente, de ningún valor, cuando se reserva las incisiones, como lo aconseja Dührssen, y como se debe hacer, á los cuellos borrados.

Sin duda las incisiones pueden prolongarse en altura en el momento de la extracción; pero si las secciones son bien hechas, ellas no se agrandan más que lo necesario para dejar pasar el feto.

Se ha hecho todavía una objección puramente teórica: se ha dicho que era malo transportar en obstetricia los procedimientos de ginecología; que un niño vivo no podía manejarse como un tumor; que el parto era un fenómeno natural que se debía en lo posible abandonar á la naturaleza.

«De acuerdo, dice Potocki, pero yo no hablo aquí de incisiones del cuello más que en casos de distocia grave y felizmente extremadamente raros. Nadie ha tenido la idea de hacer incisio-

nes en partos normales». Los hechos clínicos han demostrado, añade más lejos Potocki, que los peligros de hemorragia ó de ruptura no son de temer cuando se practican esas incisiones estando borrado el cuello y no llevándolas más allá de la inserción vaginal.

Las incisiones de dos ó tres centímetros serán practicadas de preferencia bajo el control de la vista; ellas serán hechas con bisturí ó con tijeras curvas, sobre las comisuras derecha é izquierda al principio, después atrás y en fin adelante; *pero no se hará la incisión muy profunda directamente adelante*, insiste Potocki, pues apoyándose sobre una plancha de Tibone reproducida en la obra de Varnier, se ve que la pared vesical no es más que de un centímetro, siete milímetros, del borde anterior del cuello. *La vejiga será, por consiguiente, seguramente interesada por una incisión de dos centímetros de profundidad.*

A la sesión siguiente de la misma sociedad (Diciembre 1.º 1897) Varnier discutiendo ciertos detalles que no entran en nuestro objeto, es de opinión que cualquiera que sean las dimensiones del orificio, que él sea puntiforme ó igual á dos francos, no es necesario dar para esas incisiones un reparo en centímetros, *sino un punto de reparo anatómico, la inserción de la vagina.*

Ir más lejos sería exponerse á perforar el fon-

do de saco posterior; adelante á lesionar el fondo de la vejiga, y cree que dos grandes incisiones laterales deben bastar. Aunque prolongadas ellas quedarían subperitorneales.

Doleris, en la misma sesión, recuerda que él ha adoptado el método de los desbridamientos múltiples; *pero acentuando los desbridamientos laterales que pueden ser seguidos muy arriba hasta el fornix vaginal*, y que se reparan inmediatamente después del parto con suturas al catgut.

La hemorragia no es de temer, pues los gruesos troncos arteriales están bastante alejados de la pared y quedan muy móviles en la atmósfera celulosa del parametrium; en cuanto á la hemorragia venosa, ella se detiene por sí misma.

En suma, de todo lo expuesto resulta que las incisiones del cuello constituyen un método bien reglado como debe ser en general toda operación que no quiere ser seguida de complicaciones ó de accidentes.

Esas incisiones, para no acarrear ni infección, ni hemorragias, ni destrozos uterinos ó parantesimos, deben ajustarse á los preceptos siguientes:

1.° Consistir en grandes incisiones en número limitado (las cuatro que recomienda Duhissen) y no en desbridamientos múltiples.

2.° Practicadas con tijeras romas, bajo la vigilancia de la vista ó controladas por los dedos

guías, ellas no deben ser puestas en práctica más que cuando el cuello está completamente borrado (Potocki) ó al menos cuando el borramiento de la porción supra vaginal se haya efectuado del todo (Dükrssen).

3.° Las incisiones deberán ser llevadas á la derecha y á la izquierda hasta las inserciones vaginales, sin pasar jamás este punto de reparo anatómico.

4.° Adelante y atrás, las incisiones deberán ser hechas con toda precaución; se podría aun prescindir de ellas.

5.° La reparación al catgut no es indispensable. Ejecutada por Doleris, ella es despreciada por Dükrssen que pretende haber constatado siempre la reparación expontánea.

Inútil hablar de los cuidados de asepsia del campo operatorio y de todo lo que debe tocarse, hoy que nadie debe ignorar estas cosas.

Así reglados, las incisiones del cuello representan un método, sin más peligros que los otros procedimientos de abertura artificial rápida. Su gran ventaja es de tener éxito inmediatamente allá donde pueden fracasar alguna vez los procedimientos que respetan ó buscan de respetar la integridad de las partes maternales, y bajo este punto de vista, y por las consideraciones expuestas, sería de aconsejar su empleo en aquellos ca-

sos de rigidez tenaz del cuello, que pueden ocasionar circunstancias que entran en la tercera categoría que hemos distinguido.

Damos á continuación dos observaciones recogidas en la Maternidad del Hospital Rivadavia (servicio del doctor Samuel Molina).

Observación I [1]—C. T., 21 años, secundípara. Su primer parto termina con una aplicación de forceps, habiéndose extraído el feto muerto. Ingresa al servicio en trabajo, con la bolsa rota.

Examinada se constata un embarazo á término con el feto de vértice en I. A.; sus latidos normales. Presenta una desgarradura del periné de segundo grado. El tacto reconoce una cicatriz en el labio anterior del cuello que le daba bastante rigidez; cuello con tres traveses de dedo de dilatación, que no adelanta apesar de las contracciones regulares. El feto pierde meconio y sus latidos son irregulares.

Se incinde el cuello con la tijera de Dubois en las partes laterales hasta la inserción vaginal.

Parto al forceps de un niño vivo. Alumbramiento natural. Taponamiento con gasa iodoformada. Ligera hemorragia en el momento de la extracción. El tacto efectuado después del alumbramiento asegura que *las incisiones no se agrandaron.*

Observación II—V. M., 37 años, ha tenido dos hijos, siendo operada en sus dos partos sin que se consiga salvar el feto. Ingresó al finalizar el noveno mes de su embarazo.

Diámetros externos de la pelvis, normales; inclinación exagerada hacia atrás y abajo de la sínfisis pubiana, lo que probablemente determina la distocia en sus partes anteriores.

Rotas las membranas cuando la dilatación era de cerca de cuatro traveses de dedo, una ansa de cordón hace procidencia, lo que decide una intervención inmediata, porque el feto no tarda en padecer como lo atestiguan sus latidos débiles y acelerados.

---

(1) Hemos resumido las observaciones para suprimir los datos sin interés.

Como el cuello no era dilatable se practican dos incisiones laterales con tijeras. Forceps en la escavación en primera posición de vértice; extracción algo difícil por la conformación de la pelvis; la demora que esta dificultad produjo hizo que el feto naciera profundamente asfixiado, muriendo pocos momentos después de nacer. Alumbramiento natural. Taponamiento con gasa iodoformada. Las incisiones, que no se saturan, *no se extendieron en el momento de la extracción*

En la tesis de Alric (Buenos Aires, 1900), se encuentran siete observaciones de incisiones del cuello (operación de Dührssen) practicadas en la Maternidad de la Escuela de Parteras (servicio del doctar Juan R. Fernández. Es una excelente serie. Las pequeñas hemorragias producidas en algunos casos deciden la sutura de las incisiones que se abandonan á su reparación expontánea en los demás.

Métodos incruentos de dilatación propiamente dicha que respetan ó buscan de respetar la integridad de las partes maternales.—En este grupo colocaremos los dilatadores metálicos, los globos y la dilatación manual.

Dilatación por los instrumentos metálicos.—Entre estos estudiaremos los dos más recientes, que están reputados de dar los mejores resultados: el separador uterino de Tarnier y el dilatador de Bossi.

Separador uterino de Tarnier. [1]—Daremos las

(1) Su descripción y la técnica de su aplicación son demasiado conocidas por lo que excusamos hacerlas.

razones que le hacen arrojar en general y en los casos que nos ocupan especialmente. De una manera general, el separador de Tarnier, como los dilatadores metálicos de ramas, es peligroso. Las presiones que él ejerce sobre el cuello son limitadas á dos ó tres puntos (segun que usen las dos ó las tres ramas), y á puntos siempre los mismos. Así no es sorprendente de ver producirse rupturas uterinas, cuando los anillos de cautchut son muy tendidos, es decir, precisamente cuando el instrumento debe ser eficaz.

Fieux dice tener conocimiento de dos casos de Bordeaux, donde el separador de Tarnier fué causante de dos rupturas uterinas mortales.

Creemos oportuno reproducir algunos párrafos de Tarnier y Budin á este propósito:

«A primera vista, dicen, el separador de Tarnier se presenta como un simple divulsor mecánico del cuello uterino. Esta apariencia ha podido conducir á ciertos parteros ignorantes de su modo de acción real á usar, para efectuar la abertura del cuello, la fuerza del puño; así nos precipitamos á decir que el empleo del separador ha podido producir traumatismos mortales; las responsabilidades de los accidentes no deben incumbir al instrumento. Uno de los reproches que se pueden hacer al separador es de desenvolver sobre el cuello uterino una fuerza ciega: de querer apre-

ciar por el grado de tensión del cautchut el esfuerzo desenvuelto, exponiéndose á cometer errores considerables. El reproche es, por consiguiente, exacto, á menos que no se tenga cuidado de usar anillos de cautchut de diámetros y espesor determinados, cuyo trabajo dinámico ha sido experimentado, medido previamente por los diversos grados de tensión, es decir, según el grado de separación de los anillos».

No pensamos con Tarnier, que naturalmente ha de defender lo que es suyo, que sea por ignorancia que se recurre á la fuerza del puño para continuar la dilatación, pues la potencia de acción del separador es tanto más grande cuanto que la dilatación es menos avanzada, de tal manera que su eficacia disminuye á medida de los progresos de aquella, llegando un momento en que abandonado, como debe estar, á si mismo, cae generalmente sin que se haya conseguido un agrandamiento suficiente y de ahí que se tenga necesidad á veces de continuar á puño la acción de los anillos, siempre, como se comprende, vigilando con los dedos el trabajo de las ramas y procediendo con suavidad.

La observación del instrumento es muy penosa, á tal punto que si los dolores son muy vivos, está recomendado de practicar unciones con la pomada cocainada.

Además, á causa de las erosiones frecuentes de la mucosa vaginal y vulvar, se deben redoblar los cuidados antisépticos y colocar un taponamiento ligero con gasa iodoformada.

En fin, para los casos que tenemos en vista en este trabajo, *partos provocados y rápidos* el instrumento de Tarnier es casi siempre importante.

Si se consulta los trabajos de Bonnaire se verá cual ha sido el resultado de las aplicaciones del separador. La dilatación ha tenido una duración total que varía de 5 horas 30 minutos, á 33 horas 45 minutos, con una media de 8 á 10 horas. Se trata de primíparas á término, *en trabajo regular, que tenían un comienzo de dilatación.*

No tenemos necesidad de insistir para demostrar la peligrosa ineficacia del separador de Tarnier en frente de los partos que es necesario provocar y terminar rápidamente.

Las observaciones siguientes (Maternidad del H. Rivadavia) muestran la ineficacia del separador al propio tiempo que la lentitud de sus efectos.

Observación III.—L. Y., primípara, ingresó el 6 de Febrero 1898 á las 3 de la tarde, en coma eclámptico; tuvo ya ocho accesos. Ingresa con 38°, 120 pulsaciones por minuto, edema generalizado.

Al examen se constata qué el parto se había iniciado: dilatación de dos traveses de dedo, bolsa íntegra, feto en O. I. I. A.

Se procede á la dilatación con el separador de Tarnier. En momentos en que ésta llegaba á tres traveses de dedo se rompe la bolsa de las aguas al producirse un nuevo acceso que es combatido por el cloroformo.

A las 9 de la noche la dilatación era de cuatro traveses de dedo; se la completó con la mano para aplicar el forceps en el estrecho superior; se extrae un feto asfixiado no pudiendo reanimarlo á pesar de haberse agotado los medios de práctica.

Los accesos que se producen enseguida son muy débiles y distanciados, desapareciendo dos horas después.

Observación IV.—E. B., primípara, ingresa el 22 de Febrero 1899 en coma eclámptico; había tenido en su casa 17 accesos. El estado de la enferma no es tan desesperado como podía suponerse: pulso 110, temperatura 27° 5, respiración tranquila y profunda.

Embarazo de seis meses; ningún signo indica que el trabajo se hubiera iniciado; los latidos del feto apenas perceptibles y sumamente frecuentes cuando llega la enferma, desaparecen por completo al poco rato.

Mientras se efectúa el examen de la enferma, dos nuevos accesos se producen. Se le administra cloroformo. Se procede inmediatamente á provocar el parto por el método de Krausse. Colocada la sonda en la parte inferior del útero se produce una regular hemorragia; se había tropezado con la placenta. Extraída la sonda es colocada de nuevo en contacto con la cara anterior inyectándose unos 150 gramos de agua esterilizada. Iniciado el trabajo se aplica el separador de Tarnier que el estado de la enferma hace reemplazar por el globo de Barnes para apurar la dilatación. Versión.

Observación V.—C. B., primípara, ingresa el 26 de Septiembre 1900 á las 11 a. m. con accesos de eclampsia; tratamiento médico inmediatamente de llegar á pesar de lo cual los accesos se repiten. Feto de vértice en 1.ª posición.

A las 12.30 p. m. la dilatación no alcanzaba á dos traveses de dedo.

