Año 1903 N.° 1334

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

EL DILATADOR UTERINO BOSSI

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

ALEJANDRO BASSILLOU

Farmacéutico.

Practicante interno del Hospital Pirovano.—Practicante mayor interno del Hospital Rawson.

BUENOS AIRES

LIBRERÍA Y CASA EDITORA DE A. ETCHEPAREBORDA

Tacuarí 359

1903

EL DILATADOR UTERINO

BOSSI

Año 1903 N.° 1343

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

EL DILATADOR UTERINO BOSSI

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

ALEJANDRO BASSILLOU

Farmacéutico.

Practicante interno del Hospital Pirovano. — Practicante mayor interno del Hospital Rawson.

BUENOS AIRES

LIBRERÍA Y CASA EDITORA DE A. ETCHEPAREBORDA

Tacuarí 359

1903

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. EUFEMIO UBALLES

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.
„ „ LUÍS GUEMES.
„ „ 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	»	Lucio Durañona
Química aplicada á la Medicina	»	Pedro N. Arata.
Histología teórico-práctica	»	Rodolfo de Gainza.
Anatomía descriptiva	»	Juan José Naon.
Patología general y ejercicios clínicos	»	Roberto Wernicke.
Anatomía topográfica	»	Juvencio Z. Arce.
Fisiología general y humana	»	Pedro J. Coronado.
Anatomía patológica	»	Telémaco Susini.
Bacteriología	»	Carlos Malbrán
Higiene pública y privada	»	Enrique Revilla
Materia Médica y Terapéutica	»	Justiniano Ledesma.
Patología externa	»	Obdulio Hernández
Medicina operatoria	»	Adalberto Ramaugé.
Clínica ginecológica	»	Enrique Bazterrica.
» Oto-rino-Laringológica	»	Eduardo Ovejero.
» Dermatológica y sifilográfica	»	Baldomero Sommer.
» Epidemiológica	»	José Penna.
» Quirúrgica	»	Julián Aguilar.
» Neurológica	»	José M. Ramos Mejía
» Médica	»	Luis Güemes.
» Médica	»	Francisco A. Sicardi.
Clínica oftalmológica	»	Pedro Lagleyze
Patología interna	»	Marcial V. Quiroga.
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	»	Federico Texo.
» Psiquiátrica	»	Domingo Cabred
» Quirúrgica	»	Vacante
» Obstétrica	»	Eliseo Cantón.

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas		Catedráticos substitutos
Zoología Médica	Doctor	D. J. Greenway
Física médica	»	Juan José Galiano
Química médica	»	Francisco B. Reyes
Botánica médica	»	Roberto S. Kolbe
Química aplicada á la medicina	»	Francisco P. Lavalle
Histología teórico-práctica	»	Samuel de Madrid
Anatomía descriptiva	»	Juan D. Piñero J. López Figueroa
Patología general y ejercicios clínicos	»	G. Aráoz Alfaro
Anatomía topográfica	»	Avelino Gutiérrez Francisco Llobet
Fisiología general y humana	»	Horacio G. Piñero Mariano Alurralde
Anatomía patológica	»	José Badía Marcelo Viñas
Bacteriología	»	Juan Carlos Delfino Leopoldo Uriarte
Higiene pública y privada		Vacante
Materia médica y terapéutica	»	Enrique E. del Arca Angel M. Centeno
Medicina operatoria	»	Nicolás Repetto Leandro Valle
Clínica ginecológica	»	Alfredo Lagarde José F. Molinari
Clínica Oto-rino-laringológica	»	Wenceslao Tello E. V Segura
Clínica dermatológica y sifilográfica	«	M. Aberastury
Patología externa	»	Pascual Palma Daniel J. Cranwell
Patología interna		Vacante
Clínica oftalmológica	»	Francisco C. Barraza. Teófilo A. Moret
Clínica médica	»	Patricio Fleming
Clínica epidemiológica		Vacante
Clínica quirúrgica	»	Juan B. Justo Enrique Corbellini
Clínica neurológica	»	José A. Esteves José R. Semprun
Clínica médica	»	Ricardo Colón
Medicina legal	»	Domingo S. Cavia Pedro Barbieri
Clínica quirúrgica	»	Diógenes Decoud
Clínica médica	»	Julio Méndez Ignacio Allende
Clínica obstétrica	»	Fanor Velarde Enrique Pardo
Toxicología experimental	»	Juan Alba Carreras
Clínica pediátrica	»	Facundo Larguía Antonio F. Piñero
Clínica médica	«	Vacante
Clínica genito urinaria		Pedro Benedit
Clínica psiquiátrica	»	Benjamín T. Solari José T. Eorda
Clínica quirúrgica		Vacante
Clínica obstétrica	»	Enrique Zárate

ESCUELA DE FARMACIA

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

Asignaturas	Cated. substitutos	
Botánica sistemática aplicada á la Farmacia		Vacante
Química inorgánica aplicada		Vacante
Farmacognósia vegetal y animal	Sr.	Juan A. Domínguez
Química orgánica aplicada á la farmacia		Vacante
Farmacia galénica (Técnica farmacéutica		Vacante
Higiene		Vacante
Química analítica y toxicológica		Vacante
Ensayo y determinación de drogas		Vacante

ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Cated. titulares
Parto fisiológico y clínica obstétrica Parto distócico y clínica obstétrica	Dr Juan R. Fernández

Asignaturas	Cated. substitutos
Parto fisiológico y clínica obstétrica	M. Z. O' Farrell
Parto distócico y clínica obstétrica	Vacante

ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

Asignaturas	Cated. titulares	
Anatomía, fisiología, patología	Dr.	León Pereira
Cirugía protética, higiene, materia médica y terapéutica dentarias, medicina legal	»	N. Etchepareborda

Asignaturas	Cated. substitutos
Anatomia, fisiología, Patología	Vacante
Cirugía protética, higiene, materia médica y terapéutica dentarias, medicina legal	Vacante

PADRINO DE TESIS

ACADÉMICO TITULAR: DR. JOSÉ T. BACA

VICEDECANO DE LA FACULTAD DE MEDICINA

Á MIS PADRES

Á MIS HERMANOS

Señores académicos:

Señores profesores:

Este modesto trabajo que presentamos á vuestra alta consideración, para optar al grado de Doctor en Medicina, no tiene otro mérito, si es que lo tiene, que el de pretender contribuir á la mayor vulgarización y empleo de un instrumento, que en la práctica obstétrica hecha en el Hospital Rawson, nos ha dado el mejor resultado, comprobado por numerosos casos clínicos.

Desarrollaremos la tesis en la siguiente forma:

I Descripción del dilatador uterino Bossi.

II Técnica operatoria.

III Indicaciones.

IV Ventajas sobre los demás dilatadores.

V Conclusiones.

VI Historias clínicas.

Al despedirme de la Facultad, nuestro más sincero agradecimiento á vosotros, señores Profesores, que habéis contribuido con vuestras sabias lecciones y ejemplos, á enseñarnos los conocimientos para el mejor desempeño de nuestra noble profesión.

Á los doctores Darquier, Ramallo y Emina, del Hospital Pirovano; al doctor Prando, del Servicio de Cirugía del Hospital Rawson, de quien nos complacemos en recordar su eficaz apoyo, durante nuestro internado, á todos ellos nuestro sincero agradecimiento.

Al doctor S. Gache, jefe de la Maternidad del Hospital Rawson, donde fué inspirada esta tesis, y de quien nos honramos haber sido su interno, así como á los doctores Sobre Casas y Errea, nuestra eterna gratitud.

Al señor académico doctor José T. Baca, nuestro padrino de tesis, que nos dispensa tan alta distinción, nuestras más expresivas gracias.

DESCRIPCIÓN DEL APARATO

El dilatador uterino Bossi, último modelo, se compone:

1.° De cuatro ramas idénticas y curvas (*a b c d*) de curvatura pelviana (*a b*) una de las últimas modificaciones. Estas ramas se fijan abajo sobre un punto común; hacia arriba, en su parte superior, afectan la forma de bayonetas curvas, presentando en su cara externa surcos, que son también una reciente modificación y destinadas á hacer su superficie menos deslizante.

