

TRABAJOS EXTRAORDINARIOS

Analgesia y anestesia en Obstetricia

POR EL SOCIO TITULAR

DR. ALBERTO LÓPEZ HERMOSA

Las conquistas de la ciencia son tanto más
dignas de elogio, cuanto más benefician a la
humanidad.

A. L. H.

Desde que los cirujanos están en plena posesión de agentes que suspenden temporalmente toda sensibilidad, al grado de permitirles practicar sin dolor, y generalmente aun sin conocimiento, las más atrevidas intervenciones quirúrgicas;

abolición de sensibilidad que obtienen por los agentes llamados *anestésicos*, y cuyo uso rápidamente se generalizó; era natural que los tocólogos desearan tener también un medio seguro a la vez que inofensivo, para aniquilar, o cuando menos atenuar, los dolores que acompañan a las contracciones del útero durante el alumbramiento, conservando a la contracción (que es un factor esencial del parto) su ritmo y energía.

A tan humanitario ideal han venido consagrando estudios experimentales los más caracterizados parteros; y su noble aspiración intensificóse al comprobarse los admirables resultados obtenidos por la eterización en la práctica quirúrgica. Era lógico suponer, y racional investigar, si las inhalaciones anestésicas, tan seguras para anular el dolor en las operaciones, no podían ser útilmente empleadas contra el dolor indebidamente llamado "fisiológico" que acompaña al parto en la especie humana.

A partir de la generalización del empleo de los anestésicos por los cirujanos y los médicos, se fijó más en la mente de los parteros la aspiración de anular el dolor en todos los casos, y en los partos laboriosos, prevenir la sideración nerviosa que generalmente es consecuencia de un parto muy penoso o muy prolongado, y de hacer más fáciles las operaciones obstétricas.

Ya entonces el campo de estudio quedó reducido a límites más abordables, y la investigación realizó labor más eficaz.

El primer problema por resolver fué si se puede, durante el parto, producir ese estado particular al que se ha dado el nombre de *analgesia*. Y en caso afirmativo, designar o descubrir los agentes o medicamentos que, durante el trabajo de parto, producen la analgesia, es decir, que atenúen o nulifiquen los dolores que acompañan a las contracciones del útero, y cuál de los agentes que constituyen nuestro arsenal terapéutico debe preferirse.

Empezaré por recordar que por analgesia se designa y comprende la supresión de la sensibilidad al dolor.

La sensibilidad comprende varios modos: se conocen la sensibilidad al dolor, la sensibilidad al contacto y la sensibilidad a la temperatura.

Si en un individuo se hacen desaparecer completamente todas las manifestaciones de sensibilidad, se dice que se ha producido *anestesia*; y si la acción se limita a sólo abolir la sensibilidad al dolor, dícese que se ha obtenido *analgesia*.

La idea de suprimir el dolor, particularmente en determinadas circunstancias, es muy antigua. Ya desde la época de Hipócrates se empleaba la borrachera producida por los narcóticos que entonces se conocían, que eran las adormideras, la yerba mora, la mandrágora, la cicuta, el beleño, para atenuar el dolor en las intervenciones quirúrgicas; y los cirujanos del Oriente utilizaban una preparación de cáñamo (*cannabis indica*) para la aplicación de las moxas, de la acupuntura y aun de las amputaciones.

En la Edad Media y aun a principios del siglo XIX, varios operadores empleaban brebajes soporíficos. Algunos, según aseveración de los cirujanos Tuffier y Desfosses, recomendaban un procedimiento que parece haber sido tomado a los hechiceros, los cuales, según dice el célebre compositor Del Río, fabricaban ungüentos con jugos narcóticos, que tenían la propiedad de dormir y de atenuar la sensibilidad en sus distintas modalidades.

Prácticas, aunque de otro orden, pero seguramente más racionales, parecen haber sido empleadas con el mismo objeto en época lejana. Así, la historia de la Medicina nos revela que en tiempo de Aristóteles, se sabía que la compresión de los vasos del cuello, podía ocasionar la pérdida de la sensibilidad y del movimiento, sin pro-

ducir asfixia; y los asirios, antes de practicar la circuncisión, comprimían el cuello de los niños por medio de una ligadura.

En nuestros días, para conseguir suspender la sensibilidad al dolor, o para realizar la verdadera anestesia, se emplean, tanto por los cirujanos como por los médicos y los parteros, medicamentos llamados anestésicos, de acción segura y cuyo manejo se ha venido progresivamente perfeccionando.

En esta memoria enumeraré los anestésicos que han sido empleados en Obstetricia; consideraré los más aceptados y los estudiaré desde los puntos de vista: de su acción sobre el organismo maternal y fetal; de la manera de administrarlos; de los incidentes o accidentes que pueden presentarse durante su aplicación, así como la manera de evitar o de combatir dichos accidentes con las mayores probabilidades favorables; y, por último, sus indicaciones y contraindicaciones. Con toda lealtad haré, de cada uno, las apreciaciones que me ha sugerido mi práctica; apreciaciones que someto a vuestra reconocida competencia y recto criterio.

* * *

El empleo de los anestésicos en Obstetricia ha dado ocasión a numerosas discusiones, en lo que se refiere a los partos naturales, porque en los distócicos, la anestesia, que permite o hace más fáciles las intervenciones obstétricas, está unánimemente aceptada.