Se coloca á esta hora el separador de Tarnier; á las 5 p. m. la dilatación era de cuatro traveses de dedo; la repetición de los accesos obliga á romper las membranas y á operar con la mano la dilatación suficiente que permite extraer por versión un niño que muere una hora después en una convulsión.

Observación VI.—(Personal). C. M., primípara, ingresa el 28 de Marzo de 1901, al principio del trabajo en coma eclámptico. Siente las primeras contracciones dolorosas á las 3 a. m. coincidiendo con esto un ataque de eclampsia cuyos accesos se repiten hasta nueve perdiendo el conocimiento desde el principio é ingresando en ese estado á la maternidad á las 5 a. m.

Al poco tiempo de su entrada y mientras se le practicaba el tacto tiene un nuevo acceso con fuertes convulsiones y cianosis pronunciada.

Feto de vértice en 4.ª posición, latidos normales.

Los accesos se repiten á cortos intervalos. El último no se contrae.

Se coloca el separador de Tarnier á las 2 p. m., cuando la dilatación era de un dedo; se producen débiles contracciones alcanzando á las 5 p. m. á tres traveses de dedo, por lo que en vista de la gravedad del caso se decide terminar la dilatación con la mano.

La cabeza desciende penosamente á causa de la falta de energía uterina y se detiene en la escavación donde se aplica forceps (Simpson) siendo difícil la extracción por la poca flexión de la cabeza. Feto asfixiado, reacciona á los cuidados. Alumbramiento natural.

Los accesos no se producen más.

Observación VII.—(Personal) J. V., tercípara, ingresa al servicio el 15 de Julio de 1901, á las 8 a. m., al poco tiempo de comenzar sus dolores de parto, con bolsa rota, al 7.º mes de su preñez.

El tacto practicado al ingreso de la parturienta hace reconocer una dilatación de dos traveses de dedo escasa y una rigidez del cuello probablemente cicatricial.

Feto de vértice en I. A., latidos normales.

La dilatación no progresa á pesar de producirse regularmente las contracciones hasta cosa de las 6 p. m., en que el útero agotado deja de contraerse.

Reconocido el obstáculo que imposibilitaba el progreso del trabajo se resuelve forzar la dilatación colocándose al efecto el separador de Tarnier con el que una hora después no se consigue sino la penetración difícil de tres dedos sin que se hubieran despertado la contractilidad uterina.

Notando que el feto comienza á sufrir se coloca un globo de Barnes de mediano volumen que despierta las contracciones llevando la dilatación media hora después, en que

es expulsado, á cuatro traveses de dedo. En seguida se coloca un nuevo globo modelo más grande que aumenta la energía de las contracciones activándolas á punto de producir á las 8 p. m. la suficiente dilatación que permite se efectúe el parto inmediatamente.

Dilatador de Bossi.—[1] En 1896 el Dr. Bossi, de Novare, presenta un nuevo dilatador metálico á la ssciedad Obstétrica de Francia.

Pasando por alto su descripción y técnica, nos contentaremos con decir que él consiste en un dilatador de tres ramas, como aquel de Tarnier del cual difiere por su curvatura destinada á acomodarse á la pelviana, por la delgadez de sus ramas que, pegadas, pueden ser introducidas en un cuello no borrado; en fin, la fuerza que separa las tres ramas en lugar de efectuarse por los anillos de cautchuc, es transmitida por medio de una empuñadura.

Bossi habría obtenido resultados maravillosos. Reuniendo sus casos á los publicados por sus colegas italianos y extranjeros, él encuentra 112 casos muy precisos y dignos de ser notados. Sobre esos 112 casos, 62 se refieren á primíparas; en 47 de esas primíparas no existía dilatación y en 29 el cuello no era borrado. El tiempo empleado para los casos urgentes ha variado de 15 minutos á una hora.

---

(1) Este instrumento no figura en el arsenal de las maternidades de esta ciudad, por lo que se deduce que ha hecho pocos adeptos entre nuestros parteros.

Pero Bossi no especifica el tiempo mínimo para las primíparas cuyo cuello no era todavía borrado, y en cuantas observaciones ese tiempo mínimo de 15 minutos ha podido ser obtenido.

Como quiera que sea, él reconoce á su instrumento las siguientes ventajas:

1.º El dilatador puede ser aplicado con seguridad en un cuello no todavía acortado y cerrado como puede suceder en una primípara.

2.º Empleándole, el partero está cierto de obtener una dilatación suficiente para practicar la extracción del feto á término y bien desarrollado.

3.º Da al operador la certeza de poder obtener la dilatación á voluntad en un tiempo más ó menos largo y en los casos muy graves, esta dilatación puede ser obtenida en 15 ó 20 minutos. Se puede hacer variar la duración del tiempo según la gravedad del caso.

Es un método rápido, según la urgencia, se expresa Bossi.

Pero en la comunicación de Bossi, Fieux sorprende una frase que hace reflexionar: «Si hay urgencia absoluta, una dilatación suficiente puede ser obtenida en un cuarto de hora sin que sea necesario llevar la dilatación hasta ocho ó nueve centímetros».

Esto da que pensar; dice Fieux que en los casos de extrema urgencia, se puede, forzando mu-

cho, hacer en 15 minutos..... ¿qué? una dilatación justamente suficiente para llegar á coger el feto y *hacer la extracción forzada* al través de un orificio de ocho centímetros.

Y, en fin, Bossi termina su artículo: «Las indicaciones para el empleo del instrumento serán limitadas, según el juicio de cada partero; pero no se podrá negar que cuando los otros medios han quedado sin suceso, mi método podrá ser útil».

En resumen, este instrumento que puede ser útil cuando los otros medios han fracasado, y que no puede dar, en los casos urgentes, más que una dilatación suficiente para practicar el parto con peligro, no constituye, seguramente, el procedimiento de elección.

Los dilatadores metálicos de Tarnier y Bossi no deberán, por consiguiente, ser utilizados para una dilatación que exige ser rápida y completa.

Pueden, sin embargo, servir, además de su rol de exitadores de la controlidad uterina, para permeabilizar un cuello cuya dilatación completa sea enseguida efectuada por un procedimiento manual.

Globos dilatadores.—La provocación ó aceleración del trabajo por medio de los globos de cauchut, está universalmente extendida. Cada país tiene su globo: Inglaterra el saco violín de Barnes, Francia el globo de Champetier, muy en

boga hoy, Alemania y Austria el colpeurinter de Braun, digno de figurar más bien en ginecología que en obstetricia.

Vamos á ocuparnos de los dos primeros, que son los más conocidos y de aplicación corriente, que son los que he visto emplear, sobre todo el de Barnes, diciendo cómo deben ser manejados para obtener lo que deseamos, y si verdaderamente son capaces de provocar y de terminar rápidamente el parto. (1)

Puestos en su sitio, hinchados y abandonados á sí mismos, nos anticipamos á decir que son insuficientes.

En los casos felices las contracciones se declaran al cabo de algunas horas, y el período de dilatación, un poco acelerado, se prosigue regularmente. En ciertas multíparas, en cuatro, cinco, seis horas, la tarea puede ser hecha.

Pero en muchas otras circunstancias los globos introducidos en un cuello permeable, pero no borrado, quedan indefinidamente sin producir efecto apreciable.

En resumen, los globos, simplemente puestos en sitio, no constituyen un procedimiento fiel de provocación del trabajo, y si se le provocan, no producen siempre una dilatación completa en un lap-

---

(1) Las consideraciones que hacemos para el uno, salvo ciertos detalles, son aplicables al otro, pues, aunque de forma distinta, creemos que sus efectos son iguales.

so de tiempo bastante corto para responder á la urgencia de ciertos casos clínicos.

Parece, según Varnier, que hay otra manera que la conocida de emplear los globos para realizar el parto provocado y que transcribimos por la novedad que pueda tener.

Refiriéndose al globo de Champetier de Ribes (Del parto forzado, revista de obstetricia y pediatria, 1892), dice que su introducción es siempre realizable y que su empleo activo es susceptible de borrar y de dilatar muy ligeramente y á bloc el cuello uterino.

Reproducimos los términos de Varnier: «Pero una cuestión se sienta á este respecto: ¿esta introducción que necesita para ser hecha una vía de siete centímetros de circunferencia es posible en una mujer en cinta de siete meses, de ocho meses, etc., no en trabajo, es decir, mientras que el cuello no está aún borrado?

«Incontestablemente.

«En las multíparas es un juego. En las primíparas es un poco menos fácil; pero en algunos minutos el índice llega, sin desenvolver mucha fuerza, á franquear el canal cervical y el orificio uterino. Á partir de este momento, con ayuda de presiones excéntricas, se llega ligeramente, en menos de diez minutos, á poder añadir el medio. En las condiciones particulares donde estamos colocados,

tenemos derecho de hacer esta dilatación previa digital aun forzando un poco si es necesario. Ninguna lesión puede resultar.

«De otra parte, y yo insisto, es raramente necesario de hacer en el cuello esta ligera violencia.

«Yo he visto á M. Champetier operar en los cuatro casos, de su primera memoria, donde se trataba de primíparas (de $8\,^1/_2$ meses) y esto me ha parecido tan simple como en las multíparas. Después yo mismo he operado en circunstancias semejantes y he podido siempre pasar de repente, alguna vez, es verdad, fijando el cuello con una pinza para impedirle de esquivarse á la presión instrumental.

«Champetier en su memoria decía: «En todas las mujeres que son el objeto de mis observaciones, primíparas ó multíparas, he podido *sin la menor violencia*, primero entrar sin mano en la vagina, después introducir todo el índice en el cuello, más adelante del orificio interno, desprender las membranas, orientarme, reconocer los sitios, por decir así, y darme cuenta de la dirección que yo debía dar á la pinza para conducir el globo. Una vez esta exploración hecha, retiro el índice é introduzco al mismo tiempo el medio y el índice tan profundamente como fuere posible; yo se que si puedo entrar los dos dedos reunidos hasta la primera falange, el globo pasará.

«Yo no he encontrado todavía dificultades serias para ejecutar esta maniobra».

«En resumen, prosigue Varnier, con ó sin esfuerzo la introducción es posible. El globo estando colocado se trata de servirse de él como agente dilatador, sin esperar, como en los casos ordinarios, que él exite la contracción uterina, y sea poco á poco llevado por ella al través del orificio que él abre hasta que este le deje pasar en la vagina. Eso, según las observaciones, exige por término medio seis horas. Aquí es necesario ir más ligeramente. Eso es posible así como lo probarán algunas observaciones que yo reproduciré en oportunidad.

«Para obtener ese resultado he aquí como es necesario proceder:

«Después de haber llenado el globo al máximum y ejercido sobre el tubo de llenaje algunas tracciones destinadas á triunfar de la resistencia de los bordes del orificio externo y á asegurar el borramiento completo del cuello, es necesario retirar 50 gr. de líquido, después ejercer nuevas tracciones; el globo deshinchado desciende un poco. Cuando se experimenta de nuevo la resistencia del orificio interno, se reinyecta lentamente los 50 gr. de líquido quitados manteniendo siempre sólidamente la tracción.

«El tacto muestra entonces que la dilatación ha

aumentado. Después de haber mantenido la tracción durante algunos minutos, se retira del globo no ya 50 gr. sino 100 gr. de líquido. Nueva tracción; el globo deshinchado desciende más que anteriormente y bien pronto se experimenta la resistencia del orificio externo.

Se reinyecta lentamente los 100 gr. de líquido quitados manteniendo sólidamente la tracción y el tacto permite todavía de constatar que la dilatación ha aumentado más todavía. Se continúa así progresivamente:

Retirando, después inyectando 150 gr.
» » » 200 »
» » » 250 »

«Pero siempre teniendo cuidado que la gran circunferencia del globo sensible al tacto á causa de la costura que le avecinda, no franquee el orificio exterior antes que la dilatación sea absoluta, completa, lo que no tarda casí más que cuando queda un rodete de un centímetro.

«Es fácil comprender lo que produce esta maniobra.

«El globo es cónico. Si el punto que se encuentra en la unión del cuerpo del globo y del tubo de relleno tiene una circunferencia de siete centímetros y la circunferencia máxima 32 ó 33, es fácil de ver que entre las dos todas las circunferencias intermediarias existen. Sobre los cor-

tes en serie de un globo congelado, se encuentra á medida que se aleja del vértice del cono, el círculo igual á una pieza de dos francos, de cinco francos, á la pequeña palma de la mano.

«Retirando los 50 gramos de líquido y ejerciendo esas tracciones atrás, gracias á la flacidez del globo, en el lugar y sitio de la circunferencia igual á la pieza de un franco, la circunferencia es capaz una vez el globo rehinchado de igualar la pieza de dos francos. La tracción sostenida durante la reinyección de los 50 gramos fuerza la circunferencia del globo á desenvolverse allá donde ella es mantenida, y por consecuencia, á llevar la dilatación de los bordes del orificio contra los cuales ella actúa excéntricamente, á 10 centímetros.

«En el momento de la retoma, es la circunferencia capaz, una vez el globo rehinchado, de igualar 14 centímetros, por ejemplo, que será producida al nivel del orificio. De la misma manera que precedentemente ella va á llevarle á 14 centímetros cuando se reinyecta los 100 grados retirados.