2.° De un eje articulado (*f*) construido de tal manera que las ramas (*a b*) se cruzan divergiendo. Este eje se apoya sobre una barra muy fuerte é inmóvil que constituye la parte más sólida del instrumento al cual ella sirve de punto de apoyo.

3.° De un tornillo (*l*) munido de un manubrio (*m*) que es recibido en una tuerca practicada en la barra fija y cuya punta hace presión sobre un eje (*s*).

Este eje está en relación, por una parte, con la barra que guía las ramas (*c d*), por otra parte con la barra sobre la cual se fijan las ramas (*a b*).

Girando el manubrio (*m*) de izquierda á derecha el tornillo (*l*) progresa hacia arriba y hace presión sobre el eje (*s*) haciendo divergir las ramas (*a b*) al mismo tiempo que es puesta en juego la articulación de las ramas (*c d*) cuya articulación por medio de la barra (*f*) hace divergir hacia afuera las ramas (*c d*) pasando en medio de las otras dos (*a b*).

4.° De una aguja (*v*) que indica el grado de dilatación marcada sobre la barra (*g*). Esta aguja está fijada sobre la pieza sólida.

5.° De cuatro pequeños tubos metálicos, de longitud igual al de las pequeñas ramas en bayoneta, destinados á recubrir y proteger estas pequeñas ramas á fin de hacer menos hiriente su superficie.

Están numerados, representando cada uno un cuarto de cilindro.

Cuando la dilatación del cuello es por lo menos de tres centímetros, se retira el aparato, se fija cada uno de estos tubos metálicos en la extremidad de las ramas en forma de bayoneta. Estas

ramas están numeradas también con los números I, II, III y IV, correspondientes á los tubos metálicos.

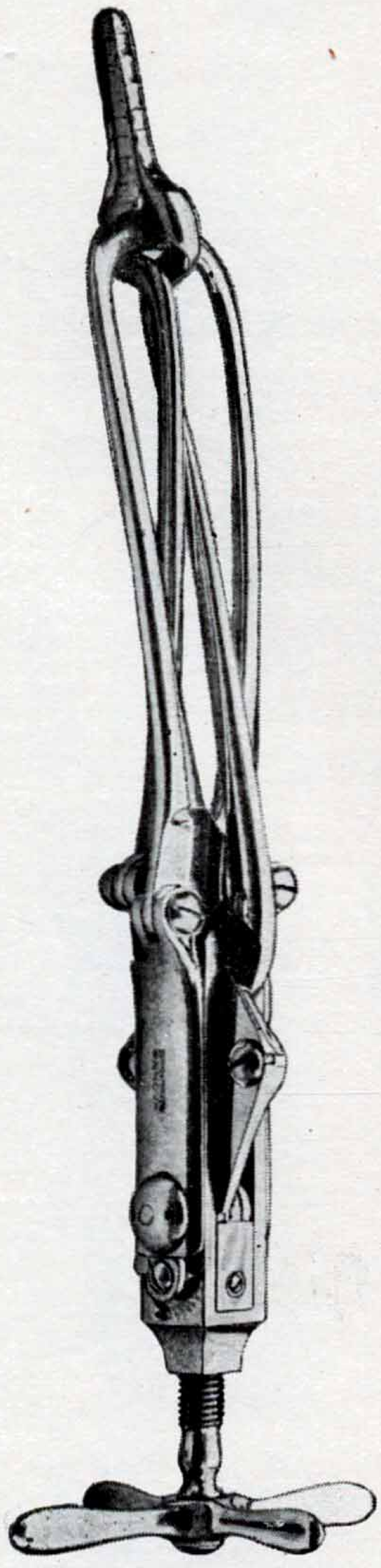
La longitud total de las ramas *a b c d* es de treinta y cinco centímetros, de los cuales cuatro centímetros, á partir del codo, son en forma de bayoneta. Solo esta última porción debe penetrar en la cavidad cervical.

La longitud total del instrumento es de cuarenta y cinco centímetros. Su peso es de ochocientos gramos.

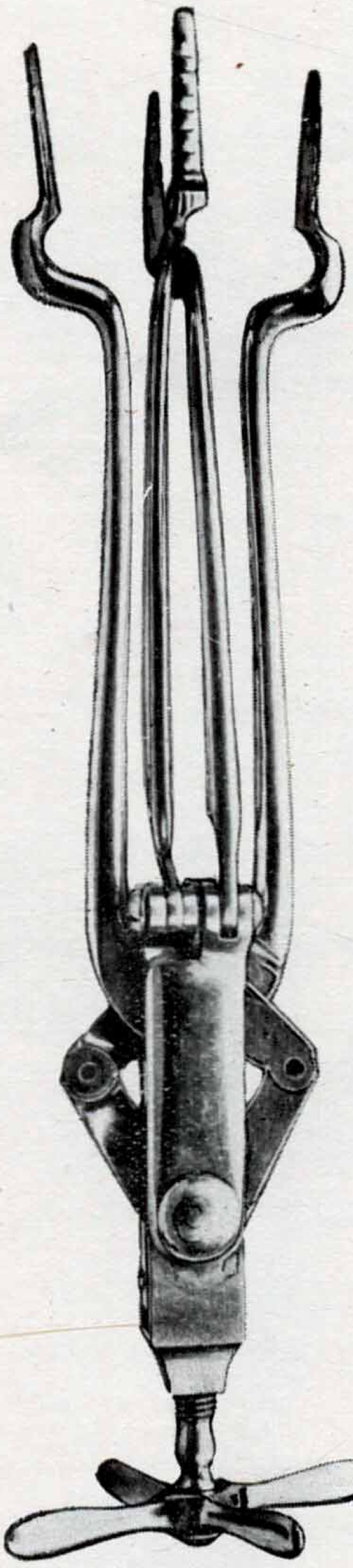
Últimamente, Bossi ha modificado su aparato haciéndolo más fácil de llevar y lo ha munido de una faja para tener el instrumento fijo en su lugar cuando no hay urgencia, y se use el instrumento solo como excitador.

Recientemente, Preiss ha modificado el dilatador Bossi, haciéndolo más largo, menos pesado, permitiendo seguir la dilatación con el espéculum.