A partir de las primeras observaciones del Prof. Simpson, de las de Murphy, de Rigby y de Clarke, muchos esfuerzos han sido empleados para realizar este humanitario ideal: *suprimir los dolores que atormentan a las mujeres durante el parto*. Para este efecto han sido ensayados el opio, el éter, el cloroformo, el bromuro de etilo, el protóxido de ázoe, el bicloruro de metileno, la cocaína aplicada sobre el cuello del útero o aun inyectada en el tejido cervical, y hasta el hipnotismo. En estos últimos años y bajo la influencia de las investigaciones de Doléris, en Francia, y de O'Kreis, en Alemania, la analgesia por inyección intrarraquídea de cocaína, aumentó el número de anestésicos recomendados.

El opio y sus derivados, principalmente la morfina, no deben ser ministrados durante el parto normal, porque sea cual fuere la vía por la que se den, determinan la lentitud y aun la suspensión de las contracciones de la matriz, y paralizan el trabajo de parto.

El bromuro de etilo, el protóxido de ázoe, el bicloruro de metileno, obran con menos eficacia que el éter y el cloroformo, y no hay motivo que justifique el que se prefieran a estos últimos.

La antipirina dada en dosis de uno a cuatro gramos, ya por el tubo digestivo, ya en inyecciones subcutáneas, produce resultados muy inconstantes.

El clorhidrato de cocaína, aplicado localmente sobre el cuello del útero o sobre la mucosa de la vulva, proporciona una disminución notable del dolor, y positivamente me ha sorprendido que su uso no se generalice. Constantemente la he empleado en fricciones repetidas sobre el orificio externo del útero, especialmente durante un período avanzado de dilatación, en los momentos en que la frecuencia y agudeza de las contracciones dolorosas tanto excitan el sistema nervioso de las mujeres, por la intensidad del sufrimiento. También la he aplicado sobre la mucosa de la vulva y en la parte inferior de la vagina, cuando la cabeza del feto la distiende para ampliar su abertura y poder atravezarla. En estos momentos, en efecto, la parturiente sufre en extremo, cree que se desgarran sus tejidos, y las uncciones con oleato (esterilizado) de cocaína al cinco por ciento, le proporciona alivio notable.

El hipnotismo sólo podrá ser empleado en determinadas mujeres histéricas y sugestionables. Lo creo insuficiente en el período de expulsión, que es cuando más interesa calmar los sufrimientos de las parturientes, y, en tesis general, no juzgo serio recomendarlo.

El cloral, creo que es acreedor a la atención de los parteros. Al ocuparme del cloroformo veremos que los partidarios de la semianestesia, emplean este agente en el período de expulsión; y este período, si bien es quizá el más doloroso, es mejor soportado por las parturientes, porque ellas se dan cuenta de los progresos del parto, se conforman con la esperanza que les alienta de un próximo alumbramiento que va a poner fin a sus dolores, y ante esta esperanza, se dejan guiar por el partero y están en realidad menos irritables, menos excitadas que en el período de dilatación en el que, la frecuencia e intensidad de los dolores y, sobre todo, el conocimiento que tienen de que el parto no avanza, las pone en un estado de excitación tan violento, que es indispensable proporcionarles algún alivio. Recurrir desde ese momento al cloroformo, es decir, tener a la mujer bajo la anestesia desde el principio del parto hasta la expulsión del feto, sería hacerle correr muy serios peligros.

Si, pues, a mediados del período de dilatación, es cuando las parturientes se desesperan y piden con lágrimas y clamores la atenuación siquiera de sus padecimientos, que creen interminables, es entonces precisamente cuando se deben calmar sus acerbos dolores: el cloral nos permitirá satisfacer esa tan justa exigencia, por ser de una eficacia incontestable. Principalmente en los casos en que los dolores lumbares (que las parturientes llaman dolores de los riñones) son muy pronunciados, en los que la dilatación del orificio externo de la matriz marcha con lentitud desesperante, sea por causa de debilidad o de irregularidad de las contracciones, sea por causa de la rigidez del cuello, tan común en las primíparas, es cuando he empleado el cloral con resultados notablemente halagadores.

Es particularmente ventajoso su empleo en las mujeres pusilánimes e impresionables que forman la clase elevada de la sociedad, en quienes las contracciones de la matriz producen un sufrimiento intenso, intolerable, con poco resultado sobre el curso del parto. En ellas, los bordes del orificio externo están a menudo delgados y rígidos, los dolores son prolongados y agudos, y no obstante su frecuencia y duración, la dilatación no progresa. Sometida en esos momentos a la acción del cloral, los dolores se hacen menos frecuentes y más regulares; disminuye la excitación nerviosa, y con violencia y rapidez se realiza la dilatación del orificio externo de la matriz. Yo no conozco otro agente que combata tan bien la rigidez del cuello; y creo que la administración del cloral es mucho más eficaz, en estas circunstancias, que la de todos los demás agentes terapéuticos de que generalmente se hace uso.

Se debe procurar producir un estado de somnolencia que se prolongue todo el tiempo posible, y para conseguir este resultado, se pueden administrar tres dosis de cloral de setenta y cinco centigramos cada una, con veinte minutos de intervalo. Como para evitar la acción local e irritante de esta substancia es necesario diluirla, recomiendo la fórmula siguiente:

Hidrato de cloral.....	3 gramos
Mucílago de raíz de altea	125 gramos
Jarabe de goma.....	30 gramos
Para cuatro dosis.	

Como se ve, en esta prescripción el cloral está disuelto en un líquido viscoso, que evidentemente atenúa su acción irritante sobre la mucosa gástrica, y es así bien tolerado.