«Así nada de comparable á la dilatación brusca por tracción, tal como la produce, por ejemplo, el forceps tirando una cabeza al través de un orificio incompletamente abierto, dilatación que conduce á desgarraduras extensivas; nada de

comparable á la acción de los dilatadores metálicos de dos ó tres ramas que no solicitan los bordes del orificio más que en dos ó tres puntos, y no en todos los sentidos.

«La dilatación por el globo resulta de un esfuerzo excéntrico por todas partes igual, es decir, de una acción de todos los puntos comparable á aquella que ejercen los factores de la dilatación fisiológica (pero más rápidos porque el partero los conduce á su gusto), bolsa de las aguas ó región fetal.» (1)

En las observaciones de Varnier, Wallick, Oui, Fieux el tiempo que ha sido necesario para obtener, por el procedimiento descrito por Varnier, la dilatación completa y el parto, ha variado de 20 minutos á seis horas, de lo que se deduce que los resultados del globo de Champetier empleado como dilatador rápido es de los más variables.

Como agente destinado al mismo tiempo á provocar y acelerar el parto ó como simple dilatador, las observaciones de Fieux no hacen sino confirmar los efectos del globo, habiéndosele muchas veces sustituído por la mano que fué rápidamente eficaz.

Es necesario, por consiguiente, decir que el globo de Champetier, como el de Barnes, emplea-

---

(1) No he encontrado, en los diversos servicios de partos, observaciones de este modo de proceder.

dos con el objeto de provocar y terminar rápidamente la abertura del útero *son frecuentemente muy lentos para responder á la urgencia de ciertos casos.*

Es un inconveniente que en el caso particular vale bien más que ciertos reproches que se dirigen á los globos.

Se les ha reprochado de rechazar la parte fefal, de alejarla del estrecho superior, de transformar alguna vez la presentación. Pero esos no son inconvenientes que, en las circunstancias que nos ocupan, puedan privar del empleo de estos instrumentos. Si se desea conservar abajo la cabeza del feto, una palpación un poco atenta hará reconocer siempre su situación; después, en el momento de la expulsión del globo, las manos acompañarán ó conducirán el polo cefálico á la entrada de la pequeña pelvis, en los casos, bien menos frecuentes de lo que se dice, donde la cabeza se detiene en una fosa ilíaca. Además, sucede que después de la salida del globo la idea del partero es de terminar el parto por versión interna. ¿Qué importa, entonces, y aun no es una ventaja si la cabeza retropulsada ó retropulsable deja libre el camino hacia los pies del feto?

Una otra objeción, que es más seria, resulta de la imposibilidad de su aplicación. Puede suceder, y sucede, que la parte fetal que se presenta no pueda ser rechazada.

Ella está alojada en el segmento inferior distendido, y el líquido amniótico es poco abundante.

El vértice, por ejemplo, ha descendido al fondo de la pelvis; el segmento inferior, adelgazado, la cubre exactamente como un casquete. Sobreviene bruscamente una indicación de vaciar el útero lo más pronto posible. Es cierto que buscar entonces de introducir el globo hinchado, esa masa más gruesa que el puño en el segmento inferior que es completo, constituye una maniobra peligrosa, sino imposible.

Pero es necesario reconocer que en los casos donde los globos pueden ser colocados y donde son susceptibles de producir bastante ligeramente el resultado deseado, ellos poseen sobre todos los otros procedimientos no sangrientos, una superioridad incontestable: hinchados á bloc, ellos producen enseguida de su extracción una dilatación completa, absoluta, que permite la extracción inmediata y rápida sin resistencia al nivel del orificio, de los fetos á término.

«Yo propongo, decía Champetier de Ribes en 1878, de transformar el parto provocado en un parto gemelar en el cual el primer niño estuviera reducido á la cabeza», ó más claro, en el cual el primer niño está representado por el globo.

Y en realidad, después de la extracción del globo lleno de 640 gramos de líquido (33 centímetros de circunferencia), la extracción del feto es tan fácil como aquélla del segundo niño en un parto gemelar por la vía ampliamente abierta por el primero.

Las siguientes observaciones (Maternidad Hospital Rivadavia), así como la VII, muestran la variabilidad é inconstancia del globo y su impotencia en algunos casos. No publicamos otras, por ser muy análogas, lo que constituiría una repetición.

Observación VIII—I. C., tercípara, ingresa el 20 de octubre de 1900 á las siete de la mañana, con inercia uterina. Su trabajo se inicia el día 18; las contracciones poco enérgicas desde un principio, cesan de producirse al día siguiente.

Embarazo á término, bolsa rota, feto de vértice en I. A., latidos algo débiles; cuello con tres traveses de dedo de dilatación, duro, fibroso.

Dos horas después de su ingreso se introduce un globo de Barnes, gran modelo.

El útero siempre inerte; no se produce la menor contracción.

A las ocho p. m. el tacto hace constatar que la dilatación no había adelantado; notándose á esa hora la pérdida de meconio, se introduce la mano, que pasa sin resistencia, y efectúa una dilatación que permite la extracción inmediata del feto vivo.

Observación IX—(Personal)—E. I., secundípara; ha necesitado intervención en sus partos anteriores. Ingresa el 8 de enero de 1901.—Primeros dolores, diez p. m. de enero 7, rompiéndose enseguida las membranas. Feto de vértice en primera posición.

Las contracciones uterinas muy débiles y distanciadas no se consiguen exitar apesar de las irrigaciones calientes repetidas y del masage del vientre.

La prolongación del trabajo y la intermitencia de los latidos fetales, deciden la colocación de un globo de Barnes, gran modelo, á la una p. m., teniendo el cuello entonces dos traveses de dedo.

El globo es expulsado cuatro horas después.

Las contracciones se hacen más frecuentes y enérgicas, completándose la dilatación á las siete p. m. El parto se efectúa minutos después.

Observación X—S. S., primípara, ingresa con accesos de eclampsia el 2 de febrero de 1901, á las ocho a. m.

Embarazo de ocho meses; feto de vértice I. P., latidos normales. No hay trabajo.

El estado de la enferma exige el vaciamiento del útero. Después de la permeabilización del cuello con el dedo, se introduce un globo de Barnes, de mediano volumen que provoca el trabajo, produciendo débiles contracciones; á la una p. m., cuando la dilatación era de tres traveses de dedo, se coloca un globo más grande con el que no se consigue efecto apreciable; las contracciones continúan muy poco enérgicas.

A las diez p. m. la repetición de los accesos obligan á sacar el globo y continuar la dilatación con la mano. Parto por versión de un niño vivo.

Dilatación manual.—He aquí el gran método, el método de los casos de urgencia inmediata, de urgencia absoluta, que se practica con el más conciente, delicado é inofensivo de todos los instrumentos.

La dilatación manual, la única que se practicaba cuando faltaba la instrumentación, cae más tarde en el mismo descrédito que el parto forzado del cual constituía el preludio obligado. Actualmente, después del conocimiento de un gran número de instrumentos y la prueba del flagrante delito de peligrosa impotencia de la mayor parte de ellos, la mano parece ser el instrumento de elección.

«A nuestros ojos, dice Eliot, los dedos son el mejor y el más seguro de nuestros instrumentos, porque la fuerza empleada es activa, permite la apreciación de lo que se hace y es enteramente sometida á la voluntad del cirujano. La mano es suave, aprecia los progresos de la dilatación; puede darse cuenta del relajamiento de un orificio rígido, reconocer las desgarraduras del cuello y preservar intactas las membranas. Estas ventajas no pueden ser invocadas en favor de ninguno de los instrumentos comúnmente empleados. Ninguno nos da datos precisos sobre el grado de los deterioros cometidos; ellos no nos dicen más que una cosa, es que la dilatación obtenida es suficiente para permitir la introducción de un dilatador de dimensiones más considerables, ó bien que podemos introducir un otro, después todavía otro, y así sucesivamente... Esos no son más que máquinas. ¿Cuántos de entre nosotros, llamados para hacer un parto, poseen todos esos instrumentos, y si los poseen los llevan con ellos? ¿Por qué embarazarnos con instrumentos, cuando llevamos consigo el mejor y más seguro de todos, nuestros dedos?»

Bonnaire se declara también claramente partidario de la dilatación manual.

«Los sacos hidrostáticos, dice, como los dilatores metálicos son los instrumentos de los cuales no se puede apreciar en todo instante la acción

sobre el tejido muscular del útero. El trabajo mecánico que ellos suministran no está siempre extrictamente equilibrado con el grado de resistencia del cuello y los efectos producidos, cuya exageración se traduce por las desgarraduras del cuello, no pudiendo siempre ser previstas á tiempo. Por poco, por consiguiente, que los tejidos maternales hayan conservado alguna tonicidad y resistencia, su empleo, con el objeto de obtener una dilatación rápida, no puede ser inofensiva más que en manos muy prudentes y particularmente experimentadas.

«A la dilatación instrumental es necesario preferir, cuando es posible, la dilatación manual. Con esta manera de proceder no hay necesidad de utensilios especiales que la urgencia de las circunstancias no deja siempre el tiempo de preparar. La mano gradúa su efecto según las modalidades de la resistencia del cuello, y controla al mismo tiempo en todo instante los efectos obtenidos.»

Sin querer discutir el valor de la dilatación manual, lo que no podríamos hacer más que con los hechos en la mano, veamos como este método puede ponerse en práctica.

Sabemos ya como Mauriceau, Portal, etc., dilataban el útero con la mano. Después de haber introducido el índice, el medio, luego el anular,

ellos deslizaban el pulgar y el pequeño dedo á favor de los otros tres, y con ellos formaban una especie de «especulum matricis». De la Motte y Puzos intervenían de una manera idéntica. En el espíritu de todos esos autores la dilatación no tenía sino un objetivo, aquél de hacer penetrar la mano en el útero, á fin de coger un pie y de extraer el feto á fuerza al través del orificio incompletamente dilatado. Su dilatación era una maniobra de introducción y no un procedimiento de dilatación en el sentido obstétrico actual de la palabra, es decir, un procedimiento de esa abertura previa suficiente del útero que debe preceder toda extracción.

El procedimiento más reciente de Rizzoli (1834) no buscaba de hacer mejor: «Se hace fijar el fondo del útero ó se le fija por sí mismo con la mano izquierda. Después la mano derecha deslizada en la vagina, se introduce el índice en el orificio del cuello. Desde que él se ha hecho un camino suficiente se desliza el medio y con ayuda de esos dos dedos se separa, se dilata el orificio. Este resultado obtenido, se introduce los cinco dedos reunidos en cono y si se trata de una versión, la mano y el brazo; si es una aplicación de forceps *desde que el orificio es suficiente para admitir los cinco dedos, se introducen y se colocan suavemente las cucharas*».

El procedimiento de Rizzoli no es, por consiguiente, sino una copia de la práctica de los operadores del siglo XVIII y la última frase que citamos muestra que él no es todavía más que un procedimiento de parto forzado con el destino particular que sabemos.

La dilatación manual, rejuvenecida, aplicada al parto forzado tal como actualmente hay que practicarla, debe satisfacer á las reglas de la fisiología general del parto y por consiguiente debe buscar, tanto como sea posible de ejecutar, una dilatación tal del orificio uterino que la extracción del feto se haga sin fuerza y sin deterioro para las partes maternales.

Es el objeto que persiguen todos los métodos actuales, siendo el más antiguo, muy reciente, puesto que él no data más que de seis á siete años. Él ha sido publicado por el doctor Marx en en 1894.

Procedimiento de Marx.—Marx, Parto forzado, «Medical Record», New York, julio 1894).—«El orificio admite al principio uno, después dos dedos, y en fin, poco á poco la mano en uso puede ser introducida por encima del orificio. La mano es entonces cerrada, después retirada con suavidad. Se comprende, si ella es retirada bruscamente, con que facilidad se puede producir una desgarradura del útero. La mano cerrada actúa de la

misma manera que el globo de Tarnier que, introducido vacío en el útero, es enseguida hinchado y es expulsado progresivamente.

Después de haber retirado el puño suavemente al través del orificio, éste ofrece entonces una dilatación de un diámetro de diez centímetros lo que es bien suficiente para el pasaje de un niño de dimensiones ordinarias. Después se rompen las membranas y se termina el parto».

El doctor Marx acompaña á su descripción cinco observaciones que son pobres en detalles concernientes al punto que nos interesa.

Fieux dice, que en 1900, sin conocer el trabajo de ese partero americano ha tenido ocasión de actuar de una manera idéntica. Después de haber deslizado su mano alargada al través de un orificio muy dilatable hizo parir su puño á la mujer con la más gran facilidad.

Este procedimiento ingenioso es bastante recomendable. Un puño cerrado de mediano volumen representa una circunferencia de 28 centímetros, mientras que una cabeza fetal bien flexionada, de dimensiones normales y tomada por el forceps tiene 33 á 34 centímetros de circunferencia mínima. Como circunferencia la separación es débil y en esas condiciones una extracción debe poder ser hecha bastante ligeramente, todo siendo, sin embargo, prudente. Pero, en fin, hay una sepa-

ración; el procedimiento no es, por consiguiente, ideal, y si después del pasaje del puño el orificio no es extensible, una extracción muy ligeramente hecha puede producir desgarraduras.