DILATADOR UTERINO BOSSI

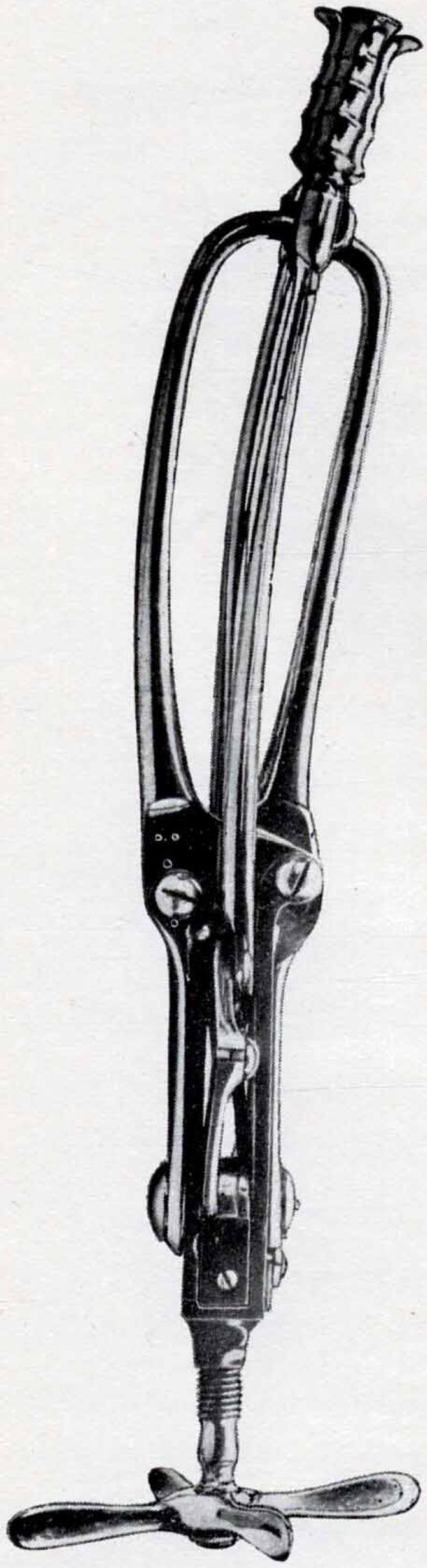


Cerrado, sin protectores

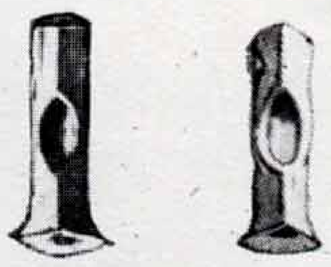


Abierto, sin protectores

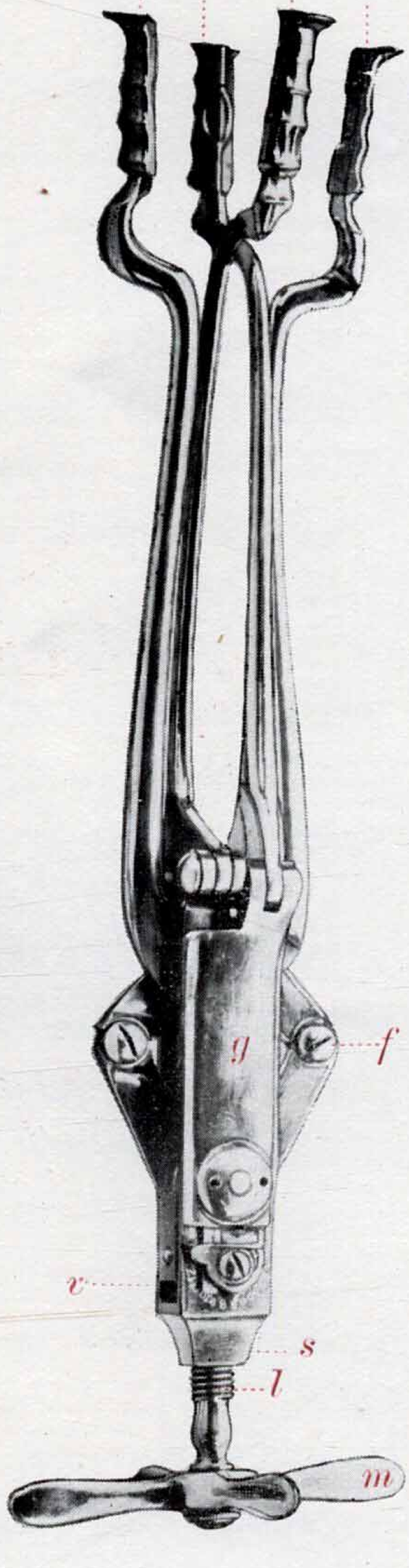
DILATADOR UTERINO BOSSI



Cerrado, con protectores



Protectores



Abierto, con protectores

TÉCNICA OPERATORIA

Puesta la paciente sobre una mesa *ad hoc* ó una cama resistente, en posición dorsosacra, con la pelvis algo levantada, los muslos separados y semiflexionados sobre el abdomen y las piernas sobre los muslos, desinfectadas las partes genitales, el operador, guiado por dos dedos de la mano izquierda, toca el orificio externo del útero.

Introduce el dilatador cerrado (previamente untado con una substancia grasa antiséptica), el cual es tomado con la mano derecha, en su parte articular. Puede uno servirse de las valvas de Sims para abrir la vagina.

Puestas las extremidades de las bayonetas en la embocadura del canal cervical, se baja más ó menos el mango del instrumento, según la dirección del cuello y con suave presión se hacen avan-

zar las bayonetas en el canal, hasta que se haya sobrepasado el orificio interno.

Después de obtener un grado de dilatación tal, que las bayonetas se encuentren casi inmovilizadas por la distensión de la pared del canal cervical, se coloca bien la enferma en la cama, se separan todavía un tanto las ramas y se hace colocar una almohada ó un lienzo varias veces plegado bajo las nalgas para apoyar sobre él el instrumento y se retiran los dedos conductores.

Obtenida una dilatación de dos á tres centímetros, se retira el instrumento, dando vuelta al mango en sentido contrario. Una vez retirado, se colocan en las extremidades en bayoneta los protectores metálicos, y se introduce de nuevo en el cuello y cerrado. Las extremidades abrazan así una superficie suficientemente ancha y no hay temor de lastimar así la superficie del cuello.

Según las indicaciones del caso, las condiciones de la mujer y las circunstancias que pueden surgir, el operador podrá más ó menos rápidamente hacer girar el manubrio para separar las ramas. Es necesario antes de girar nuevamente el manubrio asegurarse que las bayonetas están en su sitio y no han salido del canal cervical. En tal caso, convendrá cerrar las ramas é introducirlo de nuevo.

Es necesario tener cuidado que las bayonetas no penetren muy arriba, debiendo los ángulos mantenerse siempre por debajo del orificio externo.

Es de advertir que conviene dilatar despacio y poco á fin de evitar el traumatismo.

Además, se recomienda á la paciente de no hacer fuerza mientras dure el período de dilatación, esto para evitar que el instrumento sea expulsado hacia afuera.

Cuando la operación debe ser conducida con rapidez, se puede dejar á la paciente en la posición en que se le había colocado el instrumento, es decir, acostada de espaldas, los muslos separados y las piernas sostenidas por dos ayudantes y hasta reposando los dos pies sobre las rodillas del operador.

Pero si se busca la dilatación lenta, se coloca la paciente sobre la cama, dejando el instrumento entre los muslos y protegiendo las partes genitales con algodón antiséptico.

La dilatación completa puede obtenerse en un cuarto de hora como mínimum, en media hora ó en una ó varias horas y el operador puede proceder á extraer el niño, ya sea con las manos ó con el forceps. Pero si hubiera urgencia absoluta, se puede obtener una dilatación suficiente en un cuarto de hora y á veces menos.

Por otra parte, no es necesario llevar la dilatación hasta ocho ó nueve centímetros; debe uno guiarse en eso por el desarrollo del feto y por el procedimiento que va á seguirse al extraerlo.

La acción de este nuevo instrumento es dinámica y mecánica, como hemos tenido ocasión de comprobarlo. Introducidas las bayonetas en el canal cervical, el útero, que estaba inerte, entra en contracción; esta se hace, gradualmente, más enérgica y frecuente; la intensidad y la frecuencia crecen á medida que aumenta la dilatación.

Acción *mecánica* por la divergencia que se imprime á las ramas por medio del tornillo.

Acción *dinámica* por la permanencia del instrumento en la cavidad del cuello.

El partero puede, pues, regular á voluntad; acelerar más ó menos el acto operatorio, hasta que haya conseguido una dilatación suficiente, según las condiciones en que se encuentra la madre y el feto, dilatación que se obtiene uniforme y circular, comprendiendo todo el largo del canal, dada la disposición de las cuatro ramas del aparato.

El tiempo necesario para obtener la provocación del parto es siempre menor que las requeridas por todos los otros métodos, por cuanto se cumple gradualmente el acto operatorio.

VENTAJAS SOBRE LOS DEMÁS DILATADORES

No es nuestro propósito describir todos los medios y aparatos para obtener la dilatación del cuello uterino; tan solo nos ocuparemos de los que hemos visto usar más comúnmente, estableciendo su comparación con el dilatador de Bossi, demostrando las ventajas de este sobre aquellos.

Los dilatadores de Oslander, de Busch, con las modificaciones hechas por Hyernaux, Pajot, Collin, Sims y Müller, presentan los siguientes inconvenientes:

Son no solamente inseguros, pero casi inútiles, para obtener una dilatación suficiente, en un espacio dado de tiempo, según las indicaciones.

Tienen una resistencia completamente insuficiente.

Se abren en ángulo de tal suerte que las ramas deslizan en la cavidad uterina hasta el punto de dilatación.

Ellos exigen, aún para obtener una dilatación de cuatro á cinco centímetros, una separación tal de las ramas que se encuentran en la cavidad vaginal, que uno se expone, casi seguramente, á perforar las columnas de la vagina.

El dilatador de tres ramas de Tarnier no es útil para un cuello no aún acortado y que no presenta una dilatación de tres centímetros, por lo menos. Además, este instrumento es completamente inseguro en cuanto al tiempo que exige su empleo.