En general, con tres dosis se obtiene el objeto deseado. Se adormece la parturiente, descansa en el intervalo de los dolores, y sólo se despierta al empezar cada contracción. Puede darse la cuarta dosis después de pasada una hora de haber tomado la tercera, para aumentar y prolongar su acción; pero jamás he tenido necesidad de emplear mayor cantidad de cloral en este período del parto.

Dicha práctica tiene también la ventaja de no oponerse a la administración del cloroformo en el período expulsivo, y aun la de permitir, con menor cantidad de este agente anestésico, obtener los resultados que con él se buscan y hacerlo en esta virtud menos peligroso. En una palabra: me inclino a considerar el cloral como un poderoso sedante del útero grávido, y como un calmante muy útil de los dolores del parto; y lo creo destinado a emplearse mucho más de lo que en la actualidad se usa. En mi práctica, jamás he observado un solo caso en que haya ocasionado malos efectos, y he visto a muchas parturientes dormir tranquilamente durante el parto, sin expresar el menor sufrimiento, y sin la excitación nerviosa que tanto violenta a ellas como a sus familiares. Sucede, algunas veces, que la mujer no puede retener el cloral por la tendencia de éste a producir náuseas: se debe, entonces, administrarlo por el recto en forma de enema, que se puede formular así:

Mucílago de goma, o leche de vaca 80 gramos

Hidrato de cloral 4 gramos

Para una lavativa.

* * *

Antes de entrar de lleno en el estudio de los anestésicos generales, éter y cloroformo, recordaré algunas nociones históricas sobre el empleo de la anestesia en los partos.

Fué el Prof. Simpson, quien primero sometió a las inhalaciones de éter a una mujer en trabajo de parto. Se trataba de una parturiente de pelvis estrecha a quien practicó una versión. Acompañado por tres médicos, el ilustre Profesor comenzó el 19 de enero del año de 1847, a las nueve de la noche, a hacer respirar éter sulfúrico a su paciente. El sueño anestésico se realizó con relativa rapidez, y la operación se hizo con la única dificultad que presentó la extracción de la cabeza, que al fin se consiguió después de enérgicos esfuerzos.

La mujer quedó bien dormida durante veinte minutos; pero el niño sólo hizo algunos movimientos respiratorios y murió. La parturiente aseguró no haber sentido algún sufrimiento durante la operación, y el puerperio fué enteramente normal.

Entusiasmado por este primer resultado, Simpson repitió sus experiencias, y cuando reunió un buen número de observaciones, dió cuenta de los resultados obtenidos en una importante comunicación, a la Sociedad Obstétrica de Edimburgo, el día 10 de febrero del mismo año. En su memoria estableció las siguientes conclusiones:

1ª Las inhalaciones anestésicas ponen a las parturientes más o menos a cubierto de los dolores que acompañan el parto.

2ª La anestesia no disminuye ni la fuerza ni la regularidad de las contracciones.

3ª Al contrario, la eterización aumenta más bien la intensidad y el número de las contracciones, principalmente si se une a ella el cornezuelo de centeno.

4ª Después del parto secundino las contracciones de la matriz son iguales a las del parto normal.

5ª Las contracciones auxiliares de los músculos abdominales no pierden su energía durante la eterización; más bien aumentan si se tiene la precaución de friccionar el abdomen.

6ª La eterización pone a la mujer no solamente a cubierto del dolor, sino también, hasta cierto punto, a salvo de los accidentes nerviosos que comprometen tan a menudo la existencia de la madre y el niño.

7ª En fin, la eterización no parece ofrecer algún peligro para el niño.

Según aseguró el Prof. Depaul, antes de la publicación de esta memoria, y ocho días únicamente después de la primera observación del Prof. Simpson, un médico francés, Tournier-Deschamps, publicó en el periódico "La Gaceta de los Hospitales" la relación de una aplicación de forceps practicada a una mujer previamente dormida por medio del éter.

El Dr. P. Dubois, en la Maternidad de que era Jefe, hizo investigaciones acerca de la anestesia en las mujeres durante el parto. Sus observaciones fueron recogidas del 8 al 23 de febrero del mismo año (1847), y en una memoria leída ante la Academia de Medicina, en la sesión del día 23 llegó a las conclusiones siguientes:

1ª Los anestésicos pueden ser empleados para evitar los dolores fisiológicos del parto.

2ª El dolor fisiológico es suspendido, pero las contracciones del útero y las de los músculos abdominales persisten.

3ª Los músculos del perineo se relajan.

4ª La eterización no ha parecido obrar desfavorablemente sobre la salud y la vida del niño.

A partir de este momento, la anestesia por el éter fué empleada en casi todos los partos laboriosos, tanto en Inglaterra como en Francia, en Alemania y en América. Recordaremos entre los parteros que más se preocuparon de este asunto, en Inglaterra, además de Simpson, a Murphy, a Lansdowne y a Smith; en Alemania, a Hammer, a Siebold, a Grenser; en Francia a los DD. Stoltz, Delmas, Chailly, Caseaux, Villeneuve; y en América a Channing, Clark y Pritnamm.

El mes de noviembre del mismo año, es decir, 1847, el cloroformo substituyó al éter y fué el mismo Prof. Simpson quien primero empleó este poderoso anestésico para dormir a las mujeres durante el parto.

