Año 1907 **Núm. 1694**

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

PARTO RÁPIDO ARTIFICIAL

POR EL

MÉTODO DE BOSSI

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

LUIS E. HUGUET

LAS CIENCIAS

LIBRERÍA Y CASA EDITORA DE NICOLÁS MARANA

646—AVENIDA DE MAYO—646

BUENOS AIRES

1907

PARTO RAPIDO ARTIFICIAL POR EL MÉTODO DE BOSSI

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

LUIS E. RUGUET

LAS CHACRAS
IMPRENTA DEL AUTOR
1894

Año 1907 **Núm. 1694**

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

PARTO RÁPIDO ARTIFICIAL

POR EL

MÉTODO DE BOSSI

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

LUIS E. HUGUET

LAS CIENCIAS

LIBRERÍA Y CASA EDITORA DE NICOLÁS MARANA

646—AVENIDA DE MAYO—646

BUENOS AIRES

1907

Año 1907 Núm. 1894

PARTO RÁPIDO ARTIFICIAL

POR EL

MÉTODO DE BOSSI

—La Facultad no se hace solidaria de las opiniones manifestadas en las tesis.

(Art. 38 del Reglamento General).

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

LUIS E. HUGUET

BUENOS AIRES
1907

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

Dr. D. Elíseo Cantón.

Vicedecano

Dr. D. José Penna.

Consejeros

Dr. D. Eufemio Uballes (con licencia).
» » Pedro N. Arata.
» » Roberto Wernicke.
» » Pedro Lagleyze.
» » José Penna.
» » Luis Guemes.
» » Enrique Bazterrica.
» » Antonio Gandolfo.
» » José M. Ramos Mejía.
» » Juan A. Boeri (suplente).
» » Baldomero Sommer.
» » Gregorio Araoz Alfaro.
» » Abel Ayerza.
» » José R. Semprún.
» » Jaime R. Costa.

Secretarios

Dr. D. Ricardo S. Gómez (Escuela de Medicina).
Dr. D. Jonás Larguía (Consejo Directivo).

ESCUELA DE MEDICINA

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS TITULARES
Zoología médica	Doctor Pedro Lacavera
Física médica	» Jaime R. Costa
Química médica	» Atanasio Quiroga
Botanica médica	» Lucio Durañona
Química aplicada á la Medicina	» Pedro N. Arata
Histología teórico-práctica	» Rodolfo de Gainza
Anatomía descriptiva	» Vacante
Anatomía descriptiva	» Juan D. Piñero
Semiología y ejercicios clínicos	» Gregorio Aráoz Alfaro
Anatomía topográfica	» Juvencio Z. Arce
Fisiología general y humana	» Horacio G. Piñero
Anatomía patológica	» Telémaco Susini (con lic.)
Bacteriología	» Carlos Malbrán
Higiene pública y privada	» Ricardo Schatz
Materia Médica y Terapéutica	» Justiniano Ledesma
Patología externa	» Obdulio Hernández
Medicina operatoria	» Adalberto Ramaugé (lic.)
Clínica Ginecológica	» Enrique Bazterrica
» Oto-rino-laringológica	» Eduardo Obejero
» Dermatológica y sifilográfica	» Baldomero Sommer
» Epidemiológica	» José Penna
» Quirúrgica	» Pascual Palma
» Neurológica	» José M. Ramos Mejía
» Médica	» Luís Güemes
» Médica	» Francisco A. Sicardi
» Oftalmológica	» Pedro Lagleyze
Patología interna	» Marcial V. Quiroga
Medicina legal	» Francisco de Veyga
Clínica Quirúrgica	» Antonio C. Gandolfo
» Médica	» Ignacio Allende
» Obstétrica	» Samuel Molina
Toxicología experimental	» Juan B. Señorans
Clínica Pediátrica	» Angel Centeno
Patología general	» Roberto Wernicke
Clínica Médica	» Abel Ayerza
» Génito urinarias	» Pedro Benedit
» Psiquiátrica	» Domingo Cabred
» Quirúrgica	» Diógenes Decoud
» Obstétrica	» Eliseo Cantón

ESCUELA DE MEDICINA

ASIGNATURAS		CATEDRÁTICOS SUBSTITUTOS
Zoología Médica	Dr.	D. J. Greenway
Física Médica	»	Juan José Galiano
Química Médica	»	Vacante
Botánica Médica	»	Vacante
Química aplicada á la Medicina	»	Vacante
Histología teórico-práctica	»	Vacante
Anatomía Descriptiva	»	Joaquín L. Figueroa (en ejerc.)
Semiología y ejercicios clínicos	»	Manuel A. Santas
Anatomía Topográfica	»	Vacante
Fisiología General y Humana	»	Mariano Alurralde
Anatomía Patológica	»	José Badía (en ejerc.)
Bacteriología	»	Juan Carlos Delfino Leopoldo Uriarte
Higiene Pública y Privada	»	Vacante
Materia Médica y Terapéutica	»	Vacante
Medicina Operatoria	»	Leandro V. Valle (en ejerc.)
Clínica Ginecológica	»	Alfredo Lagarde José F. Molinari
» Oto-rino-laringológica	»	Wenceslao Tello Eliseo V. Segura
» Dermatológica y Sifilográfica	»	M. Aberastury
Patología externa	»	Carlos Robertson Vacante
Patología interna	»	Vacante
Clínica Oftalmológica	»	Teófilo A. Moret Enrique Demaría
» Epidemiológica	»	Vacante
» Quirúrgica	»	Marcelino Herrera Vegas Dániel J. Cranwell Vacante Avelino Gutiérrez Francisco Llovet Marcelo Viñas
» Neurológica	»	José A. Esteves José R. Semprún
Medicina Legal	»	Domingo S. Cavia Pedro Barbieri
Clínica Médica	»	Patricio Fleming Vacante Ricardo Colón Luis Agote
Clínica Obstétirca	»	Enrique Zárate Enrique A. Pardo
Toxicología Experimental	»	Vacante
Clínica Pediárica	»	Antonio F. Piñero
» Génito-urinaria	»	Bernardino Maraini
» Psiquiátrica	»	Benjamín T. Solari José T. Borda
Patología General	»	Alois Bachman

ESCUELA DE FARMACIA

ASIGNATURAS		CATEDRÁTICOS TITULARES
Zoología general; Anatomía y Fisiología comparadas; principio de clasificación.	Dr.	Angel Gallardo
Botánica y Mineralogía	»	Adolfo Mujica
Química inorgánica aplicada.....	»	Miguel Puiggari
Química orgánica aplicada.....	»	Francisco Barraza
Farmacognosia y Posología razonadas	»	Juan A. Boeri
Física farmacéutica.....	»	Julio Gatti
Química analítica y Toxicológica (primer curso)	»	Francisco P. Lavalle
Técnica farmacéutica	»	J. Manuel Irizar
Quimíca analítica (segundo curso) y Ensayo y determinación de drogas.....	»	Francisco P. Lavalle
Higiene, legislación y ética farmacéuticas	»	Ricardo Schatz

ASIGNATURAS		CATEDRATICOS SUBSTITUTOS
Zoología general; Anatomía y Fisiología comparadas; principio de clasificación.	»	Vacante
Botánica y Mineralogía	»	Vacante
Química inorgánica aplicada.....	»	Vacante
Química orgánica aplicada.....	»	Vacante
Farmacognosia y Posología razonadas	»	Sr. Juan A. Domínguez
Física farmacéutica.....	»	Vacante
Química analítica y toxicológica primer curso.....	»	Vacante
Técnica farmacéutica.....	»	Vacante
Química analítica (segundo curso) y Ensayo y determinación de drogas.....	»	Vacante
Higiene, legislación y ética farmacéuticas	»	Vacante

ESCUELA DE PARTERAS

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS TITULARES
Parto fisiológico y clínica obstétrica	Dr. Fanor Velarde
Parto distócico y clínica obstétrica.....	

ASIGNATURAS		CATEDRÁTICOS SUBSTITUTOS
Parto fisiológico y clínica obstétrica....	Dr.	Miguel Z. O'Farrell
Parto distócico y clínica obstétrica.....	»	Samuel Gache

ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS TITULARES
Anatomía, Fisiología, Patología.....	Dr. León Pereyra
Cirugía protética, Higiene, Materia médica y Terapéutica dentarias, Medicina legal	» Nicasio Etchepareborda

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS SUBSTITUTOS
Anatomía, Fisiología, Patología.....	Vacante
Cirugía protética, Higiene, Materia médica y Terapéutica dentarias, Medicina legal	Vacante

PADRINO DE TESIS

DOCTOR ENRIQUE ZARATE

(Profesor suplente en ejercicio de Obstetricia)

A LA MEMORIA

DE MI QUERIDO PADRE

A MI QUERIDA MADRE

A MI QUERIDA HERMANA

Señores Consejeros:

Señores Profesores:

Cumpliendo con una obligación reglamentaria y con un deber de ex-alumno, presento á vuestra consideración y á vuestro criterio este trabajo, con el solo objeto de optar al título de Doctor en Medicina.

El método que es motivo de este estudio es una de las manifestaciones concluyentes del grado de adelanto á que ha llegado la obstetricia en Italia, su cuna, y entre nosotros, donde desde hace cuatro años se hace uso de él como método eficaz.

Los pocos casos que acompañan á este trabajo son los observados detenidamente en un hospital que no está dotado de una Maternidad y que, por lo tanto, las observaciones se hacen más difíciles y el número de las intervenciones menor.

El número de casos observados por distintos profesionales es numeroso; pero la falta de pruebas me obligan á no poder hacer uso de sus testimonios.

Antes de iniciar este trabajo permítanme manifestar mis sinceros agradecimientos á los doctores Badía, Revilla, Peralta Ramos, C. Blaye, los que directamente han contribuído á que mi mente for-

mara su criterio médico, y al doctor S. Gache por su contribución en ilustrarme sobre este tema.

Al doctor Enrique Zárate, á cuyo lado he estado en estos últimos años, y que me honra acompañándome en este acto, mi admiración como discípulo y practicante, y los afectos de mi amistad como ex alumno.

I

INTRODUCCIÓN

El parto es el término final del embarazo.

Fenómeno esencialmente fisiológico, el embarazo es reglado como tal, tanto en sus períodos evolutivos como en su duración total, por una sucesión de fenómenos biológicos, reflejos y mecánicos, que se suceden con una regularidad casi matemática.

Cuando ese equilibrio de fuerzas desaparece, da lugar á un número de estados particulares, que son clasificados como abortos, parto prematuro, parto á término espontáneo ó provocado.

Toda vez que el arte intervenga para ayudar ó substituir á esos fenómenos naturales, se producirá un aborto ó parto artificial.

Cuando ese arte intervenga durante un lapso de tiempo más ó menos corto, tendremos un aborto ó un parto forzado, rápido ó lento.

El parto forzado, de triste y negra historia, es aquel en que la violencia, la fuerza bruta, predomina ante todo; la introducción violenta de la mano, que busca dentro del útero un miembro del feto, con el objeto de extraer á éste lo más rápidamente posible, era su característica en la antigüedad. Cualquiera que fuera la dilatación habida, con tal que

fuera lo suficiente para el pasaje de la mano, aunque después la cabeza, retenida por el cuello, descendiera con éste hasta asomar en la abertura vulvar, no se tenía mayormente en cuenta, pues ante la necesidad de una rápida evacuación, la vida del feto y la integridad del cuello uterino eran relegadas á un segundo rango.

Actualmente, ese mismo método, humanizado por un arte más científico, encuadrado, no ya en la violencia y la brusquedad, sino en la rapidez y la dulzura, metamorfoseado por completo, se ha hecho inofensivo, certero y de fácil ejecución.

El parto artificial rápido es el punto final de la dilatación rápida, y no el parto forzado, cuya característica es la extracción forzada del feto.

El parto artificial lento, llamado también progresivo, es aquel en que el arte deja á la naturaleza acercarse en lo posible á lo normal.

El método artístico científico, cuya primera parte de su nombre encabeza á estas páginas, es ejecutado por diversos procedimientos, que trataremos de bosquejar y analizar, particularizándonos con preferencia en el que caracteriza á este trabajo.

Es de suponer, á primera vista, que si tenemos parto forzado, rápido y lento, tendremos dilatación forzada, rápida y lenta, pues como todo es cuestión de tiempo, á él queda subyugada la dilatación.

Pero la significación del término *forzado,* no podemos particularizarla á una dilatación determinada, pues *dilatación forzada* es sinónimo de *dilatación artificial.*

En el término *parto rápido* encontramos tanta similitud con *dilatación rápida*, que podemos considerarlas sinónimas sin temor de equivocarnos, como asimismo acontece con la frase *parto lento ó pro-*

gresivo, pues es en ellos donde vemos á la *dilatación* presidir el trabajo de parto.

Bajo esta impresión, consideramos á la dilatación rápida y á la dilatación lenta ó progresiva como el exponente de un lapso de tiempo más ó menos corto en su producción y á la dilatación brusca de los autores á la misma rápida, pero caracterizada por una fuerza desplazada con demasiada energía.

Reasumiendo: si en la dilatación rápida y en la lenta ó progresiva el tiempo es la característica, en la brusca una fuerza desmedida, rayando en la violencia, le da su nombre.

Para la simplificación de este trabajo, no llevaremos el análisis sino muy superficialmente sobre los fenómenos producidos postdilatación, reconcentrando, en cambio, nuestra atención casi exclusivamente sobre ella, por ser la que realmente merece, por su importancia, que sea tratada en detalle; pues, en tesis general, esos fenómenos postdilatación no son sino los comunes á la expulsión ó extracción del feto.