En efecto, las tres ramas son anchas y planas y la fuerza dilatadora es obtenida por anillos de caucho, que cierra los tres mangos.

La dilatación que produce exige á veces ser recomenzada.

El balón de Champetier de Ribes presenta los siguientes inconvenientes:

Su introducción es difícil, porque es grande, sobre todo en las primíparas.

Provoca la ruptura de las membranas.

Puede desprender la placenta.

Produce mutaciones en la presentación.

Favorece la procidencia del cordón y de los miembros.

Á veces se observan síncopes al principio del

trabajo, cuando se emplea el globo de Champetier. —(Oui).

A nuestro modo de ver, una observación que se le puede hacer es de que, en caso de urgencia, no conviene, porque obra lentamente.

La duración media del trabajo, con el empleo del balón, ha sido, según los resultados del doctor Oui, de diecinueve horas, y según los resultados de Pinard, con el balón de Champetier solo, de trece horas.

El globo de Champetier ha exigido á Pinard hasta cuarenta y ocho horas de trabajo algunas veces.

El dilatador Bossi puede ser introducido en el canal cervical después del cuarto mes del embarazo, pues en esta época, cualquiera que sea la longitud y el ancho del cuello, el canal está suficientemente reblandecido para dejar pasar las cuatro ramas reunidas. Se obtiene siempre una dilatación suficiente con las cuatro ramas, puesto que ellas pueden dilatar el cuello en límites superiores á once centímetros de diámetro, y esto teniendo en cuenta la enorme resistencia de las paredes del cuello del útero.

El operador puede, á voluntad, alcanzar una dilatación suficiente, en menos de veinte minutos, en una primípara de cuello largo, no acortado ni dilatado antes de la intervención.

Apenas introducidas y separadas las ramas, sea

que obren como cuerpo extraño, sea por la presión que ellas ejercen, provocan siempre contracciones, que se hacen cada vez más enérgicas á medida que se aumenta la dilatación.

INDICACIONES

Encontrar un medio seguro, sin peligro, bastante rápido ó mejor, rápido según la urgencia en ciertos casos de parto prematuro artificial y para el parto forzado, ha sido una preocupación constante en obstetricia; como lo demuestran los numerosos aparatos inventados y ensayados con ese objeto.

El dilatador uterino Bossi está indicado, en aquellos casos en que hay necesidad de despertar ó acelerar la contracción uterina.

Llena sus indicaciones en todos aquellos casos de urgencia en que la madre ó el feto están en peligro y en que se requiere una dilatación rápida en pocos minutos.

Así, por ejemplo, en los casos de eclampsia, en que la enferma está bajo la acción de ataques convulsivos, en que se teme la muerte del feto y

de la madre y la provocación del parto se impone. Observación V.

En los casos de *placenta previa,* cuando hemorragias repetidas hacen temer por la vida de la madre y del feto. Observación I.

En los casos de cardiopatía, cuando la enferma con una lesión valvular, habiendo soportado bien su embarazo, se encuentra en período de asistolia. Observación II.

En los casos de tuberculosis. Observación VI.

Como agente excitador de las contracciones. Observación III.

En los casos de sufrimiento del feto por ruptura precoz de las membranas y falta de dilatación del cuello. Observación IV.

En los casos de estenosis anatómica y cicatriciales del cuello.

Bossi presenta una estadística de 112 casos. De estos, 62 se refieren á primíparas; en 47 de estos casos, no había ninguna dilatación del cuello uterino y en 29, el cuello tenía su longitud normal.

Las indicaciones, fueron las siguientes:

38 eclampsias.

11 placenta previa central.

14 placenta previa marginal.

17 veces provocación rápida del parto por indicaciones médicas diversas, tuberculosis, cardiopatías.

9 estenosis cicatriciales del cuello.

23 estenosis anatómicas.

G. Leopold ha aplicado este instrumento en 17 casos, la mayor parte de los cuales eran eclámpsicas y los resultados han sido sumamente satisfactorios. El tiempo empleado ha variado entre veinte y treinta minutos. Obteniendo una dilatación suficiente para la extracción del feto por el forceps ó la versión. El cuello se encontraba cerrado en muchos casos, antes de la intervención. En ningún caso se produjo desgarradura del cuello; pero el aparato fué empleado con suavidad. Las doce mujeres con eclampsia en las que se usó (diez primíparas y dos multíparas), todas salvaron. Antes de la dilatación, el término medio de los ataques oscilaba entre 1 y 13.

Leopold nos dice que el dilatador Bossi, es un excelente instrumento, sobre todo en el tratamiento de la eclampsia.

En la Maternidad del Hospital Rawson hemos aplicado varias veces el dilatador Bossi y siempre su empleo ha sido seguido de buenos resultados. En casos de hemorragia por inserción de la placenta sobre el segmento inferior, y en otros de eclampsias hemos obtenido éxito completo.

Jamás la dilatación exigió más de veinte minutos.

Manejando prudentemente el instrumento, haciendo la dilatación sin esfuerzo, estamos seguros de no producir desgarraduras. Por otra parte, la

aguja indicadora, que está junto al mango, nos señala el progreso de la dilatación, la que no hay para qué llevar más allá de nueve centímetros.

Creemos que el dilatador Bossi es un instrumento de mucho mérito y que su empleo es indispensable cuando debe procederse con urgencia. Llena así indicaciones especiales, que los otros dilatadores no son capaces de satisfacer.

CONCLUSIONES

El dilatador uterino Bossi es de fácil empleo y más ventajoso que los demás dilatadores, porque:

Puede ser aplicado con éxito seguro, aún en un cuello cerrado y no acortado, como esto se puede ver en una primípara.

Nos da la seguridad de poder obtener una dilatación suficiente para practicar la extracción del feto aún á término y bien desarrollado.

Da también al operador la seguridad de poder obtener á voluntad una dilatación suficiente en un tiempo más ó menos corto, según la gravedad de las indicaciones.

En los casos muy graves, la dilatación completa puede ser obtenida en quince minutos, lo que no se obtiene con los demás dilatadores.

La dilatación obtenida por medio de este aparato, es permanente.

Siguiendo las indicaciones de la técnica operatoria, no hay temor de desgarrar el cuello uterino, al hacer la dilatación.

HISTORIAS CLÍNICAS

MATERNIDAD DEL HOSPITAL RAWSON. — *Servicio del doctor Gache*

OBSERVACIÓN I

María G., portuguesa, 32 años.

Entrada á la Clínica: el 6 de junio de 1902.

Primera aparición de las reglas: á los 16 años.

Embarazos precedentes: á término, 4; antes de término, 3.

Última aparición de las reglas: no recuerda.

Presentación y posición: V. O. I. I. T.

Encaje: no hay.

Latidos del corazón fetal: flanco izquierdo.

PARTO.— *Aparición de los primeros dolores:* á las 8 a. m. del 28 de junio de 1902.

Entrada á la Sala de Partos: 8 y 10 a. m. del 28 de junio de 1902.

DILATACIÓN.—*A la Entrada á la Sala:* dos dedos.

Completa: á las 10 y 10 p. m. del 28 de junio.

Líquido amniótico: normal.

Presentación y posición: V. O. I. I. A.

Encaje: no hay.

Latidos del corazón fetal: flanco izquierdo, débiles.

Temperatura antes del parto: normal.

TERMINACIÓN.—*Fecha y hora:* 10 y 30 p. m. del 28 de junio de 1902.

Manera: artificial.—Aplicación de forceps.

Posición: O. P.

Temperatura después del parto: normal.

Estado del periné: elástico.

ALUMBRAMIENTO.—*Hora:* 10 y 55 p. m.

Manera: espontánea.

Placenta: peso, 910 gramos.

Cordón: longitud, 85 centímetros.

Hijo: sexo femenino.

Estado general: bueno.

Peso: 3870 gramos.

Longitud total: 50 centímetros.

Diámetros de la cabeza: O. M., 13 $^1/_2$ centímetros; O. F., 11 centímetros; S. O. B., 9 $^1/_2$ centímetros; B. P., 9 $^1/_2$ centímetros; B. T., 9 centímetros.