Antes de ocuparse en serio de este nuevo agente, el ilustre profesor de Edimburgo reunió cincuenta observaciones sobre el empleo del cloroformo en los partos, y el 10 de noviembre de ese año (1847), presentó una comunicación a la Sociedad Médico-Quirúrgica de Edimburgo, con objeto de demostrar la superioridad del cloroformo sobre el éter y los resultados sorprendentes que había obtenido. Este nuevo estudio, fué rápidamente conocido en toda Europa y, reconocida la autoridad de Simpson, el cloroformo tomó sin objeción alguna el lugar que el éter había conquistado. En gran número aparecieron luego memorias y observaciones divulgando el advenimiento de tan valioso anestésico para sumprimir los dolores del parto y facilitar las intervenciones obstétricas.

Me sería imposible referir todo lo que se ha escrito sobre tan importante asunto; además no proporcionaría ninguna ventaja clínica, y por esta razón sólo me limitaré a recordar, como homenaje de gratitud a tan ilustres benefactores de la humanidad, algunos nombres que aumenten la lista que hemos dado en párrafos anteriores.

En Inglaterra se empeñaron en pro de tan benéfica labor los señores Denman, Murphy, Stallard, Montgomery, Beat y Rigby; en Alemania Breit, Kringer, Orłowski, Scanzoni, Spiegelberg, etc.; en Francia el Prof. Buisson publicó un "Tra-

tado del Método Anestésico", y casi a la vez apareció una memoria del doctor Honzelot, que fué enviada a la Sociedad de Cirugía y provocó en el seno de esta docta asamblea una discusión acalorada: Laborie fué el relator de la comisión que informó sobre esa memoria, y en la discusión tomaron parte Danyau, Voillemier y Turget. La proposición con que termina y que fué aconsejar el empleo del cloroformo aun en los partos naturales, quedó aprobada; y las conclusiones del informe son las siguientes:

Se puede considerar como buena la administración del cloroformo en los partos simples; esta aplicación debe ser incluida en estas reglas: inhalaciones intermitentes como los dolores, y no prolongadas más allá de la atenuación de la sensibilidad en la mayoría de los casos. Sólo se recurrirá al cloroformo cuando el trabajo del parto está avanzado, es decir, cuando el cuello se haya borrado y adelgazado, y ya esté avanzada la dilatación.

El procedimiento de inhalación consistirá en una compresa empapada de cloroformo, colocada a suficiente distancia para permitir la entrada del aire.

La dosis debe variar según la susceptibilidad individual.

El año de 1857 apareció la tesis de concurso de Hipólito Blot, en la que éste sostiene: que la anestesia puede suprimir el elemento dolor, dejando subsistir las contracciones del útero y de los músculos abdominales; disminuye, a la vez, la resistencia del perineo y es inofensiva para la madre y el niño. La desecha en los partos simples y no cree en su eficacia contra la contracción espasmódica y tetánica del útero. Rechaza el procedimiento que consiste en obligar a la mujer a hacer inhalaciones bruscas con fuertes dosis de cloroformo desde el principio de la cloroformización. Blot termina diciendo: "Cuando por cualquier motivo la mujer ha absorbido gran cantidad de cloroformo, se le debe vigilar atentamente durante las primeras horas siguientes a la anestesia y estar prevenido contra los síncope consecutivos".

En 1845, ante la Sociedad de Cirugía, Blot vuelve a insistir sobre el empleo del cloroformo en los partos naturales; lo rechaza aún, excepto en los casos de dolores anormales o muy intensos del fin del parto, y cree que sólo en estos casos está indicado el uso del agente anestésico. El Prof. Depaul, en 1874, impugna la generalización de la anestesia en los partos fisiológicos, porque se puede matar a la parturiente, como la literatura obstétrica lo ha demostrado con la relación de hechos bien comprobados; porque el sueño anestésico, privándola de su razón, no la deja en el gran acto que realiza, la participación que es en sí siempre necesaria; y porque los peligros e inconvenientes señalados, no quedan compensados con la ventaja que resulta de la disminución o la supresión del dolor.

Wickel, en 1875, se declara poco partidario del cloroformo en los partos naturales.

Foulin, Cazeaux y Tarnier, en 1867, rechazan, como el Prof. Depaul, el cloroformo en los partos fisiológicos.

Tredet, el mismo año, es decir, el de 1867, acepta el empleo del cloroformo con ciertas restricciones, como lo demuestran las conclusiones siguientes de su tesis:

1^a El cloroformo puede disminuir y aun anular los dolores del parto.

2^a Durante la anestesia, el útero y los músculos abdominales continúan contrayéndose regularmente, mientras que los músculos del perineo son generalmente relajados.

3^a El cloroformo no tiene influencia funesta sobre la salud y la vida de la madre y del niño.

4^a No se debe ministrarle sino en mujeres muy nerviosas y muy irritables,

(las primerizas, principalmente), para calmar la excitación que resulta de los dolores del parto y las perturbaciones intelectuales que suelen acompañarlos o seguirlos.

En mi sentir, puede recurrirse al cloroformo siempre que el alumbramiento se complique de dolores independientes del parto, como son los calambres fuertes y frecuentes, los dolores lumbares, las violentas neuralgias, los cólicos intestinal, hepático y nefrítico.

No lo creo indicado en los partos fisiológicos si los dolores que acompañan a las contracciones de la matriz son moderados y bien soportados por la parturiente; si ésta ha sufrido abundantes o repetidas pérdidas de sangre durante el embarazo; si tiene algún padecimiento orgánico del corazón; si tiene alguna enfermedad avanzada del aparato respiratorio; si padece arterioesclerosis, o si es hemofílica.