Reina una verdadera confusión cuando se trata de indicar un límite divisorio entre una y otra dilatación. Para los autores que consideran tres clases de dilatación, la brusca es la obtenida en menos de treinta minutos; la rápida la producida antes de dos horas y la lenta ó progresiva la efectuada en más de dos horas.

Esta subdivisión en tres clases, que no aceptamos por no tener razón de ser, nos servirá para indicar el lapso de tiempo que da nombre á la dilatación.

Como consideramos á la dilatación brusca como una cruenta dilatación rápida, queda incluída en ella.

Si observamos las estadísticas publicadas por la

Maternidad del Hospital San Roque, Maternidad de Astrubali, Bossi, Gache, Basillou Knapp, Beck, Leopold, Birchoff, Yrost, Léderer, Keller, Ostreil Simpson, Rissmonn y Bigni de Cremona, en lo que se refiere al tiempo empleado toda vez que se hizo uso de la dilatación forzada, es decir, cada vez que se deseó concluir por el arte lo que la naturaleza por sí sola tardara mucho en producir, nos sorprende una unidad de tiempo casi constante, que oscila entre 25 y 30 minutos.

Esta unidad de tiempo ha sido observada toda vez que el arte intervino como medio terapéutico ó como indicación de urgencia.

Un mayor lapso de tiempo ha sido observado toda vez que se intervino, no como indicación de urgencia, sino como medio terapéutico.

Esta observación nos hace, pues, considerar como dilatación rápida toda aquella que llegando á un grado útil se haya producido en menos de media hora y dilatación lenta ó progresiva toda dilatación que llega á su término en más de media hora.

Hecha esta disección de ideas con el solo objeto de contribuir á aclarar el obscuro é intrincado laberinto de las definiciones, que por su número complican, obstaculizan y hasta cierto punto perjudican la concepción clara del método que caracteriza á este trabajo, trataremos de dividirlo en el siguiente orden:

Primero. Distintos métodos y procedimientos para provocar y acelerar el parto.

Segundo. Sus ventajas é inconvenientes.

Tercero. El aparato de Bossi.

Cuarto. Técnica operatoria.

Quinto. Indicaciones.

Sexto. Conclusiones.

Séptimo. Observaciones clínicas.

II

MÉTODOS Y PROCEDIMIENTOS PARA PROVOCAR Ó ACELERAR EL PARTO

Los prejuicios, las ideas religiosas de los pueblos en distintas épocas primero, la ciencia y el arte después, han ideado y creado procedimientos y métodos tan diversos, tan numerosos, que sólo la fantasía en muchos casos podría dar razón de su concepción.

Todo un museo de ideas ha sido puesto en práctica para obtener lo que recién en nuestros días tras largos desengaños la ciencia y el arte han podido ofrecer.

Al pasar revista de los métodos cuyo uso ha sido de práctica más ó menos corriente lo haremos en la siguiente forma:

Primero. Métodos terapéuticos.
Segundo. Métodos manuales.
Tercero. Métodos sangrantes.
Cuarto. Métodos instrumentales.

Métodos terapéuticos

Debe decirse en homenaje á la verdad, que todo cuerpo en el que se cifró una acción medicamentosa ha sido indicado su uso con el objeto ya sea

de obtener un aborto, de provocar ó ayudar un parto.

Su uso generalmente empírico es en unos de una ineficacia real en otros, dañoso y hasta peligroso y en otros solamente subjetiva.

En primera línea, el cornezuelo de centeno y sus derivados mil veces más peligrosos que útiles son hasta nuestros días materia de discusión por algunos autores.

El sulfato de quinina, el azúcar el succinato de amonio, la glicerina, la lactosa, la ruda, la sabina, el permanganato de potasio, etc., todos de efectos inseguros y generalmente ineficaces.

Métodos manuales

Los tactos repetidos, el estironamiento de los labios del orificio uterino, la introducción de un dedo en el canal cervical, aún hasta intentar desprender las membranas, como en el procedimiento de Hamilton ha dado contadas veces resultados.

Dejando á un lado el método manual del parto forzado de los antiguos, trataremos de detenernos en un método cuya larga fama es aún conservada más que por la eficacia de su acción por la simplicidad de su técnica. Nos referimos al método de dilatación manual que ha merecido de Mauriceau, Puzos, Rizzolo, Budin y Eliot, que consideran á los dedos como el más perfecto de los instrumentos, las eficientes manifestaciones de su empleo.

El método de dilatación manual, tal como se usa en la actualidad, después de las modificaciones in-

troducidas en su técnica por Budin, Max, Harris y el bimanual de Bonaire remonta su origen al siglo XVII en que Guillemeau, bajo las indicaciones de Ambrosio Paré efectuara en la hija de éste un parto forzado con un feliz resultado. Este triunfo dió origen á la vulgarización de él hasta que alarmados por sus desastrosos efectos Portal, Peu, Levret, Puzos, Deleuyre preconizaron su abandono, recomendando solamente la dilatación seguida de una extracción dulce y lenta con el objeto de dar tiempo á que la naturaleza la completara.

Es Puzos quien en 1750 preconiza, previa dilatación, la ruptura prematura de las membranas dejando á la naturaleza, que por sus propias fuerzas terminara el trabajo.

Rizzoli en 1833 preconiza un método de dilatación acelerada, metódicamente rápida, muy parecido al parto forzado.

En 1878 Trevenot preconiza ese método ante los peligros de una cesárea.

Recién con Harris, Budin, Max entra á actuar la dilatación forzada en su período de grandeza con una técnica poco variada hasta 1894 en que Bonaire describe su método bimanual.

Ese método con sus variantes que ha merecido de tantos maestros sus elogios en épocas que gracias á él algo se obtenía, ha pasado á ocupar un segundo lugar ante la eficacia del método de dilatación mecánica; su uso ha sido restringido y sus indicaciones van llenándose con éxitos satisfactorios por este último.

Métodos sangrantes

A esta clasificación corresponde la cesárea y el método que consiste en incisiones profundas del cuello uterino hasta su inserción vaginal creado por Dürhsen y modificado tan solo en el número y lugar de sus incisiones por varios autores que prefieren dos incisiones laterales generalmente á las cuatro propuestas por aquél.

Este método ha merecido en sus primeros tiempos las opiniones favorables de Dubois, Pajot, Porack y de Poncelet que inventó un debridador para efectuar la intervención.

Método instrumental

Al año 1799, en que por primera vez Scheel aconseja la punción de las membranas en su parte declive y Meissner en su parte superior, se remonta el orígen del método instrumental.

Este procedimiento, de infiel y hasta peligroso resultado fué reemplazado recién en 1820 por el de Buninghausen, al que indebidamente se le llama de Klüge, consistente en el uso de esponjas preparadas; éste, como el de laminarias, túpelo, dilatador de Kuster, Auvard, han quedado de ellos sólo el recuerdo de su existencia.

Los procedimientos de Schoeller (taponamiento de la vagina), de Cohen (inyecciones entre las membranas y la pared uterina), de Kuferath (inyección ca-

liente en el canal uterino), de Blot (chorro intrauterino), el de Kiwisch (1846, chorro de agua caliente sobre el cuello uterino) y de Gauvry en el cual la paciencia del operador es puesta á una verdadera prueba de resistencia, durante días y noches haciendo pasar centenares de litros de agua, sólo sirvieron para que Scanzoni substituyera el agua por el ácido carbónico y el final fuera siempre el mismo.

Los procedimientos de Krause, Mampe y Lehmann, que consisten en la introducción de sondas, que permanecen mas ó menos tiempo entre las membranas y el útero, á mas de no ser sino excitadores, son generalmente impotentes y tan peligrosos por la infección que ha habido parteros que han pensado que la sonda actuaba cuando había infección. El de Braun, el de Krause, asociado á la excitación eléctrica, así como el cateter reóthoro de Bossi han caído en su merecido olvido.

Todos estos y otros procedimientos, cuyos peligros en unos, su ineficacia en otros, han obligado su abandono, han sido ellos, sin embargo, las primeras manifestaciones del arte obstétrico y se les debe reconocer y recordarlos como los cimientos sobre los cuales descansa el pedestal de una de las grandes columnas de la obstetricia, la dilatación instrumental propiamente dicha, donde se apoyan los balones y donde se destacan los dilatadores metálicos.

Balones

Los balones, recipientes construídos con caucho, goma, seda, membranas animales, como ser vejigas de perro, chancho, etc. son unos instrumentos extensibles, unos; inextensibles, otros; que se dilatan con líqui-

dos ó con aire, cuyo número y tamaño son tantos y de formas tan variables, que muy bien puede decirse que cada nación y cada escuela tiene su propio balón.

El balón, en la práctica corriente, es usado tanto el excitador como aún mismo el dilatador, más que como dilatador propiamente dicho, para los efectos de un taponamiento en una hemorragia de cualquier origen.

Daremos en este capítulo solamente los nombres de los balones usuales, para reservarnos el estudio de su acción y el de sus ventajas é inconvenientes en el capítulo correspondiente.

En el arsenal obstétrico encontramos desde el Elytrocyste de Hubert, el Colpeurynter de Braun, el Sfenosisión de Schnakenberg, los violones de Barnes, el globo excitador de Tarnier, Wahlbanin, Keiler, Bandé, Lepine, Mogue, Moussous, Chassagny, Gariel, Barnes, Zelaling, Bedillier, Matei, hasta los modernos y usuales de Champetier de Rives y de Boissard.

Dilatadores metálicos

Ante la ineficacia de los procedimientos terapéuticos, ante los desastrosos efectos del parto forzado, ante la urgente necesidad de la evacuación rápida de la cavidad uterina, «la mente de los parteros debe haber sido torturada», como dice Boissard, en buscar un aparato con que obtener una dilatación rápida que no expusiera á la madre y al feto ante el peligro inminente de la muerte.

El forceps fué el primer aparato al que se recurrió

para terminar una dilatación, que ya permitía el paso de sus cucharas. Sus resultados funestos, la casi imposibilidad de completar una dilatación rápida de dentro á afuera fueron las causas propulsoras que dieron origen á la creación de los balones, aparatos éstos que fueron, á su vez, los propulsores de un método que reune todas las seguridades del éxito en su acción y la inocuidad de sus efectos.

Fué á Bossi á quien cupo recoger el fruto de la observación de tantos años y crear un método donde fraterniza la prudencia y la paciencia con la rapidez y la fuerza.

La idea de un dilatador metálico del cuello uterino, con ramas, se le debe á Busch (1788, 1858), cuyo instrumento, compuesto de tres ramas delgadas, penetra 15 milímetros solamente en el interior del cuello, produciéndose la separación de ellas por la presión ejercida sobre sus mangos.

Tarnier, en 1888, imagina un instrumento á tres ramas que, como él mismo dice, más que dilatar su objeto es acelerar el trabajo.

Si el origen de la dilatación instrumental del cuello uterino puede referirse al forceps y á Busch el de la dilatación mecánica; es al Molibdiono (cuya construcción es un enigma) y al Cuzzi, de múltiples ramas, que usaban los antiguos para dilatar la vagina, llamandoles speculum matricis, á los que se les debe dar el primer lugar en la historia. Son ellos los que merecieron de Pedro de la Cerlata en 1493, Ambrosio Paré, 1510, 1590; Guillemant, 1550, 1612; Pedro Franco, 1561; Baldovino Roncio, 1594; Juan Savonarola, 1597; ser mencionados en sus tratados de obstetricia. Aunque no llegaron nunca á ser dilatadores uterinos, sino simples dilatadores vaginales ó vulvares y verdaderos «martirio inútil», co-

mo decía Siegemundi en 1700, y que en 1703 Levret, compartiendo esas ideas, preconiza su abandono, debéseles recordar como las primeras páginas de un libro cuyo epilógo es el Bossi.

Los dilatadores metálicos de Jobert, Lamballe, Pajot, Leblond, Mende, Krauss, Hyerneaux deben ser clasificados entre los dilatadores ginecológicos, pues no obtienen sino una pequeña dilatación.

Método de Bossi

El método de dilatación artificial por el procedimiento de Bossi es un verdadero y original método, pues en él se encierra la acción dinámica que se manifiesta despertando, excitando, manteniendo enérgica y potentemente una contracción uterina y una acción mecánica que desarrolla una fuerza de efectos ciertos sobre la dilatación; una verdadera fuerza dilatadora, que produce la fatiga de la elasticidad de los tejidos, permitiendo su deformación; fuerza cuya regularización se puede hacer á voluntad para obtener una dilatación gradual.

Tal característica es suficiente para dar un nombre propio al método propuesto.

La regularización voluntaria de su fuerza mecánica es una condición tan importante, que sólo lo pueden explicar los fenómenos íntimos que se producen en el segmento inferior del útero, durante el borramiento y dilatación de su cuello.

No hay solamente durante la dilatación del cuello una simple distensión ó alargamiento de sus fibras musculares como pretenden algunos autores, sino

que se desarrolla un fenómeno complejo por acomodamientos, deslizamientos de las fibrillas y haces musculares los unos sobre los otros que permiten al canal sufrir una distensión dada y la prueba de ello la da la necesidad, según los casos de actuar durante un tiempo más ó menos largo, para no producir desmembramientos propios a la dilatación brusca, la que por su violencia no deja tiempo para que se efectúe ese acomodamiento, ese fenómeno que, siendo fisiológico, es en estos casos forzado por el arte.