Esta mujer entra al Servicio con un embarazo de 8 $^1/_2$ meses.

Manifiesta no haber tenido durante este, ninguna hemorragia ni dolores, hasta el día 28 de junio, á las 5 a. m., en que notó que la bolsa de las aguas se había roto sin haber sentido dolor alguno.

En estas condiciones entra á la Sala de Partos, notándose por la palpación que el feto se presentaba de vértice en O. I. I. T. No hay encaje.

A la auscultación los latidos fetales se oyen en el flanco izquierdo. Además el útero no se contrae, al tacto se nota el cuello entreabierto, permitiendo apenas el pasaje de dos dedos. Los bordes son bastante espesos.

Por encima del reborde del cuello se toca una superficie rugosa constituída por un espesamiento de las membranas y un poco más hacia arriba é izquierda se toca el borde de la placenta. Por encima de esta se toca la cabeza del feto no encajada.

El útero sigue sin contracciones hasta las 8 a. m. del día 28. Á esta hora aparecen las primeras contracciones, las que eran muy débiles y bastante distanciadas.

Continúa en este estado hasta las 9 y 30 p. m., hora en que el feto empezaba á sufrir, pues los latidos fetales se hacían frecuentes é irregulares. Al mismo tiempo la dilatación del cuello del útero no había avanzado gran cosa, pues apenas permitía el pasaje de tres dedos y se nota al mismo tiempo la aparición

de una hemorragia no muy considerable, la cual aumentaba durante la contracción uterina.

Como el feto sufría, temiendo una hemorragia más considerable, se resuelve intervenir. Se comienza por dilatar el cuello por medio del dilatador Bossi, hasta conseguir una dilatación de 10 centímetros en 15 minutos. En este momento sobreviene una hemorragia considerable en vista de lo cual se hace una aplicación de forceps extrayéndose el feto vivo.

La intervención se hizo sin cloroformo.

La enferma continúa en buen estado lo mismo que su hijo. Como presenta signos de tuberculosis, la enferma pasa á la Sala v, julio 16 de 1902. La hija pasa á la Casa de Expósitos.

OBSERVACIÓN II

MATERNIDAD DEL HOSPITAL RAWSON. — *Servicio del doctor Gache*

Irma V., 25 años, italiana.

Entrada á la Clínica: octubre 2 de 1902.

Primera aparición de las reglas: á los 16 años.

Embarazo: segundo.

Embarazos precedentes: á término, uno.

Embarazo actual.—Última aparición de las reglas: febrero de 1902.

Presentación y posición: V. O. I. D. A.

Encaje: no hay.

Latidos del corazón fetal: flanco derecho.

Orina: vestigios de albúmina.

PARTO.—*Rupturas de las membranas*: artificial.

Líquido amniótico: normal.

Presentación y posición: V. O. I D. A.

Encaje: no hay.

Latidos del corazón fetal: flanco derecho.

Temperatura antes del parto: 36 grados.

TERMINACIÓN.—*Fecha y hora*: 9 y 30 a. m. del 12 de noviembre de 1902.

Manera: artificial; versión podálica.

Posición: O. P.

Duración del trabajo: una hora.

Temperatura después del parto: 36.5 grados.
Accidentes y complicaciones: placenta previa.
Estado del periné: elástico.
ALUMBRAMIENTO.—*Hora*, 9 y 40 a. m.
Manera: espontánea.
Placenta: peso, 530 gramos.
Cordón: longitud, 48 centímetros.
Membranas: desgarradas al nivel del borde de la placenta.
Hijo: sexo femenino.
Estado físico.—Estado general: bueno.
Peso: 3250 gramos.
Longitud total: 49 centímetros.
Diámetro de la cabeza: O. M., 13 centímetros; O. F., 11 centímetros; S. O .B., 9 centímetros; B. P., 9 centímetros; B. T., 8 centímetros.
Antecedentes hereditarios: sin importancia.
Antecedentes personales: á los 13 años ha tenido reumatismo en las pequeñas articulaciones de la mano derecha y en la muñeca del mismo lado: le duró un mes. Á los 15 años padecía de anemia, edemas de las extremidades inferiores, dolores de estómago, cansancio y disnea. A los 16 regló por primera vez. Fué siempre bien reglada.
Se casó á los 22 años y tuvo un parto á término, espontáneo. Después del parto tuvo irregularidades en su menstruación, teniendo además flujos blancos. Tuvo nuevamente edema de las extremidades inferiores, durante 20 días, disnea.

Dos años después tuvo neumonía y pleuresía del costado izquierdo; guardó cama por cinco meses. Un año después de esto, empezó á sentir dolor en el epigastrio, anorexia, palpitaciones, disnea de esfuerzo, etc. En junio del año pasado, estando en la Sala V del Hospital de Clínicas, empezó á presentar nuevamente edemas de los miembros inferiores y en la cara, dolores en el epigastrio; y el día 5 de junio, sintió un dolor agudo en el costado izquierdo disnea intensa, expectoración abundante, líquido, espumoso, albuminoso y con abundante sangre arterial. El pulso frecuente, blando; tinte pálido en la cara, cianosis de los labios y de las extremidades, con enfriamiento de las mismas.

Hubo que colocarle numerosas ventosas, inyecciones de cafeína, éter, aceite alcanforado, inhalaciones de oxígeno y dieta láctea.

Este estado desaparece gradualmente al tercer día, disminuyendo la disnea, cianosis, los edemas, etc. Sigue bien.

Entra á la Maternidad el 2 de octubre de 1902, en su octavo mes del embarazo.

Á la inspección, se nota en las fosas supraclaviculares y en la horquilla esternal latidos correspondientes á las subclavias. Al nivel de la región precordial se observan latidos difusos. El choque de la punta del corazón late en el quinto espacio intercostal izquierdo, á tres centímetros hacia afuera de la línea mamilar.

Á la auscultación se oye el primer tono de la punta reforzado y un soplo en el segundo tiempo. En el foco aórtico hay dos soplos, siendo el segundo aspirativo y propagándose hacia el hombro derecho.

En la horquilla se oye también un soplo.

Á la inspección del vientre, se nota un tumor, cuyo mayor eje es vertical; tumor constituido por el útero grávido. La cabeza fetal se palpa por encima del estrecho superior; es muy movible. La frente se toca hacia la izquierda, el occipucio á la derecha; el dorso, en relación con la pared anterior del abdomen; la nalga y los miembros en el flanco izquierdo; los latidos fetales se oyen en el flanco derecho, más cerca de la línea media.

Tenemos, pues, una presentación de vértice, en O. I. D. A.

La enferma refiere que padece á menudo de palpitaciones. Se cansa con facilidad, haciendo esfuerzo, dolor en el epigastrio de cuando en cuando, anorexia y constipación. Estando en el Hospital, ha tenido varias veces disnea, por congestión pulmonar, haciéndose entonces el pulso irregular.

Se le notan ligeros edemas en los miembros inferiores y vestigios de albúmina en la orina, por lo que se le administra dieta láctea, cocimiento estigma de maíz, yoduro de potasio y se le recomienda reposo.

El día 11 de noviembre empieza á sentirse molesta, teniendo insomnios por la noche, palpitacio-

nes, ligeros temblores en todo el cuerpo, disnea, edema de los párpados y miembros inferiores, cianosis de los labios, etc.

El 12 por la mañana el pulso se pone irregular, débil, intermitente, con 146 pulsaciones por minuto.

Examinando los pulmones se nota que hay edema de ambas bases. En el corazón había aritmia muy marcada. El feto estaba vivo, oyéndose bien los latidos en el flanco derecho.

En vista del estado grave en que se encontraba la enferma y temiendo al mismo tiempo la muerte del feto, se hace primeramente inyecciones de cafeína y previa antisepsia de los órganos genitales se procede á provocar el parto. Como el cuello del útero no estaba dilatado, se hizo dilatación manual, hasta que permitió el pasaje de dos dedos; se aplicó después el dilatador Bossi y á los diez minutos se obtuvo una dilatación de ocho centímetros, rompiéndose en este momento la bolsa de las aguas; se produce una hemorragia.

Se saca el dilatador y haciendo el tacto se nota la presencia de la placenta por encima del cuello uterino, en la cara posterior.