Las operaciones obstétricas reclaman imperiosamente la anestesia, sea por el cloroformo, sea por el éter, según el estado individual y la elección del operador.

En los accesos de eclampsia se debe recurrir a las inhalaciones intermitentes de cloroformo, principalmente cuando los demás medios terapéuticos han fracasado.

Por regla general, no deberá pasarse el primer grado de la anestesia, en los partos normales; y para las operaciones obstétricas se debe llevar la anestesia al segundo período o período quirúrgico.

Las inhalaciones bruscas que emplecen por dosis fuertes de cloroformo deben ser rechazadas.

Para hacer inhalar el cloroformo se deben abandonar los aparatos complicados: es bastante la mascarilla de Budin, que permite la penetración suficiente de aire, y que por su sencillez no impresiona a las parturientes.

El cloroformo debe ser de una pureza irreprochable para que su eficacia y su inocencia queden garantizadas. En efecto, la pureza de este poderoso anestésico, es una de las condiciones de su eficacia; así es que, el médico encargado de su administración, sólo debe aceptar para la anestesia un cloroformo conservado a cubierto de la luz, encerrado en frascos de vidrio de color amarillo obscuro, y recientemente rectificado. Se convencerá de su completa transparencia y observará si se escapa rápida y completamente, sin dejar residuos, sobre un papel blanco.

El operador debe confiar la anestesia a un práctico de su entera confianza, bien familiarizado con el manejo de los anestésicos, que únicamente se ocupe de su cometido sin distraer su atención de la vigilancia y curso de la anestesia, para poder así prevenir o combatir con oportunidad los terribles accidentes que puede ésta determinar y que tantas víctimas han ocasionado.

Hay médicos que hacen de la anestesia una especialidad preferente y que por su extensa práctica han adquirido tal grado de competencia, que realizan un sueño anestésico profundo, conservándole, sin embargo, al cloroformizado, la apariencia del sueño natural, y empleando dosis realmente insignificantes. Esta pericia hace que sin peligro lleven la anestesia a un grado en que el paciente no sólo no sienta, en que no únicamente el cerebro esté dormido, sino que la médula lo esté igualmente; y para esto la anestesia tiene que ser llevada bien lejos. Entonces el tono muscular ha desaparecido, los miembros están en resolución absoluta y caen inertes y flácidos cuando se les levanta y abandona. Todos los reflejos se encuentran abolidos: rotuliano, testicular, palpebral, pupilar, etc. La anestesia es desde ese momento completa; el cirujano puede emprender su operación por peligrosa o laboriosa que sea, seguro de que su operado no solamente no sufrirá, sino que permanecerá inmóvil; circunstancias ventajosas que permiten realizar las más audaces operaciones, de imposible ejecución antes del advenimiento de la anestesia general.

Si el ayudante encargado de la anestesia continúa las inhalaciones con pruden-

cia, puede sostener el sueño anestésico varias horas; pero si forza torpemente la dosis, puede ocasionar la muerte. En efecto, al período cerebral, al período espinal del sueño sigue la fase bulbar: la respiración se retarda, el pulso se pone lento, pequeño e irregular, la pupila, que después de una corta dilatación (que se observa al principio de la anestesia) queda contraída, se dilata bruscamente. Este signo puede preceder, muy cerca, a la paralización definitiva del corazón.

Estos hechos demuestran, así lo creo, que la administración de un agente tan poderoso, como es sin duda alguna el cloroformo, sólo debe confiarse a un médico familiarizado con su manejo, que atento únicamente a su cometido, vigile la respiración con atención escrupulosa; pues es bien sabido que en la mayoría de los casos mortales de cloroformización, la respiración se detiene antes que el corazón. Excepcionalmente pueden presentarse casos de síncope cardíaco; lo que precisa no olvidar.

Debe tener sus ojos atentos al vaivén de la pared abdominal o al levantamiento rítmico del tórax; demostración visual ordinariamente fácil, aun cuando el abdomen y el tórax se encuentren cubiertos de compresas. Es a la vez conveniente escuchar la respiración del anestesiado aproximando la oreja a la compresa, o aun simplemente poniendo el dorso de la mano arriba de dicha compresa, para sentir la salida del aire a cada espiración. Lo esencial es, que toda su atención, todos sus sentidos se consagren a observar el curso de la anestesia.

Una suspensión en la respiración no siempre es indicio de peligro inminente, pues puede sólo indicar el principio del despertar del sueño anestésico, o una tendencia al vómito. En ambos supuestos se comprueba, al ver la cara, que los labios tienen su color rosado y que la facies es buena: unas gotas de cloroformo bastarán para restablecer la respiración, pues esta suspensión, debida a contracciones del diafragma, no dura mucho. Pero cuando la detención de la respiración coincide con palidez de la cara, o bien con cianosis de los labios, sí es signo de peligro y se debe, sin perder un segundo, recurrir a la respiración artificial; y si el aire no penetra, se tiene que sospechar la existencia de algún obstáculo en la laringe.

La cara es una región que se debe observar. Normalmente existen modificaciones bien apreciables de la coloración. Al principio de la anestesia, los labios presentan un color rosado; después, principalmente cuando el sueño anestésico se prolonga, se vuelven pálidos; y si se ve la cara ponerse violentamente descolorida, lívida, es que la respiración, y aun tal vez el pulso, van a detenerse: en este caso se debe rápidamente ensayar el restablecimiento de la respiración. Toda vacilación, toda pérdida de tiempo, equivalen a la pérdida de la vida. El paciente está en extremo peligro.