El procedimiento no sería, por lo demás, aplicable á los casos donde el segmento inferior más ó menos bien aplicado sobre la parte fetal no retropulsable, no admitiera el puño cerrado en su cúpula ya llena.

Procedimiento de Harris.—En los siguientes términos este autor expone su procedimiento. (Harris, Beletín de la Sociedad obstet. y ginec. de París, Diciembre 1894).

«La condición indispensable de su ejecución es que se puede introducir el índice hasta su más ancho diámetro. El índice introducido, si se retira el dedo de manera que la última falanje solamente esté á la entrada del cuello, se podrá generalmente introducir el pulgar al lado del índice.

«Cuando las extremidades del índice y del pulgar sean colocadas en el anillo y el segundo dedo fuertemente encorvado (el cuello quedando en una posición latero-dorsal) nosotros no tenemos más que guardar el índice y el segundo dedo puestos el uno contra el otro para formar una especie de empulgado, de donde el anillo formado por el cuello uterino no puede salir fácilmente. Para

facilitar mi descripción, yo designo esta maniobra con el nombre de *primera posición* manual ó para ser más correcto, *primera posición digital de dilatación.*

«El pulgar que reposa á lo largo del índice se encuentra entonces llevado adelante tan lejos como lo permite el ancho del cuello. Una dilatación considerable puede ser obtenida continuando ese movimiento del pulgar. Pero obtenemos una dilatación más grande y bien menos fatigante si mantenemos el pulgar inmóvil sobre el indice y si cumplimos el movimiento flexionando en conjunto el índice y el segundo dedo. Enseguida, cuando hemos ganado un poco de camino, deslizamos ligeramente el índice y el segundo dedo lo que permite al pulgar de avanzar; después llegado á ese resultado, colocamos el pulgar contra el índice. En esta posición tenemos un punto de apoyo y las flexiones del índice y del segundo dedo continúan la dilatación.

«Al cabo de algún tiempo extendemos de nuevo los dedos lo que permite al pulgar de llevarse siempre adelante hacia la articulación metacarpo-falangiana. Después manteniéndose fuertemente sobre el índice renovamos la flexión con ayuda del índice y del segundo dedo.

«Si las flexiones han sido hechas de una manera regular debemos ser capaces de pasar enton-

ces el pulgar, el índice y el segundo dedo. Es lo que yo llamaría la *segunda posición.*

«Durante todo este período la posición del primer dedo con relación al pulgar no ha cambiado. El cuello que rodea el pulgar y los dos primeros dedos reposa sobre la cara dorsal del tercer dedo como él reposa sobre aquella del segundo en la primera posición.

«La fuerza que se posee para dilatar proviene de la inmovilidad del pulgar sobre el primer dedo mientras que la presión es obtenida encorvando el índice, el segundo y el tercer dedo de la manera descrita más arriba. Al cabo de poco tiempo la dilatación es suficiente para dejar pasar el tercer dedo.

«Es eso que llamaría la tercera posición. El cuello siempre suspendido por encima del pulgar ha mantenido su punto de presión entre el tercer dedo y la cara latero-dorsal del cuardo dedo, nosotros continuamos las flexiones con todos los dedos, y seguimos bajando, extendiendo los dedos y el pulgar hacia la articulación metacarpo-falangiana. Bien pronto podemos introducir el pulgar y los cuatro dedos, y llegamos á la cuarta posición.

»Aquí todavía la dilatación se obtiene por la flexión de los dedos, aunque el índice y el segundo dedo sean más corvos que el tercero y el cuarto.

»El límite de la dilatación en la cuarta posición es de cerca de 23 centímetros de circunferencia, para una mano ordinaria. El extremo límite de la dilatación, fácil en la cuarta posición, no pasará esta medida, lo que es apenas suficiente para entrar la mano entera. Es necesario, por consiguiente, recurrir á la quinta posición, en la cual el cuello rodea las primeras falanges de los dedos, y la segunda ó última falange del pulgar.

»El movimiento que reclama esta posición, es la extensión del pulgar y de todos los dedos; al mismo tiempo es necesario encorvar los dedos para disminuir su usurpación sobre la pared intra-uterina. Una maniobra menos fatigante y puede ser más eficaz, es la sexta y última posición. Se trata de forzar el cuello, de rodear los huesos de la segunda falange y de la primera falange del pulgar.

»En estas dos últimas posiciones, el círculo de dilatación pasará la medida de la mano al menos de siete centímetros. Esto, naturalmente, constituye una abertura más grande que aquella necesaria á la introducción de la mano en el útero.

»Durante todas estas manipulaciones, la mano reposa sobre la vagina y tan suavemente que si el trabajo es bien hecho, los expectadores no pueden apercibir los movimientos del puño en la vulva. No se tiene necesidad ni de tirar ni de empujar sobre el cuello.

El es dilatado *in situ*, mientras que la usurpación al interior del útero está reducida al mínimum, encorvando las extremidades de los dedos en todas las posiciones. Toda mano puede soportar la fatiga de esta maniobra si la dilatación es posible.»

Este procedimiento de Harris, original en el principio de su ejecución, está descrito por su autor de manera poco clara, por no decir bastante confusa, viéndose sólo claramente su división en seis posiciones, cada una de las cuales se compone de una serie de movimientos de flexión. En su lectura se llega bastante fatigado á la sexta y última posición, fatiga que sospechamos, apesar de lo que dice el autor, se ha de realizar también en la práctica.

Él parece responder por su último tiempo á esa vuelta de mano que ciertos parteros han empleado en su práctica.

Encuéntrase un ejemplo en una observación de Tarnier (Archivos de Tocol. y Ginecol., 1892). M. Tarnier, explorando con el dedo el muñón cervical no borrado y todavía cerrado, es chocado de la facilidad con la cual penetra en el útero y hace ceder bajo su presión las paredes del canal cervical. Al lado del índice él desliza un segundo dedo en el cuello. Después de haber ejercido algunos masages exéntricos, él introduce un

tercero. Al cabo de algunos instantes el cuarto dedo penetra sin esfuerzo en el útero; en fin, la mano entera dispuesta en cono y continuando ejerciendo lentos y continuos movimientos de divulsión, franquea el orificio interno del útero, *separando entonces los dedos, Tarnier acarrea el círculo del cuello en contacto con las paredes pelvianas.*

Es así todavía que en la tesis de Mortagne se encuentra que tal era, ó casi era, la manera de actuar de Ribemont Dessaignes. Se lee XIII observación de ese trabajo: «Se puede sucesivamente deslizar los dedos en el orificio, y poco á poco, reuniéndolos en cono y ejerciendo movimientos de barreno, él termina por introducir toda la mano en el útero..... *Separando los dedos, él dilata el cuello tanto como es posible.*

Entre las manos de Ribemont-Dessaignes este método ha dado buenos resultados en muchas ocasiones.

Lo mismo que Ribemont-Dessaignes no parece haber actuado bajo la inspiración de Harris, lo mismo Fieux sin querer imitar al uno ni al otro, ha empleado en casi todos los casos de dilatación manual una vuelta de mano casi análoga. Uno, dos, tres dedos, van suave y progresivamente á pasar el orificio insinuándose entre la parte fetal y la calota perforada que le cubre si

la cabeza no puede ser desplazada. Cuatro dedos, después los cinco en uso van enseguida á franquear el orificio no penetrando más que en tanto que los tejidos parezcan flácidos y ceden fácilmente. En fin, á medida que la parte ancha de la mano pasa el círculo, el haz digital se despliega por debajo de la cabeza fetal que el abraza desplazándola lo menos posible. Ese haz digital desplegado representa una especie de tronco de cono de cinco ramas; él está dispuesto como un paraguas de cinco ballenas, introducido cerrado con la punta abajo, y que se abriría después de su pasaje por encima del orificio. La mano, así dispuesta con sus dedos divergentes, es entonces retirada hacia el orificio girando constantemente de derecha á izquierda y vice versa.

Si el cuello es flácido se siente bien la dilatación completarse bajo los dedos.

Este método parece haberle dado buenos resultados á juzgar por las observaciones que cita.

Esta dilatación unimanual que Fieux llama *completada* por oposición á los procedimientos de los parteros del siglo XVI y á aquel de Rizzoli es, por consiguiente, susceptible de abrir ligeramente un orificio uterino de tal manera que un feto á término sea extraído instantáneamente sin resistencia ni lesiones del cuello. El tiene una ventaja; una sola mano se fatiga á la vez; hay, por

consiguiente, siempre una mano de reserva pronta á suplir la mano activa que se cansa rápidamente cuando el cuello opone una cierta resistencia. Pero tiene el gran inconveniente de fracasar alguna vez en su segundo tiempo cuando el orificio no es bastante flácido. El haz digital desplegado no es suficientemente fuerte y se fatiga ó se cierra delante de un anillo que no cede rápidamente.

Es lo que ha sucedido á Ribemont-Dessaignes en dos de sus observaciones. Tres veces, igualmente, Fieux ha encontrado la misma dificultad, efectuando una dilatación insuficiente que ha debido terminar por otros medios. Es precisamente en razón de las dificultades que se puede experimentar para terminar la dilatación con una sola mano que el procedimiento de Bonnaire puede prestar servicios.

Procedimiento de Bonnaire.—No podemos hacer mejor que reproducir la descripción de Bonnaire (*Revue médicale 14 de Agosto 1894*):

«La mujer es anestesiada profundamente y dispuesta en posición obstétrica, los muslos flexionados al máximum. En la preñez, cuando el cuello es cerrado en sus dos orificios, se presenta la pulpa del índice al orificio externo y se imprime al dedo el movimiento de barreno. Ese primer obstáculo franqueado, se aborda el orificio inter-

no y se le hace ceder de la misma manera. Desde que ella ha penetrado en el orificio interno la extremidad digital deprime en todos sentidos el circuito por un verdadero masage exéntrico; se toma cuidado, desde el principio de la maniobra, de penetrar lo menos posible en la cúpula del segmento inferior para evitar de desprender los cotiledones de la placenta. (Esta descripción previene de un artículo donde Bonnaire se ocupaba especialmente del tratamiento de la placenta previa por el parto metódicamente rápido).

«Se desliza el índice izquierdo al lado del derecho teniendo cuidado de adosar los dos dedos sobre toda su extensión si el cuello es corto, y mejor todavía si él está en vía de dilatación; la colocación de los dos índices sobre el orificio interno es de los más fáciles. Si él, al contrario ha conservado toda su longitud y si al mismo tiempo él está situado arriba en razón de la falta de encajamiento del feto, una pequeña maniobra complementaria es indispensable para conducir las dos pulpas hasta el orificio interno, se hace bajar el globo uterino por un ayudante, se introduce los dos índices en el cuello tan profundamente como sea posible, se toma apoyo sobre las paredes cervicales distendiéndolas al través y al mismo tiempo se las acarrea abajo. La una después de la otra, las dos pulpas digitales des-

lizan por una especie de reptación al encuentro del orificio interno á medida que éste es tirado hacia ellas, y terminan por tomar sobre él un asiento sólido.

«Desde entonces esos dos dedos van á jugar el rol de una pinza de la cual se separan los dientes y cuyo eje respondería á las articulaciones metacarpo-falangianas adosadas la una á la otra. La fuerza es exclusivamente desenvuelta por los flexores de los dedos; los labios del cuello deprimidos en puntos diametralmente opuestos toman la forma de un ojal. Se desplazan los dedos en diferentes direcciones, de manera á hacer masage y distender las paredes del cuello en todos sentidos. La presión digital debe ser lenta, sostenida y sin choques; ella debe ser sostenida en tanto lo permita el vigor del operador y la resistencia de los tejidos; es más bien por la continuidad del esfuerzo que por su energía que se llega á hacer ceder el esfínter cervical; se debe fatigarle y no violentarle. En el caso donde la pulpa de los dedos perciban pequeños crugidos en la intimidad de los tejidos, lo que indica la ruptura intersticial de algunas fibras musculares, conviene de moderar ligeramente el esfuerzo y cambiar su punto de aplicación.

El orificio, ensanchándose, bien pronto el medio puede tomar sitio al lado del índice de la mano

derecha; los tres dedos adosados dos á uno continúan el mismo trabajo hasta que el medio de la mano izquierda puede penetrar á su vez. El cuello es distendido desde entonces por cuatro dedos apoyando dos á la derecha y dos á la izquierda; el despliegue de fuerza se hace más considerable y al mismo tiempo menos fatigante. Se continúa así hasta que el auricular de la una y de la otra mano pueda ser introducido al lado de los otros dedos. A partir de ese momento las dos manos tienen una toma bastante sólida sobre el cuello para terminar la dilatación, siempre adosados por las articulaciones metacarpo-falangianas, ellos separan los labios del cuello actuando sucesivamente en la dirección de los diversos diámetros de la pelvis. Desde que los dedos pueden ponerles simultáneamente en contacto con las paredes opuestas de la pelvis, la dilatación es tan completa como ha sido posible».

Los esfuerzos no son continuos. Bonnaire corta su intervención por pausas, sin retirar los dedos del cuello, se entiende. Esos instantes de reposo, no tienen solamente por objeto de ahorrar las fuerzas al partero, sino también por efecto de dejar reposar el útero mismo, aproximándose en lo posible al trabajo fisiológico en el cual los dolores son separados por intermitencias.