Es, pues, al tiempo al que hay que pedir tal fenómeno y al tratar de la dilatación brusca en la primera parte de nuestro trabajo, la rechazábamos como entidad y sólo la considerábamos como una maniobra de ruptura, una «semidilatación quirúrgica involuntaria».

«La dilatación mecánica inmediata no es un proceso brutal de distensión del canal cervical, como pretende Von Bandeleber, dice Montuoro, al hacer la brillante defensa de este método ante las ideas emitidas por aquél, el 9 de Enero de 1903, en la sociedad de Obstetricia y Ginecología, de Berlín, sino que es el más alto grado fisiológico, puesto que está basado en la propiedad que tienen los dilatadores metálicos de despertar, excitar y mantener durante toda la operación, una enérgica y eficaz contracción uterina».

Ante esas palabras de Montuoro, cuya veracidad han podido constatar los autores nada hay que agregar, á no ser su otra fase: que por el método de Bossi el arte obtiene en treinta minutos lo que la naturaleza necesita ocho, diez y doce horas.

La dilatación artificial por el método de Bossi es generalmente una maniobra simple y fácil, pero

puede algunas veces hacerse difícil y hasta aun dañosa, si el operadar no tiene en cuenta el estado del cuello, su grado de borramiento más ó menos marcado, su grado de dilatación y su consistencia sobre todo, si hay ó no rigidez, fragilidad y elasticidad.

Hay cuellos que se dejan fácilmente dilatar sin el menor peligro dé desgarrarse, pero en cambio hay otros como son esos duros, esclerosados, que no se dejan dilatar sino al precio de desgarraduras, laceraciones, como acontece en los cuellos con lesiones tuberculosas, cancerosas, sifilíticas, etc., etc.

La acción de este método es distinta según se trate de un cuello con reblandecimiento normal ó de un cuello patológico, de un cuello de primípara ó de multípara y los fracasos que algunos autores pretenden atribuir al método en cuestión en los cuellos rígidos, se deben más que á él, á un falso diagnóstico ó á una violencia intempestiva.

En las rigideces del cuello, como muy bien dice Maggrier, es menester tener presente las distintas clases que pueden presentarse; las unas falsas, por inercia uterina, las otras verdaderas, tales como las espasmódicas, las anatómicas no aceptadas por todos los autores y las patológicas y entre éstas aquellas cuya alteración orgánica de sus elementos morfológicos ha sufrido modificaciones profundas. Estas son las únicas que pueden ser peligrosas y aún contraindicar no sólo el uso de Bossi sino de cualquier otro método de dilatación forzada.

Antes de entrar al análisis de las ventajas é inconvenientes de los distintos métodos de dilatación, nos permitiremos exponer las ideas sugeridas en la lectura de artículos publicados en distintas revistas por varios autores.

El instrumento que Bossi ha creado, ha revolucionado las distintas escuelas, defensoras cada una de un método, y ha aportado al arte obstétrico, tras una corta pero aguerrida lucha, un método completo, que aunque en parte ya usado no era, por sí mismo, suficiente para dar término al predominio de los unos sobre los otros.

Su técnica fácil, después de las modificaciones que el instrumento ha sufrido, las indicaciones que nacen cada día, la inocuidad de sus efectos y, sobre todo, la eficacia de su acción reglada y metodizada harán de él el futuro preferido entre los diversos métodos.

Existen autores que, á pesar de permanecer fieles á sus métodos espectantes, se ven, ante la gravedad de las circunstancias y ante la necesidad de la urgencia, de recurrir á él como método eficaz y como acción salvadora que dará término á las angustias del profesional.

Como método nuevo, que debe aún luchar contra el hábito y la costumbre, el Bossi ha sido despreciado por unos, criticado por otros, mal comprendido por muchos, que han vertido opiniones erróneas sobre su acción, partidistas sobre sus efectos, por haber seguido una técnica falsa ó por ignorar sus contraindicaciones.

III

VENTAJAS É INCONVENIENTES

Al tratar de los métodos en general, hemos dado ya opiniones terminantes sobre la ineficacia ó peligros del uso de muchos de ellos y sólo trataremos de agrupar las que corresponden á los de mayor importancia.

Al hacer la comparación de esos métodos será siempre bajo el punto de vista de la importancia que corresponde al de Bossi, importancia que, como hemos dicho, le dará en el futuro lo que el presente le vislumbra: su prioridad indiscutible sobre los demás métodos.

Aparte de los inconvenientes de esterilización y conservación, los balones, sobre todo los inestensibles, se necesitan de ellos una sucesión de tamaños para obtener una dilatación dada, necesitando, además, para desarrollarse actuar en el segmento inferior del útero, motivo que puede, en una presentación móvil, cambiar la variedad y en una fija imposibilitar su desarrollo. La necesidad de un grado de dilatación previa para su introducción, limitan en mucho el número de sus indicaciones.

Lo difícil, y á veces imposible, es conservarlos en el canal cervical, y el peligro que tienen de estallar,

especialmente los extensibles, á más de su acción lenta é insegura, que se produce al azar y que ningúu control es posible para observar su trabajo y la fuerza que desplaza, colocan al Bossi en condiciones de superioridad indiscutible, pues el tiempo, que á veces es la vida, se hace súbdito del operador.

Los balones no están exentos de producir roturas de membranas y procidencias del cordón por el levantamiento de la presentación fetal, sino que pueden hasta producir síncopes (Oui).

El método de dilatación digital ó manual presenta sus inconvenientes en las primíparas, donde el orificio externo es el más resistente y, sobre todo, en cuellos estenosados, donde la resistencia es más ó menos grande, la mano se declara impotente para proseguir el trabajo; el cansancio que invade á los músculos del brazo y antebrazo del operador y la insensibilidad que experimentan los dedos, si es que ha sido posible la costosa introducción del segundo, vence toda energía, y «el manojo digital», como dice el doctor Fieux, no es suficientemente fuerte ante un anillo que no se dilata rápidamente.

Por grande que sea la mano del operador, la circunferencia de ella en sus articulaciones metacarpo falangianas no será igual á la de una cabeza de feto á término; la dilatación, por lo tanto, no será nunca suficiente.

El método bimanual de Bonaire necesita una adelantada dilatación previa, para poder introducir la extremidad de los dedos de ambas manos, exigiendo además un cierto grado de borramiento, y, sobre todo, un marcado descenso del orificio, para que este sea accesible. Los casos publicados por Vandervelde, Treub, Ling, demuestran que hasta la ruptura uterina puede ser producida por él.

El dilatador de Tarnier, cuyas ramas de resistencia proporcional á la fuerza desplazada por los anillos elásticos de que está dotado, sólo permite conservar abierto el canal uterino y excitar las contracciones con el objeto de acelerar el parto. La imposibilidad de su introducción en un cuello cuya dilatación es menor de 0.03 centímetros y los desprendimientos de placenta que puede producir, amenguan su importancia.

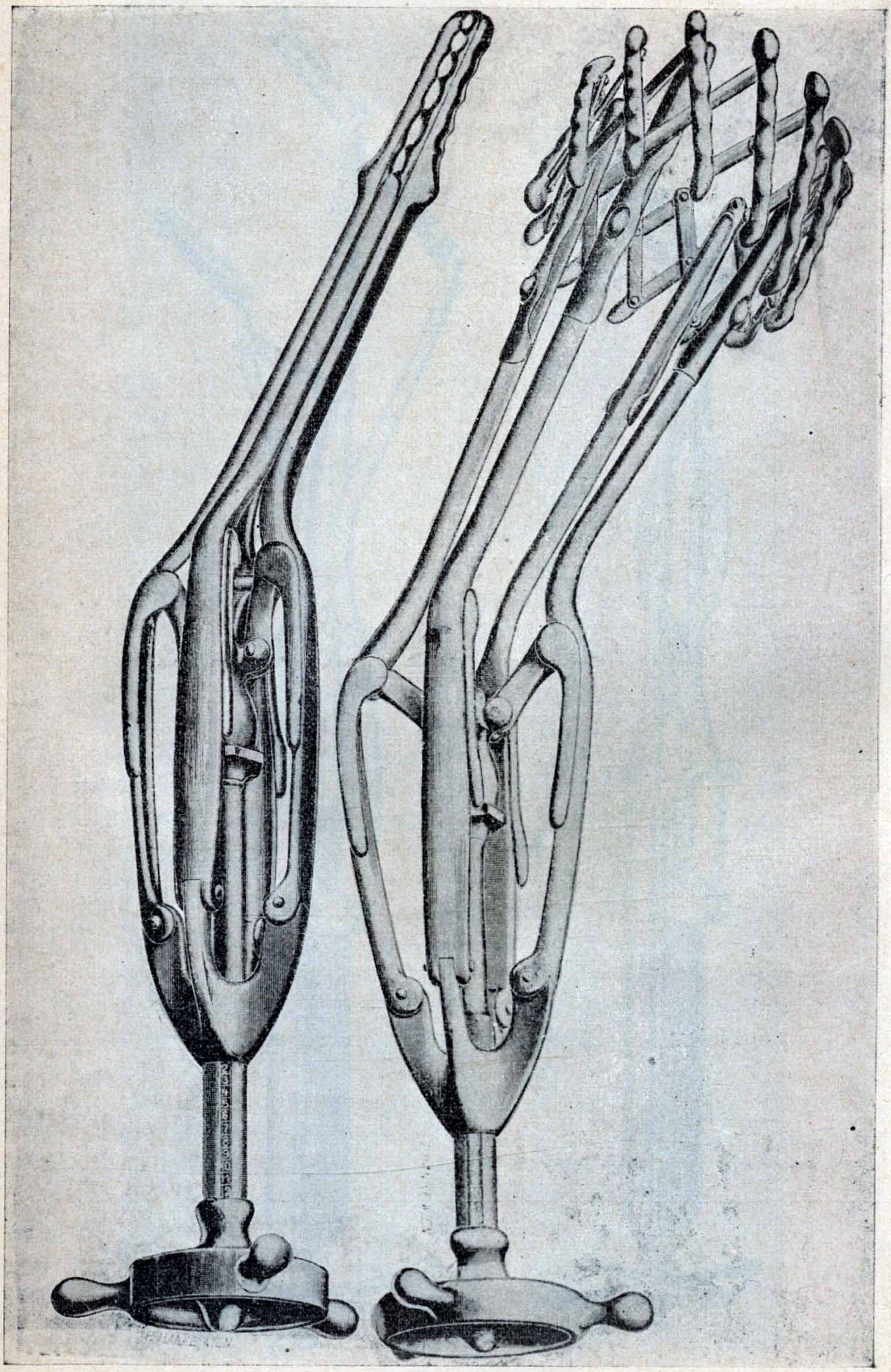
La falta de un indicador del grado de dilatación y la fuerza inconsciente de sus anillos lo hacen muy inferior al Bossi, que desplaza una energía regulada por la voluntad del operador y medida por el cuadrante indicador.

Los dilatadores á múltiples ramas, como el Kaiser, Loeventein, Frommer, Walcher, de ocho ramas, y el de Nowakowski (página 43), especie de canasta de cuatro ramas, que algunos autores las consideran como verdaderos speculum matriticis; son derivados del Bossi, como el de Seygneux (página 45), pero de una inferioridad marcada por la falta de curvatura pelviana, por la distensión que producen de la vagina, debido á la falta de entrecruzamiento de sus ramas, por la facilidad de su deslizamiento hacia adentro á causa de la forma de cono que presentan las ramas al separarse, por la imposibilidad del control digital hasta una dilatación de 6 $^{1}/_{2}$ á 7 centímetros, y por la necesidad en que se ve el operador de retirar el aparato para disminuir el número de sus ramas en los primeros si quiere controlar con el dedo el trabajo que se desarrolla.

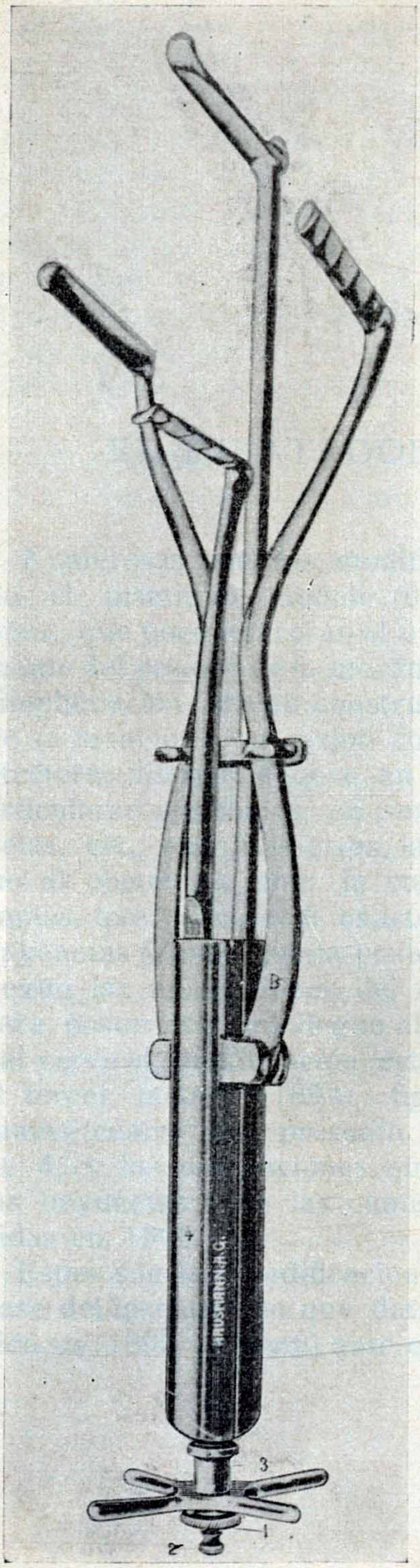
Dejando aparte la cesárea, que requiere, por su magnitud, un ambiente determinado, el método sangrante á la Dürhsen, á cuyos grandes inconvenientes se equiparan grandes peligros, como son: la necesi-

dad de incisiones bastante altas en las multíparas, cuyo orificio interno presenta mayor resistencia; la de producir una superficie cruenta que puede extenderse hacia el segmento inferior del útero en las maniobras ulteriores; la de producir, además, una superficie abierta á la infección; y, por último, aun supuesta una cicatrización por primera intención, ¿esas enormes cicatrices no pueden, en partos posteriores, ser causa de una distocia de origen materno? Y si esto es concebible en cicatrización por primera ¿hasta dónde debe pensarse en una cicatrización por segunda, que puede producir desde la oclusión hasta la permeabilidad anormal constante del canal cervical?