Cuando la cara se pone violácea con aspecto asfíxico, se debe, lo mismo que en el caso anterior, suspender las inhalaciones; pero es el peligro menor. En este supuesto es conveniente, antes de recurrir a la respiración artificial que interrumpe momentáneamente la operación, hacer algunas tracciones rítmicas de la lengua. El aspecto violado de la cara es un accidente mucho menos grave que la palidez súbita.

Es útil recordar, que generalmente la anestesia por el cloroformo, modifica los caracteres del pulso. Al principio, quizá la emoción que sufre el paciente, le hace rápido, a veces irregular; pero conseguido el sueño anestésico, y durante el acto operatorio, es de ordinario regular y tranquilo; pero si la operación es laboriosa y dilatada y en esta virtud la anestesia se prolonga, se pone pequeño y rápido.

Es positivo, que si de un modo inesperado y brusco, el pulso se pone violento

e irregular, indica una amenaza de asfixia; pero en ese momento, ya la inspección de la cara ha dado el grito de alarma.

Cuando el pulso se detiene, es porque se presenta el síncope cardíaco, síncope ciertamente muy grave; pero generalmente la suspensión violenta de la respiración habría prevenido de su proximidad al cloroformizador atento.

El examen del ojo comprende: el estudio de la sensibilidad de la conjuntiva, y el estudio de la pupila.

La falta absoluta de la sensibilidad de la conjuntiva, cuando se toca con el dedo el globo del ojo, es un buen signo de anestesia y es de regla buscarle. Si no existe, es que el paciente no ha alcanzado aún la anestesia quirúrgica.

Durante una anestesia bien sostenida, la córnea debe ser insensible.

El estado de la pupila, tiene también interés clínico: al principio de la anestesia se dilata, después se observa una contracción más o menos acentuada, pero constante; y si una vez bien retraída, se dilata violentamente, es, como he dicho, un signo de alta gravedad; pues es indicio de la apnea de que se debe precaver al anestesiado.

El accidente más temible es el síncope, que puede presentarse en tres momentos diferentes: al principio de la anestesia, al empezar la operación, o al fin de una anestesia prolongada.

Se ha visto a individuos morir violentamente, como fulminados, al sentir los primeros vapores de cloroformo. La cantidad inhalada había sido tan pequeña que no permite suponer una intoxicación; debe atribuirse a otra causa la muerte tan instantánea. Y en efecto, se trata evidentemente de un síncope por excitación de los nervios sensibles de las fosas nasales, y acción refleja inhibitoria. La experimentación fisiológica lo demuestra al reproducir este fenómeno en ciertos animales, aproximando bruscamente a sus narices una esponja empapada en cloroformo; y al observar que este accidente no se repite, si se hace inhalar el mismo anestésico por una abertura practicada en la tráquea.

He aquí por qué se debe evitar que se sienta de lleno una cantidad exagerada de vapores de cloroformo, y la importancia de empezar la anestesia por acercar lentamente a la nariz el frasco que lo contiene, de retirarle y volver a aproximarle. La pequeña cantidad de vapores que se desprenden por el orificio estrecho del cuello del frasco, es incapaz de provocar el acto inhibitorio que tan justamente debe temerse; y tan pronto como el paciente se familiarice con el olor, se emprende la anestesia.

Al empezar la operación, puede el síncope presentarse, si la anestesia es incompleta; porque el dolor que seguramente sufre el paciente, al no estar enteramente abolida la sensibilidad, paraliza el corazón. Pero el accidente no es frecuente y, como ya he dicho, fácil de evitar.

Al fin de una prolongada anestesia, el síncope se produce por intoxicación; es generalmente mortal y ocasionado por el envenenamiento del bulbo.

Esta ligera exposición de los incidentes y accidentes que pueden presentarse durante la administración del cloroformo, demuestra que suele ser peligroso, que no es fácil de manejar, que su aplicación debe encomendarse a un médico especialista, capaz de sorprender con oportunidad los síntomas precursores del síncope por intoxicación; pues únicamente acechando y sorprendiendo esos signos, que preceden muy cerca al envenenamiento del bulbo, podrá combatirlos con probabilidades favorables. En una palabra, al especialista corresponde de derecho la cloroformización, principalmente en las grandes operaciones obstétricoginecológicas que requieren una anestesia completa y a veces de larga duración.

* * *

El éter anestésico, es decir, químicamente puro, anhidro, tiene un olor suave, un sabor fresco y ligeramente aromático, debe marcar 65° Baumé a 15, su densidad es de 0.715 a 0.720. No debe teñirse de azul si se le pone sulfato de cobre anhidro y blanco; y el fenato de potasa no lo colora en rojo moreno.

El éter, como anestésico obstétrico, fué empleado por el Prof. Simpson; y como anestésico quirúrgico general, por Long, y poco tiempo después, por Morton. La administración del éter es más fácil que la del cloroformo.

Para hacerlo inhalar, se emplea una mascarilla formada por una armazón de alambre cubierta con una tela impermeable, y en el fondo de la cual se colocan varias hojas superpuestas de franela blanca.

Sobre estas hojas de franela se vierte el éter.

El ayudante encargado de la anestesia, debe proveerse, como para la cloroformización, de unas pinzas, para hacer (en caso necesario) tracciones rítmicas de la lengua o para atraerla cuando se haya retirado hacia atrás, y de tapones formados con gasa aséptica sostenidos por pinzas que los sujeten con solidez.