En vista de esto, se introduce la mano al través del cuello y se consigue así completar la dilatación. Una vez conseguida esta, se hace la versión podálica por maniobras internas, extrayéndose el feto vivo, el cual pesaba 3.250 gramos. La placenta sale espontáneamente á los diez minutos.

Las membranas estaban desgarradas al nivel del borde placentario.

Se le hacen grandes lavajes intrauterinos, inyecciones de suero Hayem, cafeína, etc.

A las dos horas el pulso empieza á ponerse más tenso, menos irregular. La disnea desaparece poco á poco; la cianosis y los edemas desaparecen al día siguiente.

La enferma continúa sin novedad, hasta el tercer día, en que sufre nuevamente un principio de asistolia, disnea, congestión pulmonar; pulso irregular y frecuente (120 por minuto). Se le administra cafeína y luego digital.

Al día siguiente se regulariza el pulso, desaparece la disnea y así continúa durante todo el puerperio, saliendo de alta á los diecisiete días después del parto, en buen estado de salud.

OBSERVACIÓN III

MATERNIDAD DEL HOSPITAL RAWSON. — *Servicio del doctor Gache*

Fernanda R., francesa, de 26 años de edad; *profesión* quehaceres domésticos.

Entrada á la Clínica: noviembre 20 de 1902.

Primera aparición de la regla: á los dieciséis años.

Embarazo: primero. *Embarazo actual.—Ultima aparición de las reglas*: mayo de 1902.

Entró en trabajo.

Aparición de los primeros dolores: el 19 de noviembre de 1902.

Entrada á la Sala de Partos: 8.30 p. m. del 20 de noviembre.

Dilatación.—A la entrada en la sala: un dedo; *completa*: á las 7 p. m.

Ruptura de las membranas: el 19 de noviembre.

Presentación y posición: V. O. I. I. A.

Encaje: no hay.

Latidos del corazón fetal: flanco izquierdo.

Temperatura antes del parto: 39°5.

Terminación.—Fecha y hora: 8 p. m. del 21 de noviembre.

Manera: espontánea. Dilatador Bossi.
Posición: O. P.
Antes de término: sexto mes.
Duración del trabajo: dos días.
Temperatura después del parto: 37°5.
Estado del periné: elástico.
Alumbramiento.— Hora: 8.30 p. m.
Manera: extracción manual.
Placenta.—Peso: 350 gramos.
Cordón: longitud, 28 centímetros.
Hijo: sexo, masculino.
Estado físico.—Estado general: murió á la media hora de nacer, por falta de desarrollo.
Peso: 2.500 gramos.
Antecedentes hereditarios.— Sin importancia.
Antecedentes individuales. — Ha tenido, en su infancia, coqueluche, angina y viruela. Ha sido siempre bien reglada. Tuvo su última regla en los primeros días de mayo. Tuvo una pequeña hemorragia el 24 de junio, por sus órganos genitales y otras cinco veces también; de poca cantidad en el mes de julio.

Refiere que el día 19, después de un baño, sintió rompérsele la bolsa de las aguas, sintiendo después una incomodidad en el bajo vientre y algunos ligeros dolores, pero muy distanciados.

Entra á la Maternidad, en trabajo, el día 20 á las 8.30 p. m.

Á la inspección del vientre se nota un tumor

de mayor eje longitudinal, que llegaba al nivel del ombligo, tumor constituido por el útero grávido.

Á la palpación, se nota la cabeza fetal móvil, por encima del estrecho superior. La nalga del feto se toca en el fondo del útero; el dorso á la izquierda; los miembros á la derecha.

Á la auscultación, se oyen los latidos fetales, en el flanco izquierdo.

El feto se presenta, pues, de vértice, sin encaje, en O. I. I. T.

Á la inspección de los órganos genitales no se observa nada de particular; solo los grandes labios violáceos pigmentados.

Al tacto, se observa que la excavación pelviana está vacía; el cuello del útero reblandecido permitía el pasaje fácil de un dedo y se tocaba al través de él la cabeza fetal. La bolsa de las aguas estaba rota. No se tocaba la placenta. Las contracciones uterinas se producían lentamente y muy separadas las unas de las otras.

Se le administra á la enferma una enteroclisis y en seguida un enema laudanizado. Se indica reposo y se tiene en observación.

La temperatura, que era entonces de 37°5, llega al día siguiente, por la mañana, á 38°5, y por la tarde á 39.5.

En vista de esto, se resuelve acelerar el parto, á las 6.30 p. m. del 20 de noviembre.

Previa desinfección y sin anestesia clorofórmica

se procede primeramente á dilatar el cuello uterino manualmente. Se consigue hacer una dilatación de dos dedos, que se completa luego, por medio del dilatador Bossi, llegando en ocho minutos á dilatar hasta diez centímetros.

Las contracciones aumentan progresivamente y al cabo de una hora (8 p. m.), se hace espontáneamente la expulsión del feto. Como la placenta tardara en desprenderse y se produjera hemorragia, se hace la extracción manual. Grandes lavajes; taponamiento.

El feto muere á la media hora por falta de desarrollo.

Al día siguiente la enferma es atacada por grandes escalofríos que duraron tres cuartos de hora, llegando la temperatura á 41.8 grados.

Se le hicieron lociones aromáticas, baños á 35 grados, y la temperatura bajó á 39 grados.

Durante el baño, la enferma tiene una enterorragia abundante, por lo que fué necesario suministrarle enemas laudanizados, opio al interior.

El pulso muy frecuente y débil.

Se hizo inyecciones de cafeína, suero Hayem. La temperatura desciende á 38 grados y se mantiene hasta el día siguiente en que baja á 37.2.

Los loquios se hacen fétidos, y al hacer lavajes intrauterinos se ven salir pequeños pedazos de restos placentarios.

Se hizo un raspado uterino el día 26.

OBSERVACIÓN IV

MATERNIDAD DEL HOSPITAL RAWSON. — *Servicio del doctor Gache*

Jacinta A., 23 años, *profesión*, cocinera.

Entrada á la Clínica: el 26 de noviembre de 1902.

Antecedentes. — Primera aparición de las reglas: á los 13 años.

Embarazo, segundo: *embarazos precedentes*: á término, uno.

Modo de terminación: espontánea.

Edad de la marcha: no recuerda.

Conformación de la pelvis: B. E., 22 centímetros; B. I., 25; A. P., 18; P. S. P., normal.

Embarazo actual. — Última aparición de las reglas: el 23 de marzo de 1902.

Presentación y posición: V. O. I. D. P.

Encaje: hay.

Latidos del corazón fetal: flanco derecho.

PARTO. — *Aparición de los primeros dolores*: enero 5 á la 1 a. m.

Entrada á la Sala de Partos: enero 5 á las 7 a. m.

DILATACIÓN. — *A la entrada en la sala*: dos dedos.

Ruptura de las membranas: enero 5 á las 2 p. m.

Líquido amniótico: normal.

Presentación y posición: V. O. I. D. P.

Encaje: sí.

Latidos del corazón fetal: flanco derecho.

Temperatura antes del parto: 37.6 grados.

TERMINACIÓN. — *Fecha y hora*: enero 5 á las 4 p. m.

Manera: aplicación de forceps.

Posición: O. S.

Duración del trabajo: 16 horas.

Temperatura después del parto: 37.5 grados.

ALUMBRAMIENTO. — *Hora*: 4 y 15 p. m.

Manera: espontánea.

Placenta: peso, 485 gramos.

Cordón: longitud, 63 centímetros.

Membranas: completas.

Hijo: sexo femenino.

Estado físico. — Estado general: bueno.

Peso: 3320 gramos.

Longitud total: 50 centímetros.

Diámetro de la cabeza: O. M., 13 $^1/_2$ centímetros; O. F., 12 centímetros; S. O. B., 9 $^1/_2$ centímetros; B. P., 9 centímetros; B. T., 8 centímetros.

Esta mujer tuvo un parto anterior que terminó espontáneamente, habiéndosele desgarrado el periné, por lo que fué necesario hacerle una sutura.