El procedimiento de Bonnaire tiene á su activo

numerosos sucesos. En ocho, diez, veinte minutos los cuellos dehiscentes, pero no borrados, han podido ser suficientemente abiertos para permitir una extracción fetal fácil. Es decir, que él constituye un método perfecto de dilatación artificial.

Una ventaja que no se puede contestarle, es de *llevar la dilatación más lejos que lo que puede hacer una sola mano*, cuando el cuello es poco resistente y esto con una rapidez que puede responder á la urgencia del más gran número de casos.

Pero al lado de esta superioridad que se complace en reconocer, Fieux formula algunos reproches: «no tanto á título de quejas contra el procedimiento, cuanto por poner una mordaza al entusiasmo de ciertos autores que parecen, en verdad, más realistas que el rey».

En primer lugar reprocha al método en cuestión de ser muy difícil de ejecutar cuando el cuello no enteramente borrado, no es mantenido bajado en la escavación por la parte fetal. Por su parte, en dos circunstancias donde el cuello era elevado y móvil, sus dedos, que no considera menos diestros que otros, no han podido operar la maniobra, bien que el útero fuera bajado por un ayudante.

Schwab ha encontrado la misma dificultad: «Después se introducen dos dedos y el orificio uterino se siente bajo la forma de un anillo flá-

cido. La dilatación siendo ya un poco pronunciada, ensayamos de continuarla, según el procedimiento de nuestro excelente maestro Bonnaire... Pero esta maniobra no sale bien, el cuello conservando su longitud, desliza delante de los dedos y remonta. Introducimos entonces tres dedos de la mano derecha, después cuatro dedos, y dilatamos el cuello separando lo más posible los dedos, se llega así á producir una dilatación de cerca de cinco francos.

«Nosotros hacemos de nuevo la maniobra de Bonnaire que aumenta la dilatación».

En segundo lugar, Fieux estima que si el procedimiento bimanual es suceptible de llevar más lejos que una sola mano la dilatación de un cuello que resiste, él no llega á abrir el orificio «tout en grand» cuando se trata de parto *provocado* acelerado, así como puede hacerlo más suave pero más seguramente el globo de Champetier de Ribes.

Dice de *un cuello* que resiste, poniendo fuera de cuestión esos orificios de tal manera dóciles que la simple introducción de la mano, sin otra maniobra de dilatación, permite de extraer instantáneamente, la cabeza primera ó última, bellos niños vivos. Para eso todos los procedimientos son buenos, así como lo atestiguan los hechos de Puzos, Rizzoli, etc. Habla de los cuellos que es ne-

cesario dilatar forzando de una manera más ó menos enérgica antes de pensar en la extracción.

Por consiguiente, en estos últimos, el procedimiento de Bonnaire, todo abriéndoles de una manera notable y mucho mejor que lo que puede hacer una sola mano, no les conduce á la dilatación circular completa, bien que de cada lado las dos manos lleven los bordes del orificio en contacto con las paredes de la pelvis.

En las observaciones de dilatación á la Bonmaire, se trata de mujeres no en trabajo y en las cuales la extracción ha tenido lugar sin resistencia; se encuentran niños de seis á siete y medio meses. Aun para los fetos antes de término, el procedimiento no da siempre un sitio suficiente. En un caso publicado por el autor mismo, al cabo de veinte minutos de esfuerzo se pudo pasar el forceps que acaba de dilatar bastante el cuello para extraer la cabeza de un feto de seis meses.

Una vez, sin embargo, después de la dilatación artificial, la versión permite de extraer inmediamente un niño de 3.320 gr. Se trataba de una mujer de 34 años que había ya parido doce veces. Es de creer que el cuello era uno de esos dóciles á los cuales hace alusión Fieux, y para los cuales todos los procedimientos son buenos.

De una manera general, todas las veces que el

niño esté á término ó cerca de término y el trabajo no comenzado, la extracción que sigue la dilatación manual, es detenida un momento por el círculo uterino insuficientemente flácido y dilatado.

Es lo que muestra un hecho de Schwab (preñez al octavo mes): «Nosotros hacemos de nuevo la maniobra de Bonnaire que aumenta la dilatación. Hecho esto, rompemos las membranas y aplicamos forceps sobre la cabeza, que hacemos fijar en D. T. Hacemos enseguida tracciones lentas y sostenidas *para aumentar la dilatación.*

Al principio el cuello resiste, formando una elipse transversal; pero, poco á poco, llegamos á hacer franquear el cuello á la cabeza, sin que se produzca desgarradura al nivel del cuello».

Es lo que ha sucedido igualmente á Fieux dos veces, en una de las cuales la dilatación era ya franca.

En las observaciones publicadas por Demelin en su trabajo sobre la dilatación artificial del cuello (L' Obstetrique, 1898) y donde la maniobra de Bonnaire permite de extraer el feto sin resistencia, se nota que lo más frecuentemente el operador atacaba el orificio uterino mientras que la dilatación expontánea alcanzaba ya las dimensiones de una pieza de cinco francos ó de una palma de mano.

Se ha elogiado en el procedimiento de Bonnai-

re la ventaja del contacto del cuello con la cara palmar de los dedos, cara sensible é inteligente.

«El hecho de poner en contácto con los tejidos dice Petit (tesis 1899), la cara palmar constituye, para el método de Bonnaire, una grande é incontestable superioridad». Y llega, en su entusiasmo, á llamarle *aparato registrador* y *regulador automático.*

Pero los hechos le son adversos, pues mientras que en las numerosas observaciones antiguas y recientes donde la dilatación fué efectuada por una sola mano (cara ininteligente de los dedos), no se encuentra un hecho de desgarradura cometida durante la abertura del cuello.

Por el contrario, en el número todavía restringido de dilataciones por el método de Bonnaire, figuran dos casos donde el cuello fué desgarrado durante la maniobra de dilatación; la observación XIV de la tesis de Mortagne y la XXVII del trabajo de Demelin.

Pero no queremos beneficiar esos hechos para incriminar el método de Bonnaire, reprochándole esas desgarraduras. Nos limitamos á considerarlas como un simple incidente que puede sobrevenir (raramente por lo demás) en el curso de una dilatación, cualquiera que sea el procedimiento. En general, la desgarradura del cuello que se puede observar después del parto que sigue una dilata-

ción manual, es el resultado de las maniobras de extracción y no de los esfuerzos prudentes de dilatación, que ella sea obra de los dedos por su cara inteligente ó no.

Para terminar, y ampliando un poco lo dicho por Fieux, haríamos notar que este método nos parece de difícil, sino imposible realización en aquellos casos en que el cuello se encuentra muy elevado, aun cuando se haya hecho bajar el útero por un ayudante, ó por tratarse de un conconducto vaginal largo, necesitándose en tales casos poseer dedos de longitud desmesurada, modo únicamente con el cual se conseguiría alcanzarlo, pues debe repararse cómo los dedos que no han sido todavía colocados ó introducidos y que quedan en contacto con la vulva, pueden impedir, en los casos citados, de alcanzar el orificio externo y penetrar en el canal cervical á los dedos que inician la abertura, fuera de que la amplitud del conducto vaginal, no ha de facilitar siempre, sobre todo en las primíparas, la colocación de los dedos que ahí esperan ser introducidos en el cuello.

No participamos, por estas consideraciones, de la opinión de ciertos parteros en las ventajas de rapidez que acuerdan al método, porque no son del todo expeditivas las maniobras que reclama para su ejecución.

ELECCIÓN DEL MÉTODO

Después de haber pasado en revista los diferentes métodos que pueden pretender la ejecución de la provocación y terminación artificial rápida del parto, estamos ahora en estado de elegir.

Nuestro estudio nos permite al principio de apartar los dilatadores metálicos lo que nos deja en presencia de los globos dilatadores y de la mano. Entre los dos debemos escoger sin optar por uno con exclusión del otro. Aquí, como en todo, hay que ser ecléctico, es sabio de conservar el globo y la mano y de emplear el uno ó el otro, según las circunstancias, ó por decir mejor, según las ventajas que ellos puedan ofrecer en presencia de un caso dado.

Pero antes de indicar cuales pueden ser las ventajas respectivas del globo y de la mano y aun para comprenderlas mejor creemos necesario de sentar en principio los siguiente: *el parto pro-*

vocado no deberá ser acelerado más que según la urgencia, pues los atropellos y pricipitaciones suelen ser frecuentemente perjudiciales y más aún en esta especialidad, donde (y aunque tema chocar cuando tratamos de un asunto donde la rapidez y urgencia encontramos á cada paso), la paciencia, atenta y vigilante naturalmente, constituye una preciosa cualidad que deben tratar de formar aquellos que se inician en las prácticas tocológicas, pues vense realizar por los solos esfuerzos naturales acontecimientos que la previsión suele considerar como imposibles de llegar, sin artificios, á feliz término.

Lo mismo que sería loco atropellar una preñez ó un trabajo donde todo marcha bien, lo mismo sería irracional de querer aguijonear sobre medida una dilatación cuya terminación no reclama una precipitación excesiva. La aceleración, repetimos, debe ser reglada y medida según la urgencia.

Es apoyándonos sobre este sabio principio que nos colocamos claramente del lado del globo *todas las veces que éste sea capaz de responder á la urgencia que reclama la madre ó el niño.*

El es menos rápido que la mano, es verdad; pero bien mejor que ella, borra, dilata, ablanda.

La dilatación manual tiene el inconveniente mismo de la rapidez. Se nota frecuentemente que

bajo la influencia de la mano, ó de las dos manos, el cuello violentado no ha tenido el tiempo de borrarse. El se ensancha sobre medida y cuando se ha abierto tanto como es posible, sucede alguna vez que se practica la *extracción al través de una especie de embudo ó de manguito.*

El trabajo lento del globo es más seguro y más completo. Después de su extracción se está cierto que el feto puede ser extraído sin experimentar de parte del orificio uterino la menor resistencia, y esto tanto mejor, cuanto que las cosas hayan sido menos precipitadas.

Es esta la inmensa superioridad de los globos sobre los procedimientos manuales, superioridad por la que se los podría adoptar para los casos donde se ve que se tiene un poco de tiempo, pudiendo reemplazarlos por la mano más rápida, pero menos perfecta, si se hace indispensable terminar rápidamente.

Si la indicación es de repente de ir lo más ligero, si la vida de la madre ó del niño, ó la de los dos están bajo la dependencia de la rapidez de la operación, la mano inmediatamente entrará en escena. Pero aquí tenemos en presencia dos procedimientos, el viejo procedimiento unimanual y el procedimiento bimanual de Bonnaire.

Según lo que hemos expuesto creemos más fácil y tan eficaz no atacar el cuello más que con una

sola mano hasta que haya penetrado toda entera en el útero imitando el procedimiento de Marx, con algo de otros, aquél que casi naturalmente está uno dispuesto á ejecutar, que es el que he visto y he tenido ocasión de practicar, y que es indudablemente lo más sencillo.

El fondo del útero es mantenido con la mano izquierda ó hecho mantener por un ayudante. Lubrificada la mano derecha con un jabón antiséptico se aborda el orificio externo con el índice y se introducen los tres últimos dedos uno sucesivamente después del otro hasta las articulaciones de las dos primeras falanges tratando de colocarlos en uso á medida de su introducción y ejerciendo movimientos de lateralidad, de barreno, para ampliar suavemente la entrada y permitir el acceso del pulgar.

Llegados á aquella altura (articulación falanjo-falàngiana) á lo que corresponde poco más ó menos la extremidad del pulgar, se insinúa éste, siempre continuando los movimientos de lateralidad. Una vez el pulgar adentro, se esfuerza en separar los dedos, en desplegar el haz digital hasta conseguir introducir la mano toda entera en el canal cervical. Continuando así se franquea el orificio interno y se penetra en la cavidad del cuerpo. Se cierra entonces la mano y se la vuelve así cerrada hacia el canal cervical á fin de operar

una mayor dilatación (acción semejante á la de los globos), al mismo tiempo que se constata la resistencia porque á veces después de dejar penetrar la mano, el cuello suele apretarla fuertemente cuando se va á sacarla.

Cuando se cansa una mano, lo que sucede cuando se trata de cuellos algo rebeldes, se la reemplaza por la otra.

En pocos minutos se puede llegar á introducir la mano sin violencia sobre todo cuando el cuello no es muy resistente ó cuando el feto es pequeño, pudiéndose, sin otra maniobra, llegar á los pies ó aplicar forceps y extraer.

Es de esta manera que se ha actuado en los siguientes casos (Marten. H. Rivadavia), siempre con el mejor éxito. (1)

Observación XI.—*Desprendimiento prematuro de la placenta normalmente insertada.* M. M., multípara, ingresa el 24 de junio de 1899 al terminar su quinto embarazo.

Al poco tiempo de iniciarse sus contracciones dolorosas, (3 a. m., junio 24), la mujer pierde una regular cantidad de sangre al mismo tiempo que se pone pálida y desfallece, lo que decide á la familia llevarla al hospital.

A su ingreso, 6 a. m., presenta una palidez marcada de la piel y mucosas, pulso débil y frecuente, lipotimias.

Examinada se constata un embarazo á término, feto de tronco, latidos débiles; la dilatación del cuello alcanza apenas á dos traveses de dedo.