La anestesia por el éter, suele acompañarse por un ronquido sonoro. Gran cantidad de mucosidades bronquiales se segregan y pueden hacer difícil la respiración, si se dejan aglomerar.

Se debe vigilar el estado de la cara, y si se pone muy violácea, es necesario quitar la mascarilla y dejar que el eterizado respire aire puro. El estado congestivo de la cara desaparece rápidamente, y desde ese momento, se vuelve a las inhalaciones sin esperar que el paciente se despierte.

Es conveniente recoger de tiempo en tiempo, por medio de los tapones de que he hablado, las secreciones bronquiales de la faringe; tarea que no siempre es fácil por la dificultad de abrir la boca al anestesiado.

Con frecuencia, al principio de la eterización, el paciente sufre accesos de tos, y esta tos, debida a la acción irritante del éter sobre la mucosa de los bronquios, cesa desde que la anestesia es completa.

También es precepto importante, hacer sentir a quien se va a anestesiar, el olor del éter, y habituarlo progresiva pero rápidamente, a tolerarlo; pues si se aplica con violencia y de un modo brusco la mascarilla impregnada de éter sobre la cara del paciente, sufre éste una impresión de sofocación extremadamente penosa: se agita, se levanta, se defiende y entabla, con el anestesiante, una lucha inútil a la vez que ridícula.

El éter tiene inconvenientes y contraindicaciones:

- 1º Congestión de la cara o cianosis.
- 2º Produce una hipersecreción salival y traqueobronquial.
- 3º Es muy inflamable.
- 4º Suele la anestesia por el éter ocasionar accidentes de congestión pulmonar que pueden revestir caracteres de gravedad.

El éter está contraindicado:

- 1º En las intervenciones quirúrgicas en que se tiene que emplear el termocauterio, o el galvanocauterio.
- 2º En los enfermos que padecen alguna afección crónica de los bronquios o de los pulmones: asma, enfisema, tuberculosis, bronquitis, laringitis, etc.

Como el éter es extraordinariamente inflamable, *debe tenerse siempre lejos de todo cuerpo en ignición.*

Para obtener la anestesia general en las operaciones obstétricoginecológicas,

En instilaciones, la cocaína es muy usada por los oftalmólogos para anestesiar la conjuntiva y la córnea.

En fricciones sobre el cuello de la matriz en vía de dilatación, asociada a la administración interna del hidrato de cloral, la creo muy ventajosa para calmar los dolores de las contracciones del útero, que por su frecuencia, intensidad y duración tanto atormentan a las parturientes durante el período que transcurre desde que el orificio de la matriz presenta un diámetro de dos centímetros, hasta la dilatación completa. También la creo muy útil para hacer tolerable el sufrimiento que experimentan las mujeres, principalmente las primerizas, en el momento en que la cabeza del feto distiende a su máximo la vulva y el perineo, para atravesar la ventana vulvar y salir del organismo materno. En ambos casos recomiendo las fricciones con oleato de cocaína esterilizado y en la proporción de cinco por ciento.

Los cirujanos emplean para la anestesia local, inyecciones ya en el tejido celular, ya intradérmicas, con solución al uno por ciento. Recomiendan que no se pase de cinco centigramos la dosis de cocaína inyectada en adultos, y de un centigramo en niños de diez años.

La raquicocainización tuvo un corto período de entusiasmo que felizmente fué de muy pequeña duración.

Es incontestable que inyectando un centigramo de cocaína bajo la aracnoides lumbar, por el procedimiento aconsejado en cirugía por Bier y por Tuffier, se obtiene, según lo aseveran Doléris, O' Kreiss, Mark, Parak, Dupaigne, Malastra y Priech, la supresión de todos los dolores del parto, es decir, de los dolores ligados a la contracción de las fibras musculares de la matriz, de los dolores pelvianos y perineales, ocasionados por la compresión y exagerada distensión de las partes blandas del canal pelvigénital, etc. Los mismos juiciosos investigadores han apreciado que la cocaína medular no sólo no suspende la contractilidad del útero, sino que aumenta su energía y duración.

La duración de la anestesia producida por la cocaína es corta, y después de hora y cuarto, hora y media o de dos horas, cuando más, cesan enteramente sus efectos analgésicos. Repetir la inyección sería quizá peligroso; así es que el alivio sería seguramente pasajero y tendría el tocólogo que conformarse con hacer el parto parcialmente indoloro.

En mi sentir, no es éste el principal inconveniente; pues bastaría, en muchos casos, quitar los dolores cuando son más intensos, lo que se observa comunmente en un período avanzado de la dilatación y en el momento de realizarse la expulsión de la cabeza del feto; y la mujer seguramente se sentiría feliz con que se le proporcionara ese alivio; pero la técnica de la inyección subaracnoidea, es mucho más delicada que la de la cloroformización o de la eterización. En efecto, en una mujer atormentada por los dolores del parto, no es fácil obtener la inmovilidad de todo punto indispensable para hacer penetrar la aguja hasta el interior del canal raquídeo. Además, la cocaína es poderoso *oxitócico*, y la persistencia con mayor energía y duración, de las contracciones de las fibras musculares de la matriz grávida, es muy peligrosa para la vida del feto, supuesta la perturbación de la circulación fetoplacentaria que produce y que está siempre en razón directa de la energía, duración y frecuencia de dichas contracciones. De aquí la asfixia, que generalmente es grave y aun suele ser mortal.

Así es que la cocaína en inyección intrarraquídea, no presta a la mujer durante el parto, servicios superiores a los que, sin peligros para el niño, le proporcionan los anestésicos usuales.