Entra al servicio en la segunda quincena del séptimo mes del embarazo. El feto se presentaba de vértice en O. I. D. P.; la cabeza está encajada. El embarazo lo ha soportado bien. El día 3 de enero, estando la enferma parada detrás de una puerta, recibió un golpe al nivel del ombligo, por haberse abierto violentamente la puerta. Á consecuencia de este golpe, la enferma comenzó á sentir dolores en el vientre, por lo que se le recomendó reposo y edemas laudanizados, consiguiendo por este medio que los dolores pasaran, hasta el día 5 á la 1 a. m., fecha en que entra en trabajo. Las contracciones uterinas eran regulares, la dilatación del cuello uterino se hacía lentamente, hasta llegar á tener dos dedos á las 7 a. m. del día 5. Á partir de este momento, la dilatación no siguió adelante, quedando estacionada. La bolsa se rompió á las 2 p. m. del día 5, saliendo una cantidad normal de líquido amniótico. Al comenzar el trabajo, la fontanela posterior se encontraba al nivel de la sínfisis sacro-ilíaca derecha; depués, poco á poco, fué rotando de derecha á izquierda, hasta quedar en relación con la cara anterior del sacro, ó sea en O. S. Á las 4 p. m. del día 5 se notó que el feto sufría, pues salía una gran cantidad de meconio y los latidos fetales se hacían muy frecuentes. En vista de esto se resuelve, previa anestesia clorofórmica, hacer la dilatación del cuello uterino, por medio del dila-

tador Bossi, consiguiendo á los diez minutos, tener una dilatación suficiente; luego se le aplica el forceps, extrayendo el feto vivo. Se produjo una desgarradura del periné de segundo grado, que se suturó.

OBSERVACIÓN V

MATERNIDAD DEL HOSPITAL RAWSON. — *Servicio del doctor Gache*

Justa M., argentina, 22 años, *profesión,* quehaceres domésticos.

Entrada al servicio: marzo 26 de 1903.

Antecedentes hereditarios: sin importancia.

Antecedentes patológicos: sarampión á los diez años.

Antecedentes obstetricales. — ¿Cuántos embarazos ha tenido? Cinco. *¿Los hijos son del mismo padre?* No.

Embarazo actual. — Procedencia de la mujer: Capital Federal.

Fecha de la última regla: fin de agosto.

Examen. — Aparato circulatorio: normal.

Aparato respiratorio: respiración soplante en los vértices, rales gruesos, tos frecuente.

Aparato digestivo: vómitos frecuentes, dolores estomacales.

PARTO. — *Entrada á la Sala de Partos*: el 26 de marzo á las 9 y 30 a. m.

DILATACIÓN. — *A la entrada en la sala*: menos

de un dedo. — *Completa*: hecha artificialmente á las 9 y 30 p. m.

Duración del período de dilatación: 45 minutos.

Ruptura de las membranas: á las 8 a. m.

Líquido amniótico: normal.

Presentación: vértice.

Posición: O. I. I. T.

Encaje: no hay.

Latidos del corazón fetal: flanco izquierdo.

Temperatura antes del parto: 41 grados.

TERMINACIÓN. — *Fecha y hora*: marzo 26 á las 9 y 30 p. m.

Manera: versión podálica.

A término: no.

Antes de término: sí.

Duración del período expulsivo: algunos segundos.

Temperatura después del parto: 36.8 grados.

Estado del periné: elástico.

ALUMBRAMIENTO. — *Hora*: 9 y 40 p. m.

Artificial: sí.

Presentación de la placenta: por la cara fetal.

Complicaciones: se extrajo manualmente, por persistir hemorragia.

Placenta: peso, 330 gramos.

Lesiones: hechas al extraerla.

Membranas: completas y desgarradas.

Hijo: sexo masculino.

Estado físico—Estado general: feto de $5\,^1/_2$ meses.

Estado de muerte: aparente.
Peso: 2300 gramos.
Longitud total: 40 centímetros.
Antecedentes personales: solo sarampión en su niñez.

Durante su último embarazo ha tenido frecuentes vómitos, dolores de cabeza, mareos y algunas veces ceguera pasajera.

Entra al servicio el día 26 de marzo á las 9 y 30 a. m., al fin de su sexto mes de embarazo y en estado de agitación extrema.

Refiere que en su casa ha tenido á las 6 a. m. un ataque (eclampsia), sin dar mayor datos de cómo ha sido este; á las dos horas después notó que la bolsa se había roto, saliendo líquido amniótico por los órganos genitales.

EXAMEN DEL VIENTRE. — *Inspección*. — Hay resquebrajaduras blancas y rojas.

Se nota un tumor cuyo mayor eje se encuentra en el sentido vertical.

Palpación. — El tumor está formado por el útero grávido, llegando el fondo de este órgano á unos seis centímetros por arriba del ombligo.

En la parte inferior se encuentra la cabeza fetal.

El occipital está á la izquierda, la frente á la derecha.

Es muy movible; el dorso se encuentra hacia la izquierda y la nalga hacia arriba y un poco á la derecha.

Auscultación. —Se oyen los latidos fetales en el flanco izquierdo; eran muy frecuentes é incontables.

Órganos genitales. — *Inspección.* —No se nota nada de particular.

Tacto. —El cuello del útero no está dilatado y permite apenas el pasaje de un dedo con mucha dificultad; es muy espeso (de dos á tres centímetros) y muy resistente.

Por encima se alcanza á tocar las membranas, las que se dejan deprimir fácilmente, lo que hace pensar en que la bolsa de las aguas se ha roto y que por la disminución de presión causada por la pérdida de líquido amniótico, no se nota la resistencia de la bolsa de las aguas.

Más hacia arriba se alcanza á tocar la cabeza que se mueve con facilidad; la temperatura de esta enferma era de treinta y ocho grados y el pulso de cien pulsaciones, tenso, regular. La orina extraída de la vejiga por cateterismo y examinada después, denota la presencia de albúmina (medio gramo por mil). Las contracciones uterinas se repetían con frecuencia, pero eran poco enérgicas y de poca duración. En vista del estado de excitación en que se encontraba esta enferma y como no había dilatación del cuello del útero, se resuelve darle bromuro, enemas de cloral y esperar con el objeto de ver si el trabajo avanzaba. A la tarde del mismo día se nota que la temperatura llega á

cuarenta y un grados, que el pulso asciende á ciento cincuenta pulsaciones y hay escalofríos. Además, haciendo el tacto, se nota que el trabajo no ha avanzado, que el cuello no se ha modificado; y teniendo en cuenta la agravación de la enferma y temiendo la muerte del feto, se resuelve intervenir, haciendo el parto forzado. Previa anestesia clorofórmica, se empieza por hacer la dilatación del cuello uterino por medio del dilatador Bossi, que se coloca sin los protectores. Esta operación comienza á las 8 y 45 p. m.; á los cinco minutos la dilatacion llegó á cuatro centímetros; se extrae el dilatador y se colocan los protectores para ser puestos otra vez; puesto por segunda vez, se sigue dilatando hasta llegar la dilatación á siete centímetros. Esta se hizo muy lentamente (treinta minutos). Como el cuello era muy resistente y espeso y en temor de producir una ruptura, se abandona el dilatador y se completa la dilatación á mano. Se consigue á los quince minutos pasar la mano á la cavidad uterina, haciendo en seguida la versión podálica por maniobras internas. Esta operación se hizo sin dificultad, extrayendo el feto en estado de muerte aparente, por lo que se le extraen mucosidades que obstruyen la laringe. Se le hace respiración artificial (método de Schultze), notándose la salida de una cantidad de líquido amniótico por las narices y la boca del feto. Al poco rato aparecen los primeros movimientos res-

piratorios. Se le dan baños calientes, fricciones, etc., consiguiendo reanimarla por completo. El alumbramiento se hizo artificialmente (extracción manual), porque la enferma perdía bastante sangre. Una vez extraída la placenta, la hemorragia se detuvo. Se hacen á la enferma dermoclisis de 500 gramos de suero Hayem, inyecciones de ergotina, cafeína, etc.

Además, se hace un lavaje intrauterino y un taponamiento vaginal con gasa. La temperatura tomada una hora después de la intervención, era de 36°8 y el pulso de noventa pulsaciones por minuto, regular y bastante tenso.