Se practica la versión cefálica externa y la presentación de vértice permaneció hasta el momento del parto.

El ligero derrame que tiene la enferma á su entrada se combate por irrigaciones calientes que consiguen detenerle.

---

(1) Damos una observación de cada uno de los accidentes ó complicaciones que consideramos por no extendernos demasiado.

Taponamiento. Inyección de 1000 gr. de suero artificial. A las dos de la tarde se nota la pérdida de sangre que ha empapado el taponamiento y que escurre en poca cantidad, pero importante por el estado de la madre que se siente desfallecer á cada instante.

Se saca el taponamiento y se constata que la dilatación no había aumentado; los latidos fetales apenas perceptibles. Ruptura artificial de las membranas; dilatación unimanual. En cinco minutos se consigue introducir la mano en el útero. Versión. El feto nace asfixiado y fueron inútiles todas las tentativas para volverle á la vida. Alumbramiento artificial.

Observación XII.—*Placenta previa* (Personal). R. B., multípara, ingresa al servicio el 15 de Agosto 1901. Su preñez evoluciona hasta los cinco meses sin novedad.

Desde esa época comienza á perder sangre de manera continua teniendo cada seis ó siete días «golpes de sangre» según su expresión, en que el derrame se hacía más abundante con expulsión de coágulos, anunciándose por chuchos, sensación de peso y dolor al bajo vientre.

Entra al hospital el 13 de Agosto, siendo remitida á un servicio de ginecología donde la hemorragia continúa. El 14 en medio de esfuerzos de defecación siente los mismos síntomas precursores de sus «golpes de sangre», pero esta vez es agua ligeramente teñida de sangre lo que pierde, debido probablemente á la ruptura de las membranas.

Al trasladarse á la maternidad la enferma presenta un tinte pálido generalizado, pulso pequeño, gran postración. Se le inyectan 1000 gramos de suero artificial.

El 15 á la noche se produce una nueva hemorragia que cede á las irrigaciones calientes. Taponamiento. El 16 á las cinco a. m. comienzan los dolores de parto; la hemorragia se manifiesta algunas horas después haciéndose alarmante por su abundancia.

Irrigaciones calientes y taponamiento con los que no se consigue detenerla por lo que se resuelve terminar el parto.

Feto de vértice I. A.; latidos débiles y acelerados.

El tacto reconoce la placenta á la entrada del cuello que deja penetrar un dedo. Insinuándose entre la placenta y la pared uterina se llega en un tiempo muy corto á tomar un pie y efectuar la versión sin dificultad. Feto de seis y medio á siete meses que hace algunas inspiraciones pero sucumbe enseguida. Alumbramiento artificial. La hemorragia cesa. Hipodermoclisis 1000 gramos.

Observación XIII.—*Eclampsia* (Personal). I. C., primípara, ingresa el 16 de Julio 1901. Su preñez evoluciona hasta los ocho y medio meses sin complicaciones. En esa época comienza á manifestársele un edema de los miembros inferiores que se acentúa diariamente remontando á la raíz de los miembros para invadir después la pared del vientre y la cara, siendo particularmente pronunciado en la vulva.

Antes de su entrada ha tenido tres accesos qus se han sucedido á cortos intervalos y otro mientras era conducida en coche al hospital.

A su ingreso la mujer está sumida en un coma poco profundo, contesta vagamente; edema acentuado general, cara muy congestionada, respiración acelerada; pulso lento (50 pulsaciones) y débil, temperatura 36° 2. Cloroformo y morfina. Enema purgante.

Feto de vértice D. A., latidos normales.

El 17 por la mañana en vista de la repitición de los accesos y produciéndose en ese momento las primeras contracciones uterinas se practica la dilatación manual que se termina en 10 minutos pudiéndose extraer por versión sin ninguna dificultad y sin deterioro alguno un feto vivo de 3800 gramos. Los accesos no se producen más.

Observación XIV.—*Procedencia del cordón.* M. P., ingresa el 6 de Enero 1901. Multípara. Las membranas se rompen el 3 de Enero y siente los primeros dolores el 5.

Al examen se constata un embarazo á término con el feto de vértice en primera posición; latidos acelerados. Al tacto se percibe en la vagina, una larga ansa de cordón; cuello con dos traveses de dedo de dilatación. Se intenta la reducción manual é instrumental sin resultado. Dilatación unimanual en menos de 10 minutos. Versión con maniobra de Mauriceau. Feto asfixiado, reacciona prontamente.

Observación XV.—*Padecimiento del feto, cuello fibroso, inercia uterina.* Y. M., primípara, ingresa el 22 de Julio 1901 con bolsa rota.

Primeros dolores 10 a. m. de Julio 20. Las contracciones uterinas se han producido regularmente hasta algún tiempo antes de su ingreso en que pierden su energía produciéndose á largos intervalos.

Embarazo á término; feto de vértice D. A.

Dilatación de dos traveses de dedo; cuello de consisten-

cia fibrosa, resistente que imposibilita el progreso del trabajo.

El útero ya perezoso á la entrada de la parturienta concluye por agotarse no contrayéndose más desde las primeras horas de la mañana del 23.

Los latidos fetales se debilitan progresivamente lo que obliga á las 9 a. m. de ese día á efectuar la dilatación manual que se realiza con alguna dificultad por el estado del cuello pero que permite en un cuarto de hora próximamente la aplicación de forceps con el que se extrae el feto vivo.

Observación XVI.—*Muerte súbita.* S. C., multípara. Pocos momentos después de iniciarse el trabajo tiene un síncope que la mata súbitamente, habiendo presentado como signos precursores, disnea intensa y cianosis pronunciada.

La ausencia en ese momento de los prácticos del hospital, y mientras se comunicaba el suceso, se pierde un tiempo precioso, durante el cual hubiérase podido librar el feto, que el menor de guardia con la emoción del compromiso y su poca destreza en las maniobras extrae muerto por versión.

Pero frecuentemente una vez la mano en su sitio, el partero tiene la sensación de que el cuello resiste todavía, siendo temerario de tentar una extracción al través de un pasaje insuficiente, Se ha aconsejado en ese caso, cuando las circunstancias apremian, de recurrir al método de Bonnaire que puede darnos ligeramente lo que una sola mano no puede hacer: *una dilatación casi completa compalible con una extracción inmediata y sin peligro.*

Es una combinación análoga que Schwab y Fieux han empleado algunas veces.

Sin rechazar esta oportunidad del método de Bonnaire (siempre que se pueda alcanzar bien el cuello), pensamos que la dilatación unimanual que hemos aprendido, permite extraer el feto sin accidentes, en la creencia de que el cuello que permite la introducción más ó menos fácil de la mano, no puede oponer una resistencia peligrosa, y si esta resistencia existiera, que no puede ser entonces sino muy débil, las partes fetales la vencerían en el momento de la extracción.

Pero si el operador, después de haber comenzado la dilatación por la introducción de la mano en el útero, se apercibe en ese momento que la tormenta es un poco cal-

mada, ¿por qué no ensayar de terminar la abertura por el medio más lento, pero más perfecto, la aplicación del globo?

Mientras que el globo *maniobrado activamente* es largo de actuar por encima de un cuello no enteramente borrado ó al través de un orificio apenas dilatado, es de creer que su acción será mucho más pronta frente á un cuello atravesado por la mano entera que ha hecho lo grueso y largo de la tarea. La no resistencia del orificio uterino sería entonces cierta en el momento de la extracción del feto, y ésta sería practicada sin la inseguridad que comportan siempre á este respecto, los procedimientos de dilatación manual.

Con respecto del empleo combinado de la mano y del globo, Fieux se detiene sobre un pequeño detalle de práctica. El globo introducido en un orificio donde acaba de pasar la mano, cae siempre en el momento donde la pinza se desprende para hacer sitio al líquido. El orificio es muy ancho. Es por esto porque, en esas circunstancias, Fieux prefiere la *introducción manual del globo*. La mano derecha, después de su penetración en el útero, es retirada, después ella vuelve, teniendo el aparato arrollado y acostado sobre su cara palmar y sobre la cara palmar de los dedos. El extremo de dos ó tres dedos, cargados del globo, entran de nuevo en el cuello ó el orificio, la mano estando en supinación. Después el índice y el medio de la mano izquierda rechazan progresivamente por encima del círculo el resto del globo contenido en la ranura formada por la palma de la mano derecha. Actuando así, se llega con la más gran facilidad á introducir en el útero todo el globo apretado y achucharrado. La mano derecha siempre en la vagina, le mantiene en sitio por encima del orificio hasta que el líquido sea inyectado en cantidad suficiente.

Creemos poder reasumir ahora, en algunas palabras, esta cuestión de elección del procedimiento de dilatación artificial en el parto forzado rápido, recordando que esa elección debe reposar sobre la urgencia de la depleción uterina.

1.º Los casos que corresponden á la primera categoría que hemos distinguido, son tributarios del empleo de los globos maniobrados activamente, prestos á recurrir á la mano, si son muy lentos ó si los acontecimientos vienen súbitamente á exigir una terminación inmediata.

2.º Los casos intermediarios como urgencia que corresponden á la segunda categoría, son felizmente tratados por

la combinación, ó más bien, por el empleo sucesivo de la dilatación unimanual y de los globos maniobrados activamente.

3.º Finalmente, aquellos que exigen una depleción uterina tan acelerada como sea posible (tercera categoría), quieren de repente la intervención manual; maniobra unimanual al principio, seguida del método de Bonnaire.

FRACASOS

Ó GRANDES DIFICULTADES DE LOS MÉTODOS DE DILATACIÓN QUE RESPETAN Ó BUSCAN RESPETAR LA INTEGRIDAD DE LAS PARTES MATERNALES.

Hasta aquí hemos examinado solamente los casos donde la dilatación artificial, no sangrienta, es posible y relativamente fácil. Por consiguiente, no hay que hacerse ilusión y saber que en algunas circunstancias la dilatación manual, más activa sin embargo que el globo, es capaz de fracasar, ó al menos de no responder á la urgencia de la situación.

En dos momentos de la intervención, la mano puede experimentar muy grandes dificultades y aun una oposición completa de parte del cuello.

Es alguna vez, al principio, que las dificultades pueden aparecer. El cuello no se deja franquear por el dedo, ó bien después de haber admitido el índice estrechamente en su canal, él no

recibe el índice y el medio, adosados, cualquiera que sea el tiempo y el esfuerzo empleados.

En una observación de Ribemont, una secundípara de 41 años muere súbitamente. Se ensaya de dilatar el cuello por el procedimiento de Bonnaire; el cuello tenía una consistencia bastante considerable para oponer una larga resistencia. Después de algunos momentos de esfuerzo sostenido, que no hace ganar más que un terreno insignificante, y estando los instrumentos esterilizados, se decide practicar la operación cesárea que proseguir una intervencion, cuyo insuceso final parecía cierto.

Fieux, en una primípara atacada de uremia de forma convulsiva, con cuello enteramente cerrado, estuvo más de *cuarenta minutos* sin poder pasar dos dedos. Valiéndose de una pinza curva de Richelot, con la que ejecuta movimientos de divulsión, como hace Bonnaire con dos dedos, consigue abrir suficientemente para pasar el índice y medio y conseguir entrar, finalmente, la mano entera.

Estos dos hechos indican la conducta á seguir en estos casos, donde la dilatación manual experimenta al principio serias dificultades. ¿Sería indicado en esta circunstancia de recurrir á las incisiones del cuello?

No lo creemos. En el estudio que hemos hecho

de ese procedimiento, hemos visto que entre las condiciones actualmente requeridas para su ejecución sin peligro, figura el borramiento del cuello. Si el cuello es entero y el caso *absolutamente apremiante*, lo mejor es de actuar como Ribemont, en la observación precedente: abandonar las vías naturales, cuya abertura sin efracción no permite de llegar á tiempo para salvar el feto y recurrir á la talla cesárea.

Es el consejo dado por Pinard en favor de la madre en los casos fulminantes de hemorragia reto-placentaria, donde el cuello y el segmento inferior, muy resistentes, impidieran á la mano de vaciar instantáneamente el útero.

Para los casos menos urgentes, como era aquél de Fieux, el procedimiento de Marx, aquél que hemos practicado con suceso, permitirá de llegar al objeto, si los acontecimientos no se precipitaran sobre medida.

En fin, hay casos que cuando el orificio ha adquirido una cierta dimensión, se opone á dejarse abrir más.

A fuerza de insistencia, ó alguna vez sin mucha dificultad, la mano entera ha podido pasar en cono en el útero; después, á partir de ese momento, es imposible de llevar la dilatación más adelante.

Esta imposibilidad de acabar la dilatación se ha presentado á Bonnaire, Ribemont y Fieux.

Bonnaire, después de haber deslizado tres dedos de cada mano hasta por encima del orificio interno, y al cabo de veinte minutos de esfuerzos, la dilatación parecía suficiente para que la cabeza del feto (de seis meses) pudiera ser extraída. Desgarra entonces las membranas, é introduce las dos ramas del forceps hasta por encima del estrecho superior, mientras que un ayudante mantiene la pequeña cabeza fija á la entrada de la pelvis. Las tracciones del forceps acaban la dilatación, librando la cabeza en un tiempo indeterminado.