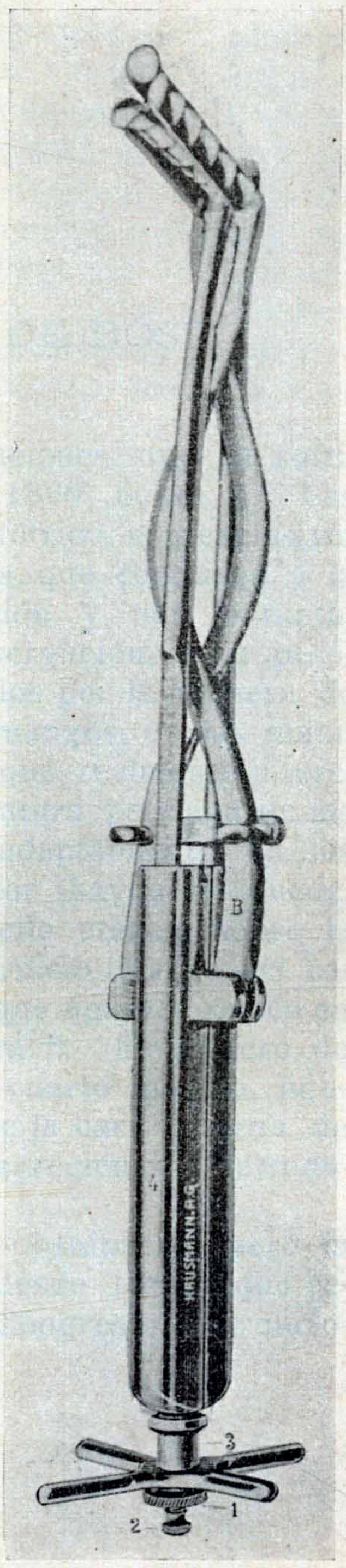
MODELO NOWAKOWSKI



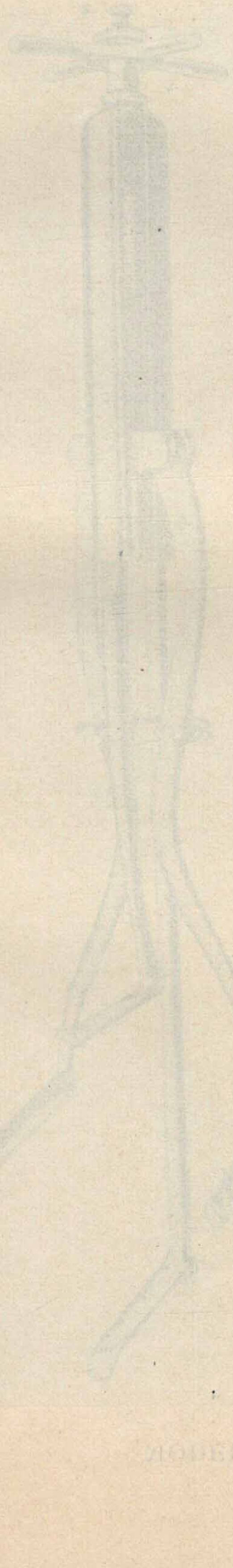
MODELO SEYGNEUX



ABIERTO



CERRADO



IV

EL DILATADOR DE BOSSI

Numerosas son las modificaciones que ha sufrido el primitivo modelo (de 1890) figura 1. Las unas, que poco interesan al obstétrico, son exclusivamente del resorte de la mecánica, que conducen á la simplificación de su construcción y, por lo tanto, de su manejo, á su mejor conservación, á su peso, etcétera, diferenciándose en ellos por la manera de articularse sus ramas, en sus mangos, en sus manivelas, etc., etc. Las otras, las que realmente interesan al obstétrico, son: la curvatura pelviana de las ramas, que permite el exacto adaptamiento de sus bayonetas y evita que la posterior (bayoneta) quede, según las inclinaciones del cuello uterino, sobre la cara posterior y no llegue al orificio interno del canal cervical, modificación ésta que aparece recién en el tercer modelo (1894), figura 3. El número de ramas (cuatro) que presenta el cuarto modelo, figura 4, y las ondulaciones sobre la cara externa de las bayonetas y de las camisas recién son introducidas en 1900.

Estas son las modificaciones obstétricas, pero la base del instrumento, que data desde 1888 y que recién en 1890 presentó ante el Congreso Internacio-

nal de Berlín, es el entrecruzamiento de las ramas, que permite una dilatación útil del cuello, sin producir ninguna distensión de las paredes vaginales; esto unido á la permanencia de la mano en su interior para controlar el trabajo, y además la divergencia paralela de las bayonetas permite la regularización de la fuerza desplazada por medio de un manubrio, aunque aún no medida por ningún cuadrante indicador.

Este inconveniente es subsanado inmediatamente en el segundo modelo (figura 2), aunque bastante rudimentario.

Seis años después, en 1894, recibe el aparato una completa transformación, (figura, 3). De proporciones más chicas, de peso más liviano, su sencillo manubrio es transformado en una verdadera rueda de timón, que permite mayor sensibilidad en la regularización de la fuerza. Pero de todas las modificaciones la de capital importancia es la curvatura pelviana de sus ramas; además, el cuadrante indicador, colocado más abajo, permite que su lectura se haga con mayor facilidad.

En 1900 se da al aparato su tipo final; el número de ramas en este cuarto modelo (figura 4) es elevado á cuatro, y sobre la cara externa de las bayonetas se construyen las ranuras ondulatorias y se las dota de sus respectivas camisas metálicas, que hasta entonces habían sido de caucho.

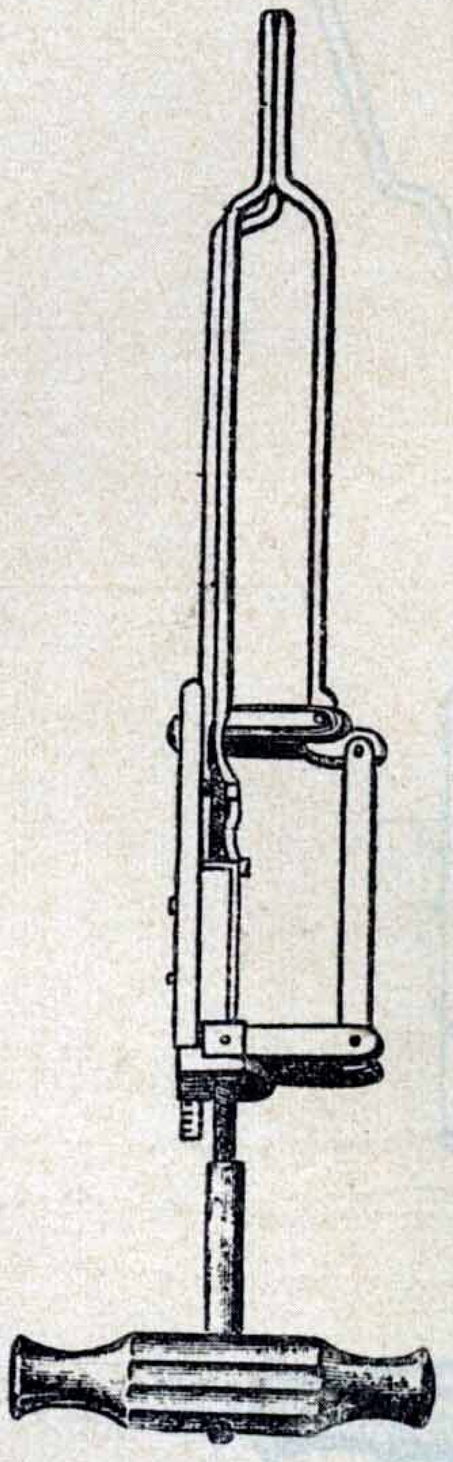
Se modifica completamente el modo de articularse sus ramas y el cuadrante indicador, simplificado, es más accesible haciendo más fácil su lectura.

Después de estas modificaciones el aparato sufre pequeñas variantes, que lo conducen á su perfeccionamiento.

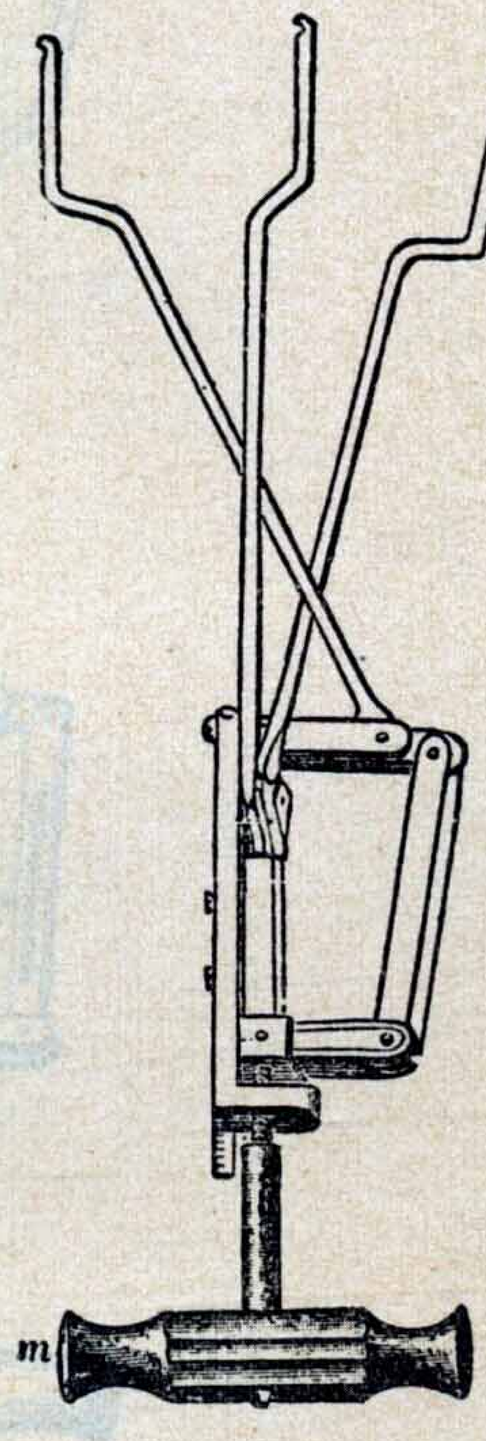
La casa Jetter y Scherer (Alemania) ha construído