OBSERVACIÓN VI

MATERNIDAD DEL HOSPITAL RAWSON. — *Servicio del doctor Gache*

Angela F., 19 años, *profesión*: quehaceres domésticos.

Entrada á la Clínica: el 25 de febrero de 1902.

Antecedentes: primípara.

Embarazo: primero.

Conformación de la pelvis: B. E., 20 $^1/_2$ centímetros; B. I., 23 centímetros; A. P., 17 $^1/_2$ centímetros; P. S. P., 10 centímetros.

Embarazo actual. — Última aparición de las reglas: mes de julio.

Presentación y *posición*: V. O. I. D. P.

Encaje: no hay.

Latidos del corazón fetal: flanco derecho.

Orina: normal.

Complicaciones: tuberculosis pulmonar.

PARTO. — *Aparición de los primeros dolores*: á las 7 p. m. del 15 de marzo.

DILATACIÓN. — Artificial. Dilatador Bossi.

Ruptura de las membranas: á las 9 a. m. del 17 de marzo.

Líquido amniótico: normal.
Presentación y *posición*: V. O. I. D. A.
Encaje: no hay.
Latidos del corazón fetal: flanco derecho.
Temperatura antes del parto: 39°5.
TERMINACIÓN. — *Fecha y hora*: á las 10 a. m. del 17 de marzo.
Manera: artificial. Aplicación de forceps.
Posición: O. P.
A término ó antes de término: ocho meses.
Temperatura después del parto: 39°5.
Estado del periné: elástico.
ALUMBRAMIENTO. — *Hora*: 10 y 20 a. m.
Manera: espontánea.
Hijo: peso, 2150 gramos.
Longitud: 44 centímetros.
Antecedentes hereditarios: sin importancia.
Antecedentes patológicos: Ha tenido sarampión cuando muy niña; después ha sido sana.

Tuvo la primera menstruación á la edad de trece años, sin dolores y poco abundantes.

Cuatro años después empezó á sentir dolores en las espaldas, tos, que al principio era seca y que más tarde fué seguida de esputos sanguinolentos. Tuvo también varias hemoptisis. Se cansa con facilidad, por lo que se ve obligada á suspender el trabajo. Nota la pérdida gradual del apetito, al mismo tiempo que un enflaquecimiento lento y progresivo.

Las menstruaciones se hacen dolorosas y pasan períodos de dos á tres meses, sin que aparezcan estas hasta el mes de julio, época en que queda embarazada.

El embarazo lo ha soportado relativamente bien, hasta entrar al servicio, época en la cual todos estos síntomas se acentúan.

Entra al servicio el 25 de febrero de 1902, en el séptimo mes del embarazo. La enferma está muy demacrada, no hay casi panículo adiposo, notándose con facilidad el relieve de las superficies óseas.

Tórax. — Á la inspección se nota un tórax muy deprimido, las fosas supra claviculares muy marcadas. Hay disnea, tiene treinta y dos respiraciones por minuto.

Percusión. — En el vértice del pulmón izquierdo hay matitez, las vibraciones torácicas están aumentadas. En el resto del pulmón no se observa nada de particular. En el vértice del pulmón derecho, hay submatitez.

Auscultación. — En el vértice del pulmón izquierdo se oye un soplo cavernoso y alrededor de este foco se oyen una cantidad de rales gruesos; además, en la base hay algunos rales.

En el vértice del pulmón derecho la respiración es ruda, hay rales subcrepitantes finos, hay frotes pleurales.

En el resto del pulmón no hay nada de particular.

Abdomen.— *Inspección.*—La piel presenta resquebrajaduras de color rojizo. Además, se nota un tumor, cuyo mayor eje está en el sentido vertical.

Palpación.—Se nota que este tumor está formado por el útero grávido, llegando el fondo de dicho órgano á unos cuatro traveses de dedo por encima del ombligo. En la parte inferior se encuentra la cabeza fetal que se mueve con facilidad, pues no hay encaje. La frente se toca á la izquierda y adelante, el occipital á la derecha y hacia atrás; el dorso á la derecha, la nalga en la parte superior y un poco á la izquierda.

Auscultación.—Se oyen los latidos fetales en el flanco derecho; también se oyen en el flanco izquierdo, pero con menos intensidad. Luego el feto se presenta de V en O. I. O. P. no habiendo encaje.

Órganos genitales.—*Inspección.*—Nada de particular.

Tacto.—Se toca el cuello del útero reblandecido y espeso. No hay dilatación; por encima se alcanza á tocar con dificultad la cabeza fetal que se mueve. Además se llega á tocar con cierta facilidad el promontorio. Medido el diámetro P. S. P. nos da 10 centímetros.

La temperatura de esta enferma es de 37.5 gra-

dos por la mañana, llegando á la noche á tener 38.5 grados.

Se hace diagnóstico de tuberculosis pulmonar y embarazo de siete meses.

En vista del estado delicado en que se encontraba la enferma, se le administran tónicos, inyecciones de cacodilato de sodio, se le hace revulsión en los pulmones, se le ordena reposo y sobrealimentación, etc.

La enferma continúa poco más ó menos en el mismo estado, hasta el día 12 de mayo, fecha en que por la tarde la temperatura llega á 39.5 grados, la disnea se hace más intensa y continúa aumentando los días siguientes.

Al examinar el pulmón se nota que la infiltración se ha generalizado, la temperatura sigue aumentando hasta llegar á 40.8 grados, el pulso es frecuente, tiene 140 pulsaciones por minuto y es muy débil.

En estas condiciones aparecen los primeros dolores.

Se le administra cafeína, inhalaciones de oxígeno, ventosas, etc.

Se le hace el tacto vaginal y se nota que hay dos dedos de dilatación.

Como el caso era urgente y el feto estaba vivo, se resuelve hacer el parto forzado para impedir la muerte del feto.

Se completa la dilatación por medio del dila-

tador Bossi, esto se consigue á los 10 minutos, luego se hace una aplicación de forceps, extrayendo el feto vivo que no es á término sino de ocho meses.

Se le hacen á la enferma nuevas inyecciones de cafeína etc., sin conseguir con ninguno de los medios puestos en práctica que la enferma reaccionara.

La temperatura y la disnea siguen lo mismo, hasta que á los siete días después de la intervención la enferma fallece.

El hijo se conserva en buen estado hasta los cuatro días, época en que fué enviado á la Casa de Expósitos.

A. Bassillou

Buenos Aires, abril 17 de 1903

Nómbrase á los señores: Académico, doctor Eliseo Cantón; profesor titular, doctor Enrique Bazterrica y profesor suplente, doctor Fanor Velarde, para que, constituidos en comisión, se sirvan dictaminar respecto de la admisibilidad de esta tesis.

J. T. Baca
Zenón Aguilar

Buenos Aires, abril 28 de 1903

Señor Decano:

Transcribo á continuación el acta labrada con motivo de la tesis presentada por el exalumno señor A. Bassillou.

«En el local de la Facultad, á 24 de abril de 1903, reunida la comisión examinadora que subscribe, encargada de dictaminar respecto de la admisibilidad de la tesis presentada por el exalumno señor A. Bassillou que versa sobre «El dilatador uterino Bossi», resolvió admitirla. Con lo que terminó el acto. (Firmado): *Eliseo Cantón.—E. Bazterrica.—F. Velarde.—Carlos Robertson*, prosecretario».

ZENÓN AGUILAR

Buenos Aires, abril 28 de 1903

Entréguese esta tesis á su autor para la impresión, fijándose por secretaría el día en que haya de ser sostenida.

PEDRO LAGLEYZE
Zenón Aguilar

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

En los casos de hemorragia por inserción baja de la placenta, deberá emplearse el dilatador de Bossi ó el balón de Champetier de Ribes?

II

Ventajas del dilatador de Bossi.

III

Modificaciones de que es susceptible el dilatador de Bossi.

BIBLIOGRAFÍA

L'Obstétrique. — 1896. — Sur la dilatation artificielle du col de la matrice, par L. M. Bossi.

A. Cuzzi. — Trattato di Ostetricia e Ginecologia.

Morisani. — Ostetricia.

Samuel Gache. — « La Semana Médica », 1902, número 40.

Centralblatt für Gynäkologie, 1903.