Ribemont, á pesar de la dilatación incompleta ensaya una aplicación de forceps, que da resultado, á pesar de la elevación considerable de la cabeza, que necesita la introducción de las ramas hasta el nivel de la articulación. La cabeza, sólidamente tomada, baja, acarreando con ella el cuello hasta la vulva, se la rechaza fácilmente adelante y sobre los lados de la cabeza, y la extracción se hace sin dificultad. La extracción exige veinte minutos. Una desgarradura del cuello se produce. Niño en estado de muerte aparente, que reacciona después de hora y media de insuflación, respirando penosamente, y muere al día siguiente.

Fieux, en su caso, á pesar de todos sus esfuerzos, no consigue la dilatación más allá de ocho

centímetros de diámetro. La cabeza, muy elevada en posición derecha; rompe las membranas y aplica el forceps. Hace tracciones suaves, constatando que el orificio está poco dispuesto á abrirse; él no cede más que poco á poco; él flacidiza con los dedos de la mano izquierda, mientras que la derecha apoya sobre el tractor los bordes del cuello y hace pasar los bordes anterior y posterior por encima de la cabeza. La extracción dura 28 minutos. Alumbramiento artificial, desgarradura bilateral del cuello. Niño reanimado al cabo de 20 minutos de insuflación.

En los casos que tenemos en vista, no es un rodete circular, que retarda apenas la extracción y no constituye más que un obstáculo insignificante; es un orificio francamente incompleto, que va á oponer una resistencia seria al feto, todavía vivo, y que se entiende está proscrito reducirle.

En los tres casos que acabamos de señalar, una vez antes de término y dos veces á término, se ha podido ver como ha sido salvada la dificultad. Es el forceps que arrástra la cabeza, que acaba la dilatación.

La extracción debe ser entonces lenta, reglarse sobre la dilatación progresiva del cuello. El borde anterior de éste aparece frecuentemente por debajo de la pelvis acarreado por la cabeza fetal. Los dedos de la mano izquierda le rechazan poco

á poco, le flacidizan, después yendo de derecha á izquierda recorren el círculo para juzgar de su blacidez y los progresos de la dilatación. En fin, al cabo de un tiempo variable, pero siempre largo, se puede hacer saltar la salida á la venda anterior que es lo más frecuentemente aquella que se atrasa; la cabeza pasa entonces, pero casi siempre cometiendo algunos deterioros, todo al menos si el feto está cerca de término.

Pero no hay que seguir esta conducta por dos razones.

La primera porque á pesar de la suavidad con que se tira el feto, destrozos bastante considerables pueden producirse. En las observaciones citadas extensas desgarraduras han sido la consecuencia.

La segunda razón que debe hacer abandonar esta manera de actuar es el interés del niño, que sucumbe frecuentemente á consecuencia de la larga extracción.

El interesante trabajo del doctor Wallich (Ann. de Gyn., 1898), sobre la anatomía patológica del recién nacido, comprende 98 autopsias de niños muertos de lesiones durante el parto; demuestra que esas maniobras tienen francamente por resultado la producción de hemorragias meníngeas.

«Los parteros, dice, han sido hasta estos últimos años preocupados justamente por los obstáculos óseos que dificultan la salida del feto; hoy que

esos obstáculos pueden ser salvados, es necesario contar más de lo que se hace hasta aquí con los obstáculos dependientes de las partes blandas maternales. Entre las heridas notadas en las autopsias, no hay más que un pequeño número debidas á la travesía de una pelvis viciada, la mayor parte resultan de la lucha contra un obstáculo no óseo, cuello del útero incompletamente dilatado, etc. . . Es necesario aplanar, por consiguiente, en la medida de lo posible esos obstáculos *no servirse del feto vivo para producir una dilatación forzada*, así de las partes blandas maternales como de las partes duras. . . . »

Se puede estar convencido ahora que no se tiene nada que ganar con esta extracción lenta y progresiva al través de un cuello en el cual la cabeza cubierta del forceps, debe terminar de forzar la dilatación. Bien al contrario, se compromete al niño y no se respeta las partes maternales puesto que lo más frecuentemente en esas extracciones forzadas el cuello se desgarra como quiera que se haga.

Y bien, puesto que está actualmente probado que las incisiones netas son menos temibles que las desgarraduras expontáneas (menos tendencia á la infección, menos tendencia á extenderse), es el momento de recurrir al procedimiento sangriento que se puede emplear hoy sin temor.

La madre y el niño ganarán seguramente.

En presencia de un parto que debe ser prontamente terminado *si una dilatación completa ó casi completa es imposible obtener,* es de seguir la conducta que aconseja Fieux:

Aplicación de forceps y ligeras tracciones: el cuello bajado por la parte fetal y bien tendido por su presión, es decir, bien accesible, será atrevidamente y sin temor, seccionado con tijeras á derecha é izquierda hasta la inserción vaginal.

Si la extracción de la cabeza última no puede ser evitada se actuará de manera idéntica desde que se ve que después de la extracción del tronco el cuello opone una resistencia seria.

Después, según las circunstancias y el medio donde se opera, la sección será seguida de un taponamiento ó de una reparación al catgut.

MODO DE EXTRACCION

DESPUÉS DE LA DILATACIÓN ARTIFICIAL RÁPIDA

La cuestión de la dilatación artificial, debatida y resuelta, nos queda á ocuparnos de la extracción fetal. En el momento de la determinación á tomar, forceps ó versión, hay dos cosas que se deben tener en vista y que deben guiarnos; es el estado del niño y la permeabilidad del orificio uterino.

Cuando el niño es muerto, ó bien él es de pequeñas dimensiones, ó bien él es á término ó cerca de término.

Si él es de pequeñas dimensiones, seis á siete meses, es casi cierto que la dilatación, cualquiera que haya sido el procedimiento, será suficiente. Lo más simple y lo más rápido es, entonces, de buscar un pie y de extraer por la cabeza, última que pasará sin dificultad.

Si después del pasaje de la mano ó después de la maniobra de Bonnaire, la dilatación no es suficiente, ó la dilatación manual puede hacerse seguir sin ningún inconveniente una *dilatación fetal progresiva*, que no exigirá al cuello más que el sitio justamente necesario para dejar pasar un producto alguna vez un poco desenvuelto.

A esta *dilatación fetal progresiva* han recurrido Leroux, Smellie y Fieux, perfectamente lógica cuando *el niño ha sucumbido ó no es viable.*

Si el feto es á término ó cerca de término, la conducta clásica sería de reducirle en todos los casos. Bajo el punto de vista práctico, se puede dispensar un poco este rigor por la sencilla razón de que llamado para un caso de urgencia, no se tiene siempre el basiotribo consigo, así como un ayudante entendido, necesario para practicar esa operación.

Es necesario distinguir los casos donde el cuello es enteramente abierto (empleo del globo ó cuellos excepcionalmente maleables) y aquellos donde el orificio tiene muchas probabilidades de ser más ó menos insuficiente (dilatación manual que ha actuado sobre cuellos más ó menos resistentes).

Si el cuello es perfectamente dilatado ó dilatable, se deberá tener á las reglas generales que presiden la elección del procedimiento de extrac-

ción: forceps si la cabeza está encajada ó no movilizable; versión si la cabeza es móvil y huye en el estrecho superior. La versión más rápida tiene la ventaja de hacer ganar algunos minutos, lo que no es despreciable en ciertos casos absolutamente urgentes. Se entiende que en las presentaciones de pelvis la extracción de la cabeza última será siempre indicada.

Cuando el cuello no está abierto de una manera absoluta, lo clásico toma sus derechos y se hace entonces formal de terminar á expensas del feto que ha sucumbido. En las presentaciones de vértice encajado, flexionado ó deflexionado, no hay duda, la basiotripsia será practicada de repente. Pero en los casos donde la cabeza es muy elevada y difícil de mantener, sobre todo si no se tiene cerca un ayudante inteligente, la aplicación del basiotribo será de tal manera penosa y aun peligrosa, que es preferible de buscar un pie, y hacer una extracción lenta, quebrando la cabeza última, fácilmente fijada por su tractor natural, si inmediatamente ella no cae en la mano en seguida del tronco.

La presencia del niño vivo, por el deber y el deseo muy naturales que tenemos de extraerle sano y salvo, complica un poco la situación, puesto que las circunstancias de dilatación absoluta ó insuficiente siendo las mismas, las maniobras de

reducción fetal deben ser absolutamente rechazadas.

Petit, en su tesis de 1898, dejando las estadísticas de los autores que se han, antes de él, ocupado de la cuestión y «prefiriendo inspirarse de su educación clínica», se cree en derecho de sentar esta regla general:

Espalda, versión; pelvis, extracción; cara, versión.

Vértice, primíparas, forceps; multíparas, versión.

Es una fórmula bastante simple.

Esta distinción tan marcada entre primíparas y multíparas, parecería probar que la dilatabilidad poco acentuada en las primeras, y la dilatación siempre fácil en las segundas, sea una regla absoluta que debe dictar el modo de extracción.

Pero por las observaciones de Mortagne, Demelin, Petit y Fieux, se ve que si la regla general es que la dilatación es tanto más difícil de operar cuanto que se trate de primíparas y de preñeces menos avanzadas, *excepciones muy numerosas pueden contarse.* Es así que se ven al lado de primíparas, donde la dilatación es ejecutada en cuatro, seis, quince y veinticicinco minutos, multíparas, donde la operación penosa ha exigido treinta ó cuarenta minutos, y aún ha sido imposible de terminar.

Lo mismo encontramos preñeces á término, donde la dilatación es muy laboriosa, mientras que á los seis ó siete meses ella puede ser ejecutada muy rápidamente.

En fin, esas observaciones parecen probar que más que la paridad ó la edad de la preñez, una otra circunstancia puede influir sobre la dilatibilidad del cuello, es la *causa misma que necesita la intervención.* Como lo habían ya notado los antiguos autores, las hemorragias graves de placenta previa y el estado agónico preparan admirablemente el cuello á una dilatación rápida. Después vienen la eclampsia y el estado asfísico. En cuanto á las causas de otro género, ellas no modifican casi la resistencia de los tejidos; así en esos casos es en lo que se experimentará más dificultades en operar la abertura rápida.

Pero volvamos, después de esta corta disgresión que nos ha parecido útil, á la cuestión sentada de la oportunidad de tal ó cual modo de extracción.

Cuando la dilatación artificial ha sido la obra del globo, la extracción por versión no es más desfavorable que lo que ella es, de una manera general, después de la dilatación natural, aun si la intervención sorprende un cuello no modificado por el trabajo. Sería ocioso señalar las innumerables observaciones de niños vivos extraídos

por la versión, después de la dilatación por el globo, que muestran que después de su expulsión ó extracción hinchado al máximum, ninguna resistencia no es de temer del lado del orificio interno.

Si la dilatación ha sido acabada por el globo, la elección entre la versión y el forceps será sometida á las reglas de la extracción indicadas después de una dilatación completa normal: forceps, si la cabeza flexionada ó deflexionada está encajada; versión, si la cabeza está en el estrecho superior, móvil y sin tendencia al encajamiento después de la caída del globo.

Por lo que concierne á la dilatación manual Fieux, basándose en las estadísticas de Tarnier, Ribemont, Demelin, etc., trata de demostrar *la incontestable superioridad por lo que respecta al niño, del forceps sobre la versión,* diciendo que cuando el cuello ha debido ser *abierto á fuerza* por las maniobras manuales, la extracción de la cabeza última será tanto como sea posible separada y que el forceps será la intervención de elección, y hace el siguiente razonamiento:

«Después de la dilatación manual, *de un cuello que resiste, tomado fuera del trabajo,* la dilatación, aunque llevada muy lejos por el método de Bonnaire, no es absoluta. El forceps experimentará un poco de oposición; ¿pero qué impor-

ta? en cuatro, seis, diez ó quince minutos de tracciones suaves y moderadas, el orificio será franqueado y el niño viene vivo sin más brechas del lado del cuello que si la dilatación hubiera sido primitivamente bien completa. Si la cabeza sale última en esas condiciones, hay todas las probalidades para que el feto pague con su vida el mismo retardo.

«Por consiguiente, yo siento en principio que después de la dilatación manual, *se debe tanto como sea posible, en favor del niño, buscar la extracción al forceps.* En el momento donde la cabeza pase el orificio uterino, las tracciones serán siempre lijeras el índice izquierdo, vigilando el circuito del orificio, rechazando si hay necesidad por encima de la gran circunferencia de la parte fetal una porción de cuello mal dilatado que se deja arrastrar.»

Se apoya, pues, en prácticas que nosotros hemos probado no deben seguirse por considerarse perniciosas, habiéndonos servido un caso del mismo Fieux para rechazarlas.

Dice que no importa que el forceps experimente un poco de oposición; en pocos minutos de tracciones suaves y moderadas, el orificio será franqueado y el niño vendrá vivo sin más brechas (los hechos hablan en contra de esta aserción) del lado del cuello que si la dilatación hubiera sido primitivamente completa.

Con los mismos fundamentos podemos nosotros decir que no importa que la cabeza última experimente un poco de oposición, pues con tracciones suaves y moderadas el orificio podrá ser franqueado y el niño podrá ser extraído vivo, sin que se produzcan deterioros.