FIGURA I

MODELO 1890



CERRADO



ABIERTO

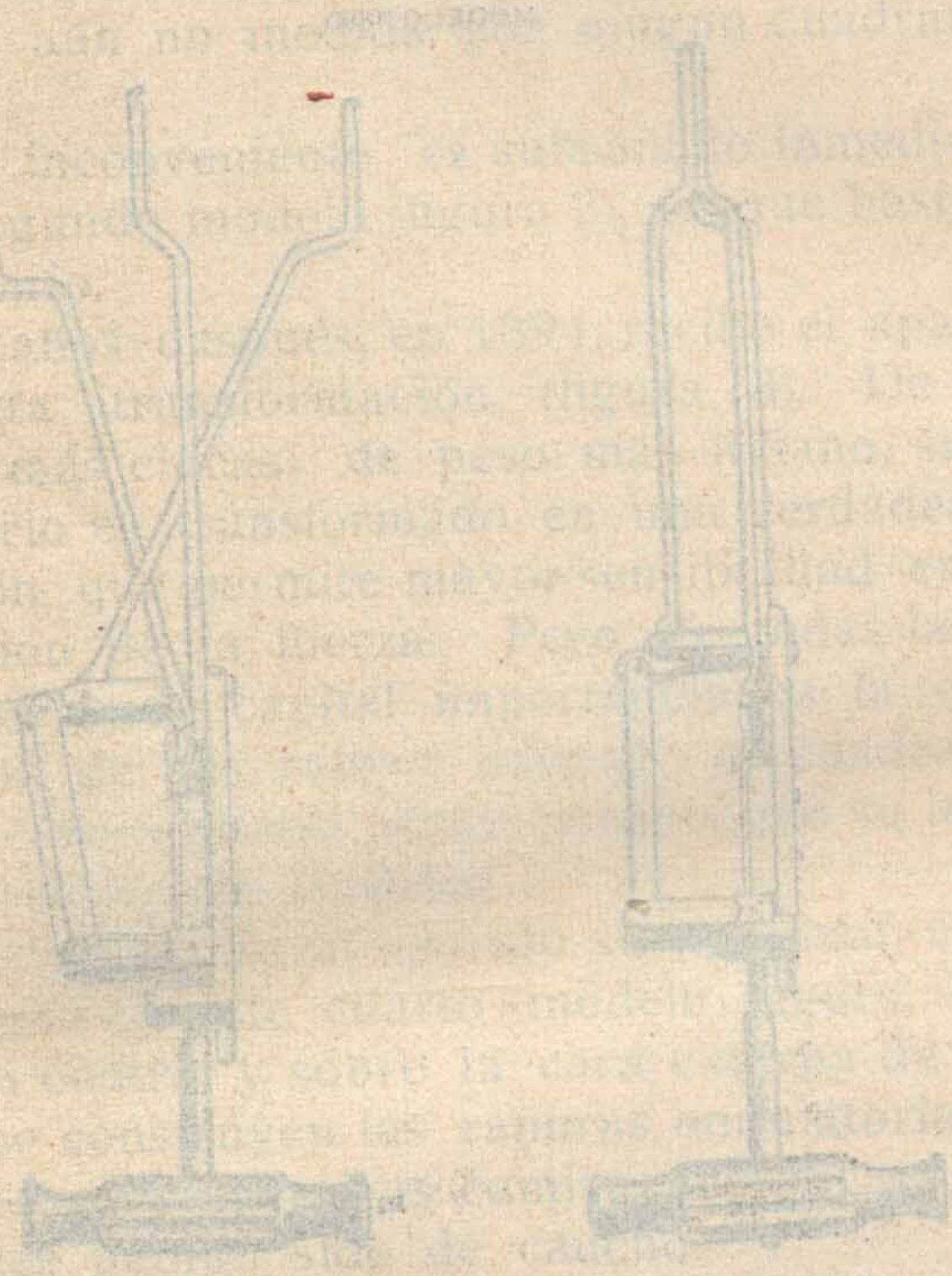
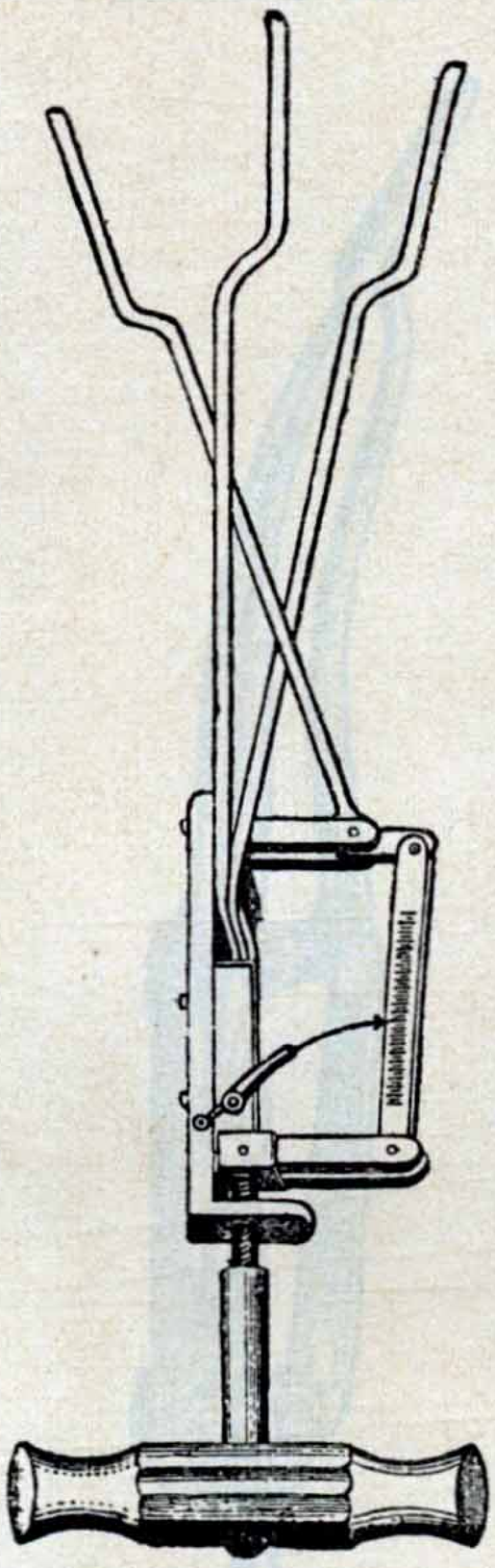


FIGURA II



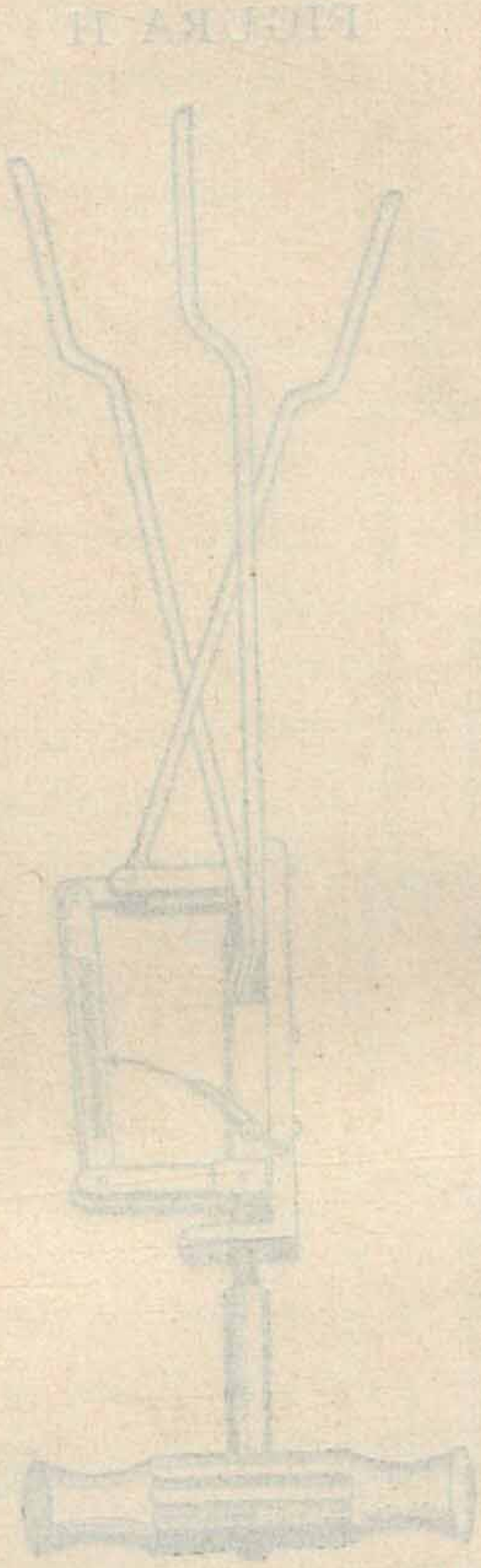


FIGURA III

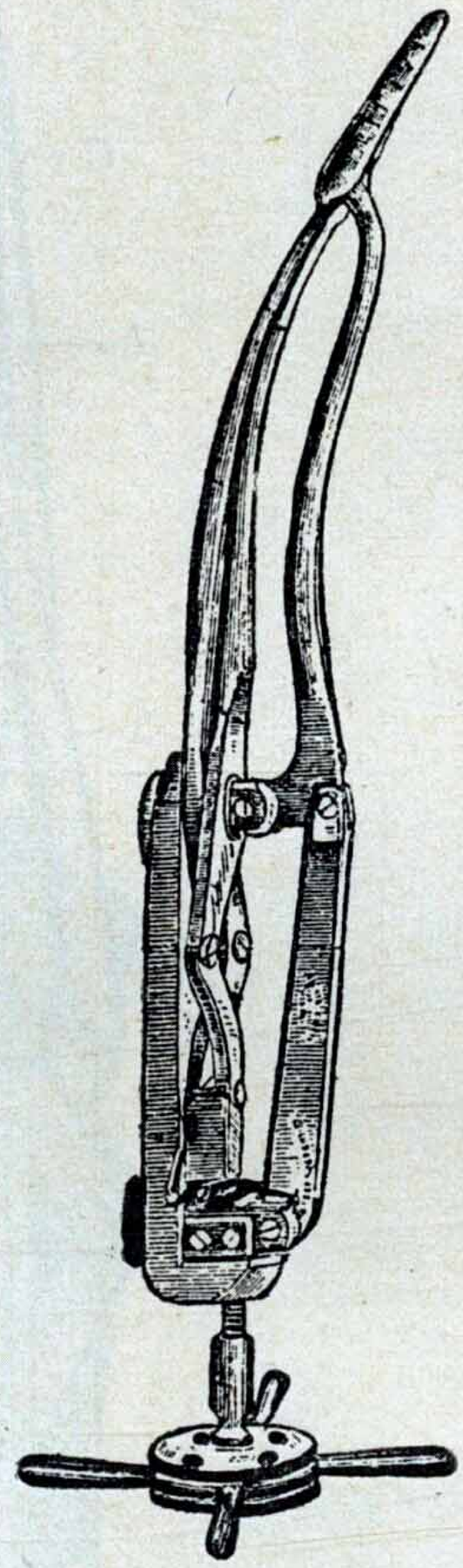
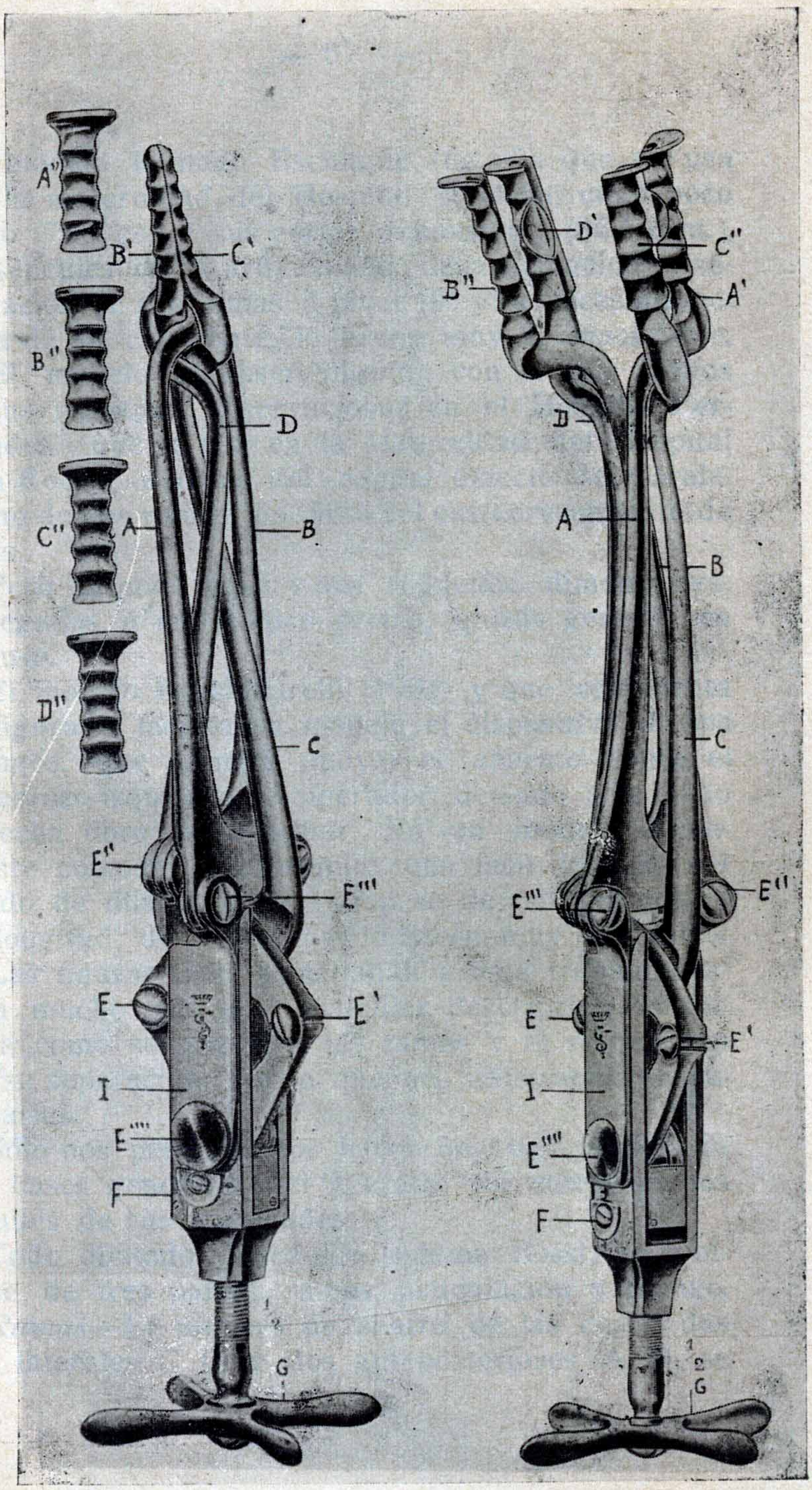




FIGURA IV



CERRADO ABIERTO

un modelo llamado Esculapio, (fig. 5), que se usa en la maternidad del Hospital Rawson, cuyo poco peso (780 gs.) y sus cortas dimensiones (36.6 cent.), la sencillez en la articulación, desarticulación y separación de sus ramas á pivot (P) y la accesible lectura de su cuadrante, lo hacen muy recomendable.