Con todo el respeto que se debe á la autoridad de los maestros y el que pueden merecer las estadísticas, no aceptamos ese principio sino aplicado á los especialistas, y no en lo referente á los médicos en general, para aquellos que no se dedican con especialidad á la obstetricia y que son, sin duda, los más.

Compréndese la preferencia del forceps por los prácticos habituados al manejo del instrumento, capaces de hacer siempre una toma segura y conciente y de terminar así rápidamente, y sin lesiones, la extracción del niño. Pero en manos no muy hábiles el forceps es un instrumento difícil que hace perder mucho tiempo por sus deslizamientos consecutivos á la prehensión insegura que se hace de la cabeza; engorroso porque á veces sólo después de muchas tentativas se consigue librar el ovoide cefálico; exige de parte del operador un tacto muy acostumbrado, sin lo cual casi siempre serán ciegas y de ahí embarazosas y no por consiguiente de acuerdo con las circunstancias las aplicaciones de forceps, además

de los peligros de compresión de la cabeza y otros deterioros sobre los cuales no queremos detenernos.

La versión mirada con recelo por los prácticos viejos nos parece ser la intervención que los prácticos jóvenes deben preferir; la versión como lo exige la urgencia, ir á la busca de los pies y tirar del que primero se encuentre sin detenerse mucho en investigar si es el derecho ó el izquierdo, el anterior ó el posterior, porque á veces no se dispone de tiempo para esas constataciones, y en la práctica los sucesos suelen obligar á distanciarse de los preceptos teóricos.

La versión es una maniobra rápida, al alcance de los médicos poco avezados en las prácticas tocológicas, pues no exige tacto delicado ni conocimiento exacto de la posición de la cabeza como el forceps, y nosotros por lo que hemos visto nos colocamos decididamente del lado de la versión, llegando á decir, sin temor de aventurar mucho y siempre en los límites de lo prudente y racional que cuantas veces la cabeza pueda rechazarse sin mayor dificultad. y mucho más cuando es móvil, y permite ir al encuentro de los pies, debe practicársela después de la dilatación artificial rápida.

Pueden sernos desfavorables algunas estadísticas por lo que se refiere á la vida del niño, pero

debe tenerse presente que no siempre hay que confiar en ellas ciegamente para trazarse una línea de conducta.

Y luego que quedan todavía, en el caso en que el cuello no cediera ó lo hiciera muy lentamente, otros recursos (incisiones del cuello), cuya rapidez (de la que depende á veces la vida del niño), sumada con aquella de la versión, sobrepasa generalmente á aquella del forceps.

Se podrá objetarnos que no es con la rapidez que se obtienen los mejores resultados y que esa misma rapidez puede ser causa de tropiezos y accidentes dañosos para la madre y el niño. Pero á ello contestaríamos que la gravedad de ciertas complicaciones dispensa de preocuparse seriamente del niño en beneficio de la madre y que los perjuicios que pueden ocasionarse á ésta y á aquél no son mayores con la versión que con el forceps y que muchas veces es á la primera que hay que recurrir para terminar lo que no se ha conseguido con el segundo.

Lamentamos que el poco tiempo de que hemos dispuesto no nos haya permitido de llegar, por los casos observados entre nosotros, á una estadística, con la que, estamos seguros, hubiéramos lucidamente hecho frente á aquellas que nos son adversas.

Las observaciones siguientes, la tercera de las

cuales nos ha sido galantemente comunicada por el doctor Trongé, jefe del servicio de partos del Hospital Pirovano, y que presumimos no son las únicas, sirven de apoyo á nuestras reflexiones.

Observación XVI.—(Matern., H. Rivadavia; interviene el practicante del servicio). M. L., primípara, ingresa el 8 de agosto de 1900 con accesos de eclampsia.

Primeros dolores el 4 de agosto, rupturas de las membranas el 7. Diámetros externos normales; promontorio algo saliente; feto de vértice D.P, cabeza en el estrecho superior.

Como eran buenas las contracciones se resuelve esperar. Al día siguiente en el mismo estado; dilatación incompleta, cabeza no encajada, gran bosse, las contracciones se distancian; sobrevienen dos accesos de eclampsia; latidos fetales normales.

Se resuelve la aplicación de forceps (Pajot) en el estrecho superior, encontrándose una gran dificultad en la introducción de las ramas. No se consigue encajar la cabeza después de varias tentativas y se decide el sacrificio del feto.

Se perfora el cráneo con el aparato de Blot. Craniocla-sia, que no da resultado. Se introduce la mano en el útero y se efectúa la versión fácil y rápidamente.

Observación XVII.—(Matern., H. Rivadavia; personal). M. L., septípara; ingresa el 15 de agosto de 1901 en trabajo avanzado.

Iniciado el parto á las 6 p. m. del 14, los dolores fueron intensos durante toda la noche, pero sin que el trabajo adelantara normalmente. En la mañana del 15 se le practican varias aplicaciones de forceps en su casa que no dieron resultado, por lo que es trasladada al hospital.

Entra con 38° 5, 120 pulsaciones, diarrea, vómitos biliosos, tinte subistérico, agotamiento. Embarazo al término, útero tetanizado (se sospecha la administración de ergotina), vulva edematosa con equimoxis, dilatación completa; feto muerto, vértice, posición izquierda, algo deflexionado, fuertemente apoyado sobre el estrecho superior.

Se hacen tres tentativas de forceps (Pajot) en toma oblicua, sin resultado. Se perfora el cráneo con el perforador de Blot; por el agujero de perforación se introduce

una cánula de irrigación arrastrando el chorro una gran cantidad de substancia cerebral. Cefalotripsia, se tira con el cefalotribo inútilmente. Basiotripsia, iguales tracciones que anteriormente con idéntico resultado. Se consigue con alguna dificultad rechazar la cabeza ya encajada por las tracciones; una vez en la cavidad uterina, se choca con el anillo de contracción, cuya resistencia se vence por el empuje suave y sostenido de la mano. Salvado este obstáculo se toma un pie y se efectúa la extracción con la más gran facilidad.

Observación XVIII—(Hospital Pirovano, servicio del doctor Trongé). I. B., ingresa el 23 de agosto de 1901. Multípara, diámetros pelvianos externos normales. Primeros dolores, una a. m., agosto 23, ruptura de las membranas, 8 a. m., presentación de vértice; latidos fetales normales.

Se solicita asistencia y acude el médico interno del hospital que aplica forceps (Pajot) en el estrecho superior, durando dicha aplicación dos horas, sin conseguir que la cabeza descendiera, no obstante haber hecho una buena toma, por lo cual se decidió su ingreso al hospital.

Una vez en éste, se le hace una nueva aplicación de forceps con resultado negativo, por lo que se llama al doctor Trongé, el que en vista de que el feto estaba muerto, hace craniotomía con el perforador de Blot; se vacía el cerebro y se hace una nueva aplicación de forceps y la cabeza no baja. Craniotomía con el cranioclasto de Brann, y á pesar de esto la cabeza no baja tampoco. Entonces se determina hacer la versión, tratando de cubrir lo mejor posible con el cuero cabelludo los huesos del cráneo para evitar la ruptura del útero. La maniobra se realiza con alguna dificultad, pero habiéndose deflexionado los brazos, se saca primero el anterior y después el posterior y se termina con Mauriceau.

DEL ALUMBRAMIENTO

DESPUÉS DEL PARTO FORZADO RÁPIDO

Los autores recientes que se han ocupado del parto provocado rápido no hablan casi de la manera según lo cual debe ser practicado el alumbramiento después de esa operación.

En la tesis de Mortagne no hay el menor consejo á ese respecto. Se encuentra solamente que en las observaciones donde él trata del alumbramiento, el número de estos, naturales y artificiales, es casi igual.

Demelin no trata más ventajosamente esta cuestión; pero en sus observaciones personales se notan nueve alumbramientos artificiales sobre cuatro naturales.

Petit en su tesis dice que... «en las circunstancias normales, el alumbramiento, en el parto artificial rápido, no comporta ninguna indicación particular. Queda por consiguiente sometido á sus reglas ordinarias y es un deber respetarlas. Esta manera de pensar de Petit parece poco inspirada por los hechos que él refiere en su trabajo, pues

sobre nueve observaciones, ocho veces hizo el alumbramiento artificial inmediato, y en la novena debió recurrir tres cuartos de hora después del parto á causa de una seria hemorragia.

En el parto forzado rápido existe frecuentemente una primera razón que *comanda* y una segunda que *aconseja*.

La razón que comanda el alumbramiento artificial es la urgencia que existe en la mayor parte de los casos no solamente de practicar la extracción del feto sino de realizar la depleción uterina total. En los casos de hemorragias bastante graves para reclamar el parto de urgencia, la indicación es siempre de vaciar el útero. El alumbramiento debe, por consiguiente, seguir inmediatamente la extracción del niño.

La segunda razón que aconsejaría el alumbramiento artificial serían las hemorragias, no tan frecuentes como se dicen, en el momento del desprendimiento placentario, en las mujeres sometidas á la narcosis clorofórmica.

Varnier acostumbra practicar el alumbramiento artificial inmediato en las enfermas que el ha debido anestesiar. Fornier vacía también completamente el útero pero solamente en los casos de metrorragias graves.

Fieux actúa lo mismo que Varnier de algún tiempo á esta parte sin que haya jamás tenido

que lamentar nada; por el contrario, dice que en muchas circunstancias, donde después de la anestesia, ha querido apartarse de esta regla, los sucesos le han forzado á efectuar la extracción artificial de la placenta. Y añade que observa esa conducta porque si se espera el alumbramiento natural, la mujer se despierta y si sobreviene una hemorragia grave, es necesario de nuevo poner la enferma en posición obstétrica, reclama los ayudantes ya dispersos ó ocupados en dar cuidados al niño y operar entonces con resistencia y gritos, lo que constituye una dificultad para el operador, determina una viva y dolorosa excitación en la enferma y es la causa de una nueva emoción, mientras que se puede beneficiar de la narcosis para prevenir el peligro.

Sólo en una circunstancia Fieux no solamente difiere el alumbramiento, sino que le abandona de una manera completa: es aquella donde se opera exclusivamente en favor del niño en una mujer agonizante ó recientemente muerta, porque en ese caso, dice, dejar la placenta en su sitio, es sin faltar en nada á los deberes del médico, prepararse una pieza anatómica preciosa de la cual la ciencia podría aprovechar.

Considerando muy atendibles las razones de Fieux, que son de tener en cuenta sobre todo fuera de la práctica hospitalaria, nuestra opinión es que no

debe constituirse en sistema la extracción manual de los anexos después del parto forzado, aceptándola solamente en aquellos casos en que la depleción interna rápida y total sea necesaria (hemorragias persistentes, accesos subintrantes de eclampsia).

El alumbramiento artificial deja frecuentemente restos de placenta y membranas que complican el puerperio y que exigen ulteriormente otras intervenciones.

Además que, con la reintroducción de la mano aumentan las probabilidades de infección, pues deben reducirse al mínimum esas excurciones en una cavidad tan susceptible á los ataques.

Al terminar cumplo con el grato deber de agradecer sus sabias lecciones y útiles consejos á todos los profesores de la Facultad, y muy especialmente al Dr. Samuel Molina, director del H. Rivadavia, en cuyos servicios (ginecología y partos), he tenido la suerte de practicar durante mi internado.

Mi profundo agradecimiento á los doctores Arturo Zabala y Eduardo Beláustegui, jefe de clínica de la maternidad y médico interno respectivamente del Hospital Rivadavia, que me han inspirado el tema de este trabajo, guiándome en su confección, y de quienes he recibido atenciones que obligan mi gratitud.

Mi sincero reconocimiento al distinguido académico que me hace el alto honor de patrocinarme.

PEDRO PRIETO.

Octubre de 1901.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

El procedimiento de Marx es el más fácil, rápido y eficaz de dilatación del cuello uterino.

II

En el parto forzado rápido debe preferirse la versión al forceps.

III

El alumbramiento, en el parto forzado rápido, debe respetarse, siempre que las circunstancias no obliguen á practicarlo artificialmente.

Buenos Aires, 25 octubre de 1901

Nómbrase á los señores Académico Dr. Eliseo Cantón, Profesor Suplente (en ejercicio) Dr. Fanor Velarde y Profesor Suplente Dr. José F. Molinari para que constituídos en comisión, se sirvan dictaminar respecto de la admisibilidad de esta tesis.—*J. R. Fernández.—Zenón Aguilar.*

Buenos Aires, noviembre 5 de 1901.

SEÑOR DECANO:

Transcribo á continuación el acta labrada con motivo de la tesis presentada por el ex-alumno Pedro Prieto

«En el local de la Facultad á 4 de noviembre de 1901, reunida la comisión que subscribe, encargada de dictaminar respecto de la admisibilidad de la tesis del ex-alumno Sr. Pedro Prieto que versa sobre *Parto forzado rápido, provocación y terminación,* resolvieron admitirla.

Con lo que terminó el acto. (Firmado), *E. Cantón —F. Velarde—José F. Molinari—Carlos Robertson,* Prosecretario».

ZENÓN AGUILAR.

Buenos Aires, noviembre 5 de 1901.

Entréguese esta tesis al interesado para su impresión, debiendo fijarse por secretaría el día en que haya de ser sostenida.—*J. R. Fernández.*—*Zenón Aguilar.*