El modelo Preisser, (fig. 6), con el que hemos hecho nuestras observaciones en el Hospital Fernández y que se usa en la Maternidad del Hospital San Roque, adolece del capital defecto del paralelismo de sus ramas, por falta del entrecruzamiento de ellas.

Pero su poco peso y sus reducidas dimensiones, agregadas á su módico precio, quizás generalicen su uso.

El modelo Bossi-Marelli (1904) y que representa la figura 7, facilita su manejo el dispositivo de sus mangos, que permite apoyar el aparato sobre el antebrazo izquierdo del operador, dejando á la mano derecha libre para actuar. Es un modelo sumamente cómodo, que permite una fácil lectura del grado de dilatación (M); su peso, de 640 gramos, y su longitud, de 0.35 cent., lo hacen muy manuable.

Las figuras que acompañan á este trabajo ilustran mucho más que cualquier descripción la manera como se articulan las ramas y el mecanismo de su separación, por lo que nos excusamos en explicarlas.

Sólo nos permitiremos hacer una descripción de las bases generales del aparato, sin entrar en los detalles de sus variedades.

Todo dilatador mecánico sistema Bossi, se compone de tres partes: ramas, articulación y mango.

Ramas—En número de cuatro, de las cuales dos son laterales C D y dos anteposteriores A B, se

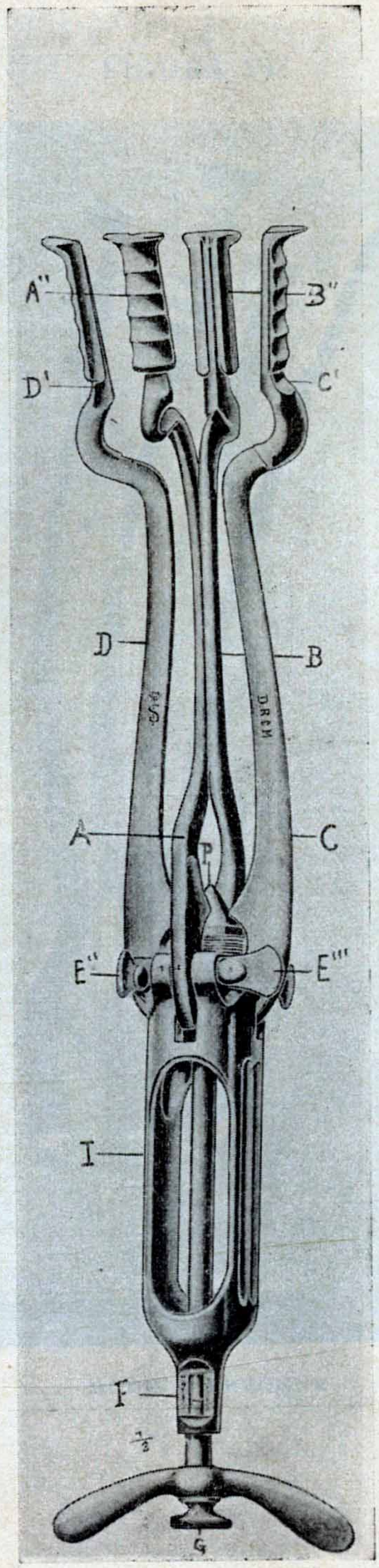
entrecruzan entre sí en su tercio superior, estando dotadas, además, de una curvatura pelviana á concavidad anterior, se terminan en su parte superior después de dos curvaturas sobre sí mismas, en un pequeño tallo cada una, llamada *bayoneta*, A' B' C' D', cuyas caras externas, dotadas de ranuras ondulatorias, se adosan á las paredes del canal cervical é impiden su deslizamiento.

Estas bayonetas, que por su pequeña superficie pudieran lesionar los tejidos, se las recubre por unas piezas metálicas llamadas *camisas*, A'' B'' C'' D'', de forma triangular, cuya extremidad superior, terminada en un reborde, y su faz externa, con similares ondulaciones, corresponden cada una, por su número, al número de la bayoneta. Estas camisas, que representan cada una un cuarto de cilindro, constituyen reunidas un verdadero cilindro, terminado en su extremo superior por un rodete que impide que el aparato sea despedido fuera del canal por una contracción uterina muy enérgica.

Articulaciones—Es en esta parte que el ingenio de los fabricantes ha dado á la obstetricia variados modelos, desde el complicado de los primeros tipos del Bossi, al sencillo y simple pivote P del Esculapio.

Mango—De distintas formas; comprende una parte, I, llamado puño, que permite el manejo del aparato; de un cuadrante, F, indicador del grado de dilatación y de una manivela, G, que produce el grado de dilatación voluntario.

FIGURA V



MODELO ESCULAPIO

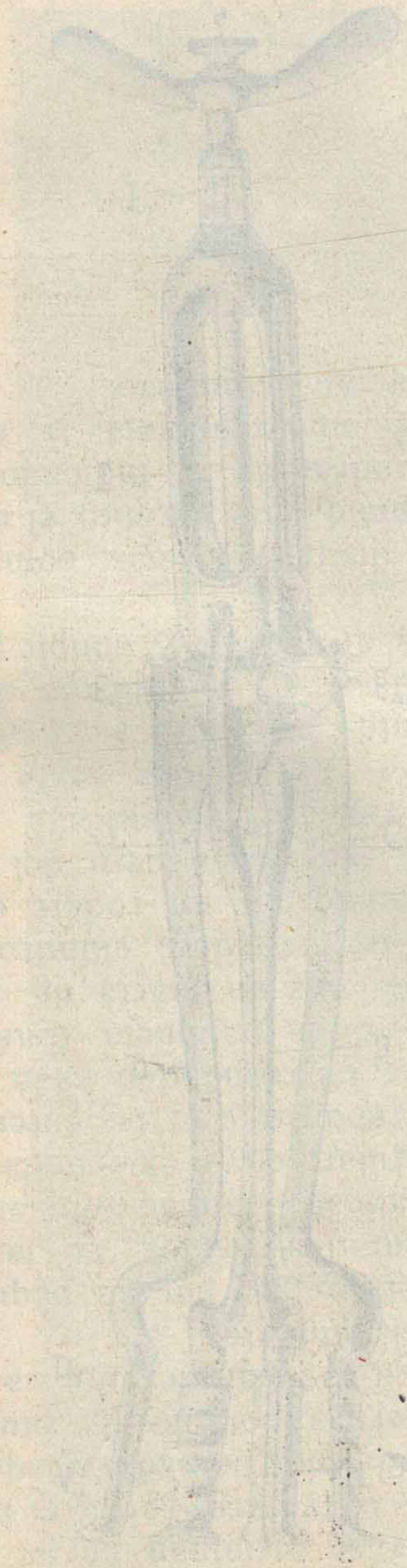
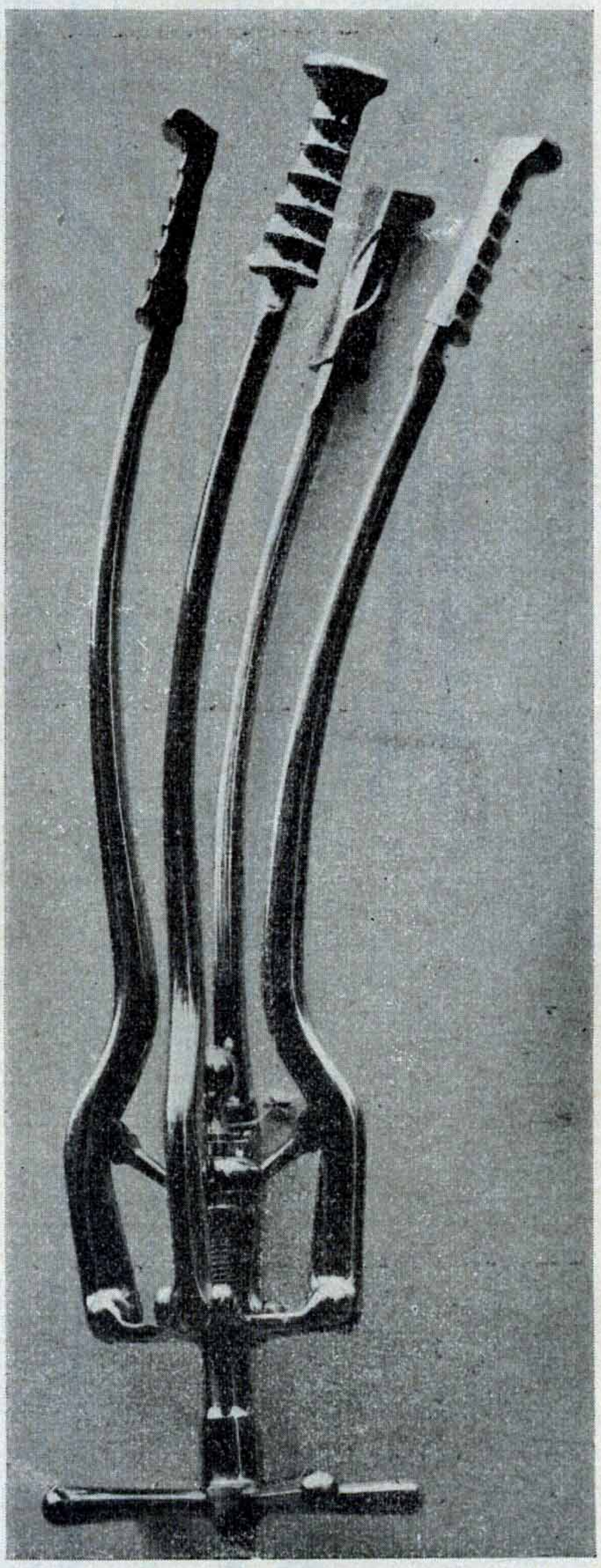


FIGURA VI



MODELO PREISSER

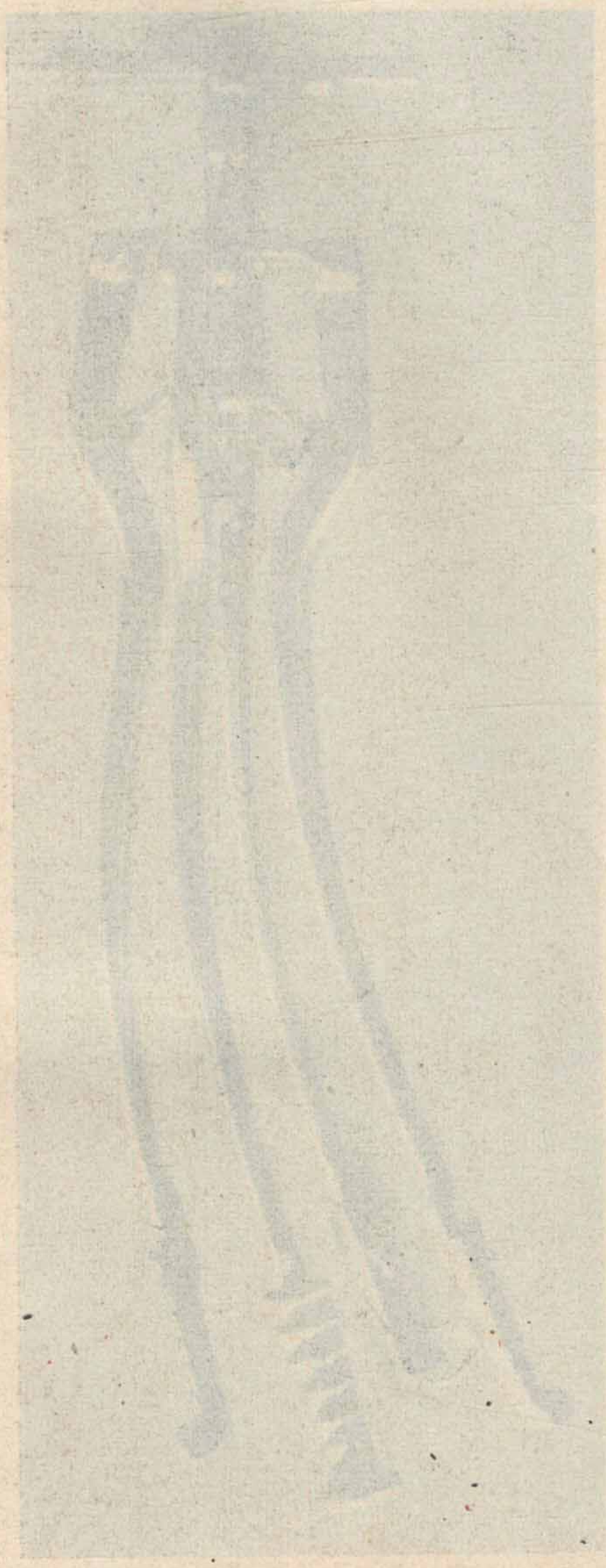
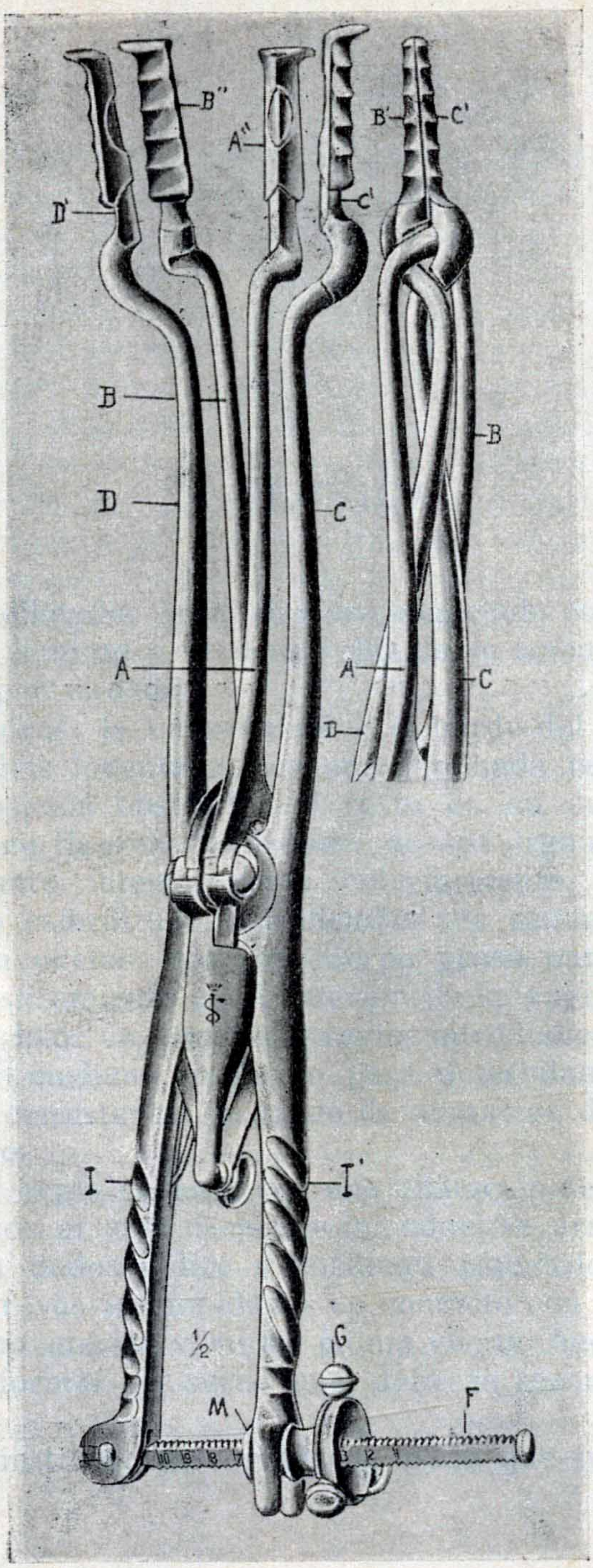
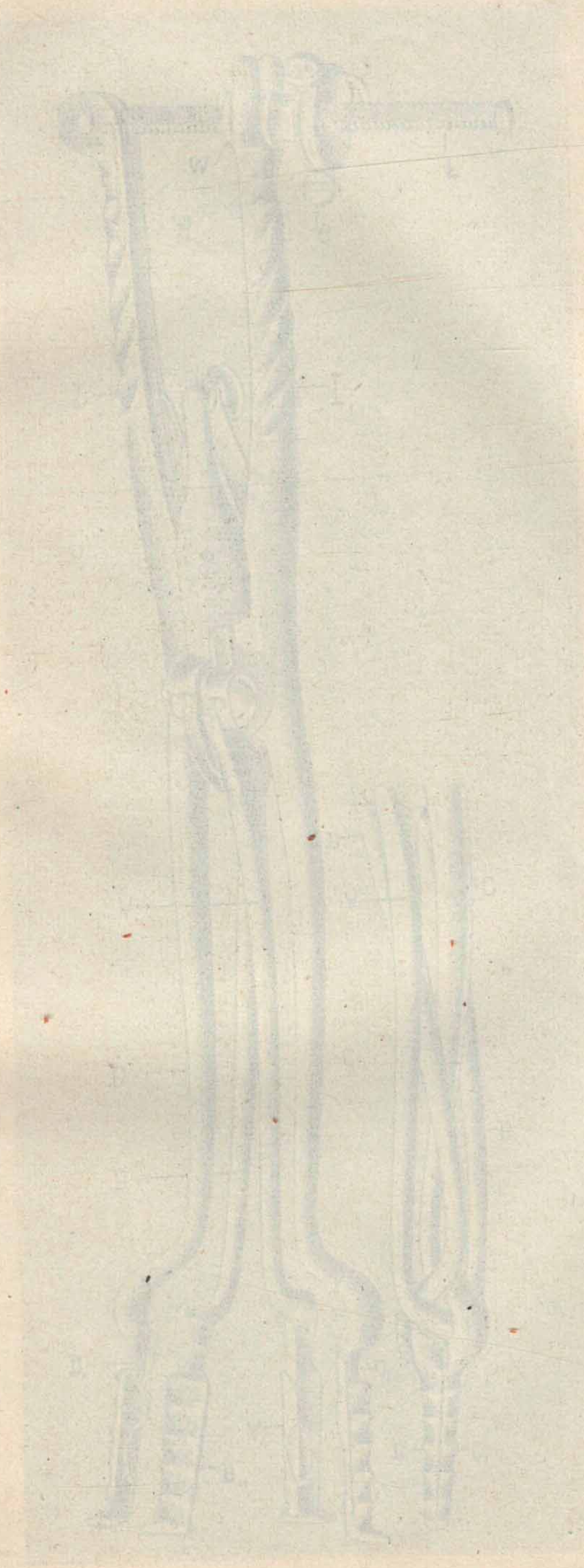


FIGURA VII



MODELO BOSSI-MARELLI



V

TÉCNICA

El dilatador será siempre manejado con prudencia y lentitud y el desarrollo de su trabajo controlado por el dedo.

Colócase la enferma sobre el borde del lecho, con su pelvis levantada por una almohada resistente y en posición obstétrica el resto de su cuerpo. Hecha una rigurosa antisepsia de sus órganos genitales, tanto interior como exteriormente, el instrumento esterilizado, lubrificadas sus ramas, excepto las bayonetas, con un cuerpo graso para facilitar su deslizamiento en el interior de la vagina, el operador hace un examen previo, introduciendo su índice y mediano izquierdo para determinar la posición, consistencia y grado de dilatación del orificio uterino.

Por regla general, con una dilatación de 0.03 centímetros el aparato puede introducirse armado.

Los dedos índice y mediano izquierdo deberán quedar sus extremidades en contacto con el orificio externo uterino y su faz palma vuelta hacia arriba, para formar un surco que deberán recorrer las ramas.

El instrumento cerrado de modo que sus bayone-

tas, bien adosadas, no dejen espacios libres entre sí, es tomado con la mano derecha por su puño ó por su manivela, prefiriéndose ésta (excepto en el modelo Bossi—Marelli) para evitar en las maniobras ulteriores movimientos que pudieran hacer cambiar la buena posición del aparato, é introducido en la vagina con la concavidad de su curvatura pelviana hacia arriba, recorriendo sus extremidades el surco formado por los dedos guías; hasta el orificio externo al cual forza, para terminar después en el orificio interno en cuya circunferencia se tratará de colocar las primeras ranuras de las bayonetas.

Esta maniobra, que es fácil en un cuello obstético normal deja de serlo cuando la dirección del canal cervical es anormal, pero es en estos casos en los que el criterio del operador sacará un verdadero provecho de ese examen previo á que hemos hecho referencia, dirigiendo el mango del instrumento hacia adelante ó hacia atrás, rechazando fuertemente, si es necesario, la horquilla y el periné con el objeto de que el eje del canal coincida con el eje de las bayonetas adosadas y de este modo el aparato pueda quedar sobre la línea media.

Hecho esto, la mano derecha empieza á actuar directamente sobre la manivela G, pero si en el tiempo anterior de la operación el instrumento ha sido tomado por su puño; la mano izquierda tratará de fijarlo temporariamente para que la derecha, ya sobre la manivela, lo fije definitivamente y empiece entonces el verdadero trabajo de dilatación rápida artificial.

Estas maniobras son posibles de hacer en un cuello que no haya sufrido aún las modificaciones propias del borramiento, pero en uno que, ya borrado, presente por encajamiento ó descenso de cualquier

parte fetal solamente un orificio circular y no un trayecto, la introducción de las bayonetas no es posible sin rechazar hacia arriba la parte fetal, y para ello se hace uso de los dedos guías que actuando dulcemente durante un período de pausa hace fácil la introducción de ellas.

Todas estas maniobras hechas con calma hacen que la operación no sea dolorosa y pueda conservarse la integridad de las membranas.

La dilatación es el tiempo operatorio que requiere del interventor la mayor suma de atención, pues la observación de un numeroso conjunto de pequeños detalles es la única que puede llevar á un buen final el término de la intervención, sin lo cual una desilusión ó una catrastofe pudieran coronar su obra.

Cerrado completamente el aparato, la mano derecha hace girar la manivela hasta que una cierta resistencia indicará que las ramas, en contacto con las paredes del canal cervical, van á empezar á actuar.

Leído en el cuadrante el grado de separación de las ramas, se sigue actuando hasta aparecer las primeras contracciones uterinas, despertadas por el aparato á causa de la tensión que sufren los tejidos.

Mientras subsistan las contracciones *no dilatar*, dejar que fenezcan para proseguir el trabajo y si la urgencia no apremia se debe, antes de proseguir, dejar que se reproduzcan dos ó tres veces, para que de este modo lo artificial se asemeje, en lo que sea posible, á lo natural.

Actuando así sucesivamente y recibiendo las sensaciones de tensión de la bolsa, la contracción uterina, la poca resistencia, el adelgazamiento de los tejidos persividas desde una dilatación de cuatro

centímetros por los dedos guías, esos dedos, que son verdaderos vigilantes centinelas del trabajo mecánico que desarrolla en los tejidos la fuerza del dilatador, controlando la fuerza desplazada é indicando la que debe ó puede desplazarse, no hay temor, atento á sus indicaciones, á los desplazamientos del aparato, á las desgarraduras profundas, pues el más pequeño craquement, que indicaría pequeñas desgarraduras de fibrillas musculares sería percibido, y ordenaría la moderación de la fuerza, el cambio de lugar de las bayonetas ó la suspensión de la intervención.

Obtenida la dilatación deseada ó podida, más ó menos rápidamente, según la mayor ó menor resistencia del cuello, según el grado de energía y duración de las contracciones, según la urgencia con que se deseaba actuar: se procede á la extracción del aparato, para lo cual, siempre bajo el control de los dedos guías, empieza la mano derecha por hacer girar la manivela en sentido contrario hasta que las bayonetas adosadas y sin tejidos interpuestos entre sus ramas permitan su extracción.

Cuando la duracion del período de pausa de las contracciones es corto y que las contracciones se suceden muy rápidamente, dejando, por lo tanto, muy pocas pausas y que la urgencia reclama la rápida dilatación, el precepto de actuar durante la calma no debe tenerse en cuenta, aún á riesgo de uua desgarradura.

El parto se termina inmediatamente, ya sea por el forceps (preferido), versión, etc., pues el orificio se retrae rápidamente.

A los efectos de un buen final operatorio es necesario tener presente que la elasticidad y retractibilidad del tejido cervical hace que la dilatación pro-

ducida por las ramas y que la marcada en el cuadrante indicador es una dilatación aparente, pues una vez retirado el instrumento, cuando la fuerza mecánica deja de actuar, los tejidos, volviendo sobre sí, disminuyen el diámetro obtenido, hasta un cierto grado, en que permanecen estacionados.

Debemos, pues, tener presente entonces esa dilatación temporaria ó aparente, y la que resulte de la retractibilidad y elasticidad de los tejidos después de desaparecer la fuerza dilatadora..... dilatación permanente ó dilatación útil.

Esta dilatación útil, que puede llegar á diferenciarse de la aparente en uno y hasta dos centímetros, debemos tenerla muy en cuenta cuando intentamos introducir el aparato armado, en una aplicación de forceps, versión, etc., para no encontrarnos después en la imposibilidad de la introducción de las cucharas ó en la extracción de una cabeza retenida por un cuello poco dilatado, que nos traería aparejado los inconvenientes propios del parto forzado de los antiguos.

¡Cuántas desgarraduras de cuello que se consignan al Bossi serán del haber de la versión, del forceps, etc., etc!

INDICACIONES

El criterio clínico del operador, segun los casos, es de mayor importancia que el catálogo de las indicaciones.

Toda vez que la evacuación rápida de la cavidad uterina esté indicada para poner fin á los sufrimientos del feto ó á los peligros de la vida de la madre, ó mejorar tal estado de cosas.

Ante el peligro de la vida de la madre, la vida problemática del feto no debe tenerse en cuenta.

Desde la eclampsia, á quien debe el Bossi los laureles de su triunfo, hasta la provocación del aborto terapéutico, toda la patología del embarazo da material á las indicaciones.

Recorriendo las estadísticas vemos reunidas unas veces, solas otras, distintas afecciones, que son otras tantas indicaciones.

Hemorragias por inserciones viciosas ó desprendimientos parciales de las menbranas.
Estenosis del cuello.
Sufrimiento del feto, feto muerto, macerado.
Vómitos incoercibles. Estrecheces pelvianas.
Parto largo.
Amenaza de asfixia de la madre, tuberculosis

pulmunar, neumonía grave, pleuresía grave. Anemia perniciosa progresiva. Uremia. Coma.

Cardiopatías no compensadas.

Purpura hemorrágica grave.

Madre muerta.

Todas ellas son otras tantas indicaciones que serán aumentadas á medida que el uso del Bossi se haga más familiar al profesional.

VII

CONCLUSIONES

El método de Bossi consiste en producir por medio de la dilatación mecánica del cuello del útero un parto artificial rápido.

Esta dilatación se puede obtener entre siete minutos, como mínima, y la voluntad del operador como máxima.

Teniendo presente el estado del cuello y las reglas de la técnica operatoria, evitando toda maniobra intempestiva, fuera de todo propósito racional, evitando que la impaciencia y la violencia guíe al operador, exponiéndolo á ser él el causante de una dilatación quirúrgica involuntaria, la dilatación por el método de Bossi es una maniobra anodina y de resultados infalibles, donde el operador regula el tiempo según las necesidades.

Ningun método puede llenar las indicaciones de la rapidez como las llena el Bossi.

La dilatación rápida del cuello sano es muy diferente á la de un cuello patológico.

El reblandecimiento del cuello sano es una salvaguardia del buen resultado con cualquier instrumento y con probabilidades de un feliz éxito en un tiempo mayor ó menor; es decir, indeterminado, tan indeter-

minado que á veces resulta demasiado largo, cuando lo que se busca, en la mayoría de los casos, no es una hermosa dilatación sino una rápida dilatación para salvar una ó más vidas.

Si esto puede suceder con un cuello normal ¿qué esperaremos de esos métodos, los unos lentos los otros poco enérgicos, en los casos en que el estado general de la madre reclama la rapidez y el local la energía?

Un método como el de Bossi, que reune en sí mismo las ventajas de distintos procedimientos y no presenta los inconvenientes insalvables que cada uno de ellos posee, que produce una dilatación uniforme, é indica y controla el trabajo desarrollado, débesele considerar como el desiderátum en un acto de tal trascendencia y de tan vital impaciencia como es la indicación de un parto rápido ó de un aborto terapéutico.

HOSPITAL JUAN A. FERNANDEZ.—1906

Servicio del doctor E. Zárate.—(número 610).
Jefe de Clínica C. Blaye

Octubre 12 de 1906.—R. G., italiana, casada, 39 años de edad. —Cama 3.

ANTECEDENTES HEREDITARIOS É INDIVIDUALES.—Sin importancia.

EMBARAZOS Y PARTOS ANTERIORES.—Tres á término, espontáneos, dos varones y una mujer, vivos, mismo padre.

EMBARAZO ACTUAL.—Ultimas reglas del 20 al 24 de enero.

Aparición de los movimientos activos,—Mes de mayo.

Altura del útero: 0'32 cts: *Latidos fetales*: Buenos.—*Embarazo*: á término.

ACCIDENTES.—Ninguno.

EXAMEN GENERAL—*Piel, Esqueleto, Pulmones, Corazón, Tubo digestivo, Hígado, Sistema cerebro espinal*: Normal.

EXAMEN OBSTÉTRICO.—*Senos*, Blandos, caídos, aureola pigmentada, con tubérculos de Mongomery.

Pared abdominal.—Elástica, grietas antiguas.

Utero.—Simétrico, látero desviación derecha.
Presentación: Cefálica.— *Variedad*: Vértice.— *Encaje*: No hay.
Posición: O. I. I. A.—*Pelvimetría externa*: B. T. 29 y $^1/_2$, B. E. 21. B. 19—*Pelvimetría interna*: Promontorio inaccesible.
Vulva y Vagina- Poco edematosa.—Embarazo simple.
Pulso.—*Durante el embarazo*: 80 pulsaciones, iguales, regulares, buena tensión.
Durante el parto: 120 pulsaciones, iguales, poco tenso.
Examen de las orinas.—*Durante el embarazo*: Normales.
Durante el parto: Normal.
Secreción vaginal. Normal.
Observaciones.—El día 18 de octubre hemorragia pequeña á la mañana, que se detiene con lavajes calientes y reposo; á la tarde reproducción de ella; abundantemente. A las 8 p. m., con una dilatación de 0'02 cts. se interviene.
Principio del trabajo. — Octubre 18. 8 p. m. *Entrada á la sala de parto.* 8 p. m. *Posición* O. I. I. A. *Grado de dilatación* 0.02. *Dilatación completa* 8.40 por el aparato de Bossi.
Rotura artificial de las membranas.—Antes de la dilatación completa.
Líquido ammiótico, Normal. Cordon 0.50.
Posición en el momento del desprendimiento O. P.
Expulsión del feto. Octubre 18. 10 p. m. *Duración período expulsivo* 2 horas.
Cantidad de sangre perdida.
Lesiones vulboperineales. Ninguna.
Duración total del parto. 2 horas.

Alumbramiento

Utero después del parto 0.14. *Después del des prendimiento*, 0.22. *Después de la expulsión* 0.12.

ALUMBRAMIENTO ARTIFICIAL. — Extracción manual, 15 minutos después del parto debido á la hemorragia.

PLACENTA.—Redonda, con cuatro cotiledones.

MEMBRANAS.—Rotura en el lugar de la inserción.

CORDÓN.—Lateral, de 0.50, ninguna particularidad.

NIÑO.—A término, vivo, del sexo femenino.

PUERPERIO NORMAL.—Alta, Noviembre 5, 1906.

OBSERVACIONES.—Inserción baja de la placenta.

N.º 474.

Mayo 14, 1906. P. D., argentina, soltera, 34 años, cama 28.

ANTECEDENTES HEREDITARIOS É INDIVIDUALES. — Sin importancia.

EMBARAZOS Y PARTOS ANTERIORES.—Dos partos á termino, espontáneos, varones, vivos, de distintos padres.

ABORTOS.—Uno antes de su primer parto

EMBARAZO ACTUAL.—Reglas del 2 al 5, de Septiembre 1905.

Aparición de los movimientos. Febrero 1906. *Altura del útero,* 0.34.

Latidos fetales, buenos. *Embarazo* á término.

ACCIDENTES, ninguno.

EXAMEN GENERAL.—*Piel, esqueleto, pulmones, cora-*

zón, normales. *Tubo digestivo*, constipación habitual. *Hígado y sistema cerebroespinal*, normales.

EXAMEN OBSTÉTRICO.—*Senos*, flácidos, colgantes hay colostrum, y tubérculos de Mongomery. *Pared abdominal*. Flácida, gran cantidad de grietas viejas. *Utero*, simétrico y mediano.

PRESENTACIÓN.—Cefálica, *variedad*. *Encaje*, hay.

POSICIÓN.—O. I. I. T. *Pelvimetría externa*. B. E. 23 B. T. 33. B. I. 28. B. 20. *Pelvimetría interna*, Inaccesible el promontorio.

Vulva y vagina, normal. Embarazo simple.

PULSO.—*Durante el embarazo. Durante el parto.*

EXAMEN DE LAS ORINAS.—*Durante el parto,* normales

PRINCIPIO DEL TRABAJO.—Mayo 13, 6 p. m. *Entrada á la sala*. Mayo 14, 6 p. m.

Posición O. I. I. A. Dilatación 0.05, á las 7.45 p. m. 0.07. Como el feto sufre, se completa con el Bossi hasta 0.10.

ROTURA DE LAS MEMBRANAS.—En su domicilio. Cordón 0.55.

Posición en el momento del desprendimiento O. P. *Expulsión del feto*. 8 1|2 p. m. *Duración del periodo de expulsión*. 40 minutos.

Lesiones vulvoperineales. Ninguna.

Duración del trabajo. 14 1|2h oras.

Alumbramiento

Utero después del parto: 16.—*Después del desprendimiento*: 19.—*Despaés de evpulsión*: 11.

Alumbramiento espontaneo: 30 minutos después del parto.

Ayuda artificial: Tracciones, masaje, 10 minutos después.

Presentación de la placenta: Borde.

PLACENTA.—Redondeada, irregular, 420 gramos.

CORDÓN.—Lateral, de 0.54 centímetros, volumen 0.02.

OBSERVACIONES.—Esta mujer ingresó del público con bolsa de las aguas rota, y como el trabajo no proseguía, á pesar de sus 0.07 centímetros de dilatación y el feto sufría se la completa hasta 0.10, en pocos minutos, por el Bossi y el parto fué espontáneo.

NIÑO.—A término, vivo.

PUERPERIO.—Normal.

N.º 469.

Mayo 8-1906.—A. G., oriental, 22 años, planchadora. Cama 7.

ANTECEDENTES PERSONALES.—Regló á los 15 años, poca cantidad, irregulares, sin dolor, con tres días de duración. Dipteria, desde hace 5 meses dolores de espaldas, fatiga, tos, esgarros sanguinolentos, sudores nocturnos, hemotisis varias.

EMBARAZOS Y PARTOS ANTERIORES.—Dos—El primero á término, espontáneo, varón, vive, del mismo padre, puerperio normal. El segundo hace un año, parto prematuro (7 meses), nació vivo, murió á los tres días por hemorragia umbilical, varón.

EMBARAZO ACTUAL.—Ultimas reglas, los primeros días de Diciembre de 1905.

Aparición de los movimtentos: Abril—*Latidos fetales*: Buenos.—*Embarazo*: de 6 meses.

ACCIDENTES.—El día que ingresó al servicio pequeña hemorragia genital (por traumatismo?) lavajes, enema con láudano, reposo, que la contuvo; al

día siguiente repitióse, dilatación de 0.01, otro enama y reposo, deteniéndose la hemorragia y desapareciendo los dolores que la aquejaban. Días subsiguientes: inyección de cacodilato y glicerofosfato de soda, tónicos. Suero Marmoreck, en enemas en series de 5 en 5 días, desapareciendo la tempratura, que de 39º descendió á 36.8, conservándose hasta 5 días antes de su intervención, que presenta 39º8.

EXAMEN GENERAL.—*Piel*: Trigueña, seca—*Esqueleto*: Bueno.—*Pulmones*: Rales y ronquidos, frotes pleurales. Cavernas en ambos vértices.

Corazón: Taquicardia.

Tubo digestivo: Diarrea, anorexia.

Hígado: Normal.

Sistema cerebroespinal, Normal:

EXAMEN OBSTÉTRICO.—*Senos*: Poco desarrollados.

Pared abdominal: Lisa y elática.—*Utero*: Simétrico desviado su fondo á la derecha.

Presentación: cefálica.—*Encaje*: No hay.—*Posición*: O. I. T.—*Pelvimetría externa*: B T. 29, B E 20 1[2, B 18 1[2.

Pelvimetría interna: Promontorio inaccesible.—*Vulva* y *vagina*: Normal.—*Embarazo*: simple.

PULSO.—Frecuente, 90 pulsaciones, iguales, buena tensión.

EXAMEN DE LAS ORINAS.—*Durante el embarazo*: Hay albumina.

Secreción vaginal: Normal

Debido á su estado general malo y habiendo tenido días anteriores varias hemotisis, con 39º de temperatura se procede á provocar el parto por el método de Bossi.

Dilatación; 0,01 á las 6 p. m., que se principia la intervención; á las 6.50 dilatación de 0.09 centímitros con contracciones enérgicas (Junio 21), por

lo que se resuelve dejar proseguir el trabajo por las fuerzas propias de la madre. Latidos fetales buenos, aunque débiles; 30 minutos después expulsión de un feto con tínte subictério de la piel, del sexo masculino y de 41 centímetros de largo, el que se envía á la Casa de Expósitos; la temperatura era de 38,8; alumbramiento espontáneo; marcha de la temperatura Junio 22: 38,8; 38,8.—23: 38,6; 38,6.—24: 38,2; 38,2. —25: 38,4; 38,4.—26: 38,8; 38,8.— 27: 39,2; 39,8.— 28: 39,6; 39,8.—29: 39,6; 40; muerte de la madre.

Marzo 10 de 1907.

Luis E. Huguet.

Buenos Aires, marzo 14 de 1907.

Nómbrase al señor consejero doctor Juan A. Boeri, al profesor titular doctor Samuel Molina y al profesor suplente doctor Miguel Z. O'Farrell, para que, constituídos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el artículo 4º de la ordenanza sobre exámenes.

E. CANTÓN.
Decano.

R. S. Gómez.
Secretario.

Buenos Aires, marzo 27 de 1907.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta núm. 1694, entréguese al interesado para su impresión de acuerdo con la ordenanza vigente.

E. CANTÓN.
Decano.

R. S. Gómez.
Secretario.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Versión por maniobras externas.

II

¿Es preferible la dilatación forzada á la gradual en la provocación del parto?

III

Comparación entre la sinfisiotomía y la pubiotomía.

BIBLIOGRAFIA

Anali de Ostetricia e Ginecologia, 1905-1906.

Basillon: *El aparato de Bossi.*

Boissard: *De la dilatation rapide et forcée du col de l'uterus pendant la grossesse et le travail*, 1906.

Bossi: *Il mio metodo di parto artificiale*, 1905.

Bunum: *Tratado completo de Obstetricia.*

Cuzzi: *Trattato di Ostetricia e Ginecologia.*

Charles: *Maternité de Liege.*

Gache: *Medios para acelerar y provocar el parto*, 1903.

Gozzoni e Pestalosa: *Trattato d'Ostetricia.*

Jumon: *Traitement de l'eclampsie par l'accouchement rapide au moyens du dilatador de Bossi.*

Journal d'accouchements, 1903-1904.

Leopold: *Memoria presentada al Congreso de Kiel*, 1905.

L'Ostetricia, 1896-1906.

Montuori: *Actas de la Sociedad Italiana de Obstetricia.*

Morisani: *Ostetricia.*

Maggrier: *Clínica obstétrica.*

Sfameni: *Della dilatuzione bi-manuale del collo del utero.*

Semana Médica, 1902.

Zentralblatt. 1903-1905.