Recientemente los señores profesores Pinard y Ribemont-Desaignes en la Clí-

nica Baudelocque el primero, y en el servicio de Maternidad del Hospital Beaujon, el segundo, han empleado con excelentes resultados las inyecciones de tocanalgina, preparada por el químico señor Poulin y su colaborador el Dr. D. Pedro Laurente; y en la sesión que celebró la Academia de Medicina de París el día 21 de julio pasado (1914) el Prof. Ribemont dió cuenta de los resultados que había obtenido, en los términos siguientes: "Al principio del mes de abril, el químico, señor Poulin, acompañado de su colaborador el Dr. Laurent, se presentó en mi servicio de la Maternidad del Hospital Beaujon, invitándome a que ensayara en las parturientes un medicamento nuevo que había preparado, el cual evitaba el dolor durante el parto sin perturbación de la contractilidad rítmica de la matriz y sin peligro para la madre, ni para el feto". El sabio Profesor ensaya el expresado medicamento y en presencia de ellos lo aplica a tres parturientes que habían entrado en la sala de trabajo.

Dice el Prof. Ribemont, que recibió una grata impresión al ver que desaparecieron los dolores a pesar de continuar las contracciones normales de la matriz, y al observar que en las tres, el parto terminó sin el menor accidente.

Desde aquella fecha emplea diariamente en la Maternidad del Hospital Beaujon y en su clínica particular de París, el referido medicamento. Llevó a la Academia el resultado de sus observaciones: 112 parturientes que dieron a luz sin dolor y sin accidentes de ninguna clase, conservando sus niños en perfecto estado.

En su bien escrita memoria, detalla las ventajas e inconvenientes de los anestésicos empleados por los tocólogos para quitar los dolores inherentes al parto, y da a conocer el análisis del medicamento por su colega el Dr. Pouchet, desde el punto de vista químico y fisiológico; relata los interesantes trabajos de laboratorio del Dr. Poulin, que estudia la transformación de una sustancia tóxica bajo la influencia de fermentos vivos, hasta llegar a conseguir, por ese medio, transformar la morfina en un cuerpo que cristalizó de una manera muy regular, quedando dotado de propiedades analgésicas especiales, y que obra no sobre el centro medular, sino sobre determinadas ramas nerviosas sensitivas.

Analiza este interesante asunto desde el punto de vista de la manera de obrar del nuevo medicamento, del tiempo que dura la analgesia, de sus efectos sobre el parto, en el parto secundino y en el puerperio; de sus efectos en el niño, y termina su valioso estudio con las conclusiones siguientes:

1ª Es posible hoy (sin hacer correr ningún peligro a la mujer) procurarle una analgesia suficiente para que el trabajo del parto sea entera o casi enteramente indoloro.

2ª El trabajo del parto no se interrumpe ni se hace lento: parece más bien que en muchos casos lo acelera.

3ª Los niños (en proporción de uno por tres) nacen en un estado de oligo apnea de que es fácil sacarlos, muchas veces ventajoso.

Los puerperios, según el ilustre Profesor, son favorablemente influenciados, como lo demuestra la más rápida regresión del útero a su estado normal.

En la misma sesión de la Academia, el honorable Prof. Ad. Pinard, se expresó en los siguientes términos: "El agente medicamentoso llamado "tocanalgina" ha sido empleado desde hace poco tiempo en la Clínica Baudelocque; pero yo debo decir que todo lo que se ha podido observar en las mujeres en trabajo, que han recibido las inyecciones subcutáneas de solución de tocanalgina, no ha hecho sino confirmar lo que acaba de ser expuesto detalladamente por mi colega y amigo, el Prof. Ribemont-Dessaigues.

"Como en la Maternidad de Beaujon, se ha observado excepcionalmente mu-

jerres refractarias a la acción de la solución analgesiante, y una variabilidad muy grande en la duración de la analgesia. En la Clínica Baudelocque, como en la Maternidad de Beaujon no ha sido demostrado ningún accidente en las parturientes inyectadas, ni en sus niños.

"Nosotros hemos podido observar lo que no ha podido ser hecho aún en la Maternidad de Beaujon, como lo decía hace un instante mi amigo Ribemont-Dessaignes, una felicidad muy grande para practicar el parto secundino artificial, en una mujer analgesia, que no ha tenido hemorragia consecutiva.

"Pero hay un punto sobre el cual yo debo insistir: es que algunos niños nacen más o menos apneicos. No nacen en estado de muerte aparente, parecen olvidar el respirar y esto algunas veces durante diez minutos al menos.

"Parece, pues, cierto que en los niños el centro respiratorio es influenciado a menudo; hecho muy importante desde dos puntos de vista: primero, es probable que esta acción podrá ser muy preciosa, como lo ha dicho mi colega, en ciertos casos en que la respiración prematura es de temerse; en seguida, y es el hecho más interesante (por más común), las vías respiratorias no están obstruidas: la tentativa del acto respiratorio no se ha producido Los pequeños medios aconsejados por mi excelente colega siempre han bastado para hacer aparecer y para regularizar definitivamente la respiración".

La gratísima impresión que sentí, lo confieso con lealtad, cuando leí con atención la comunicación del Prof. Ribemont y las juiciosas observaciones del eminente clínico, Dr. Pinard, me conmovieron profundamente; pues desde ese momento creí que se realizaban las aspiraciones de todo tocólogo: tener a su disposición un agente seguro e inofensivo para aniquilar, o cuando menos para atenuar, el dolor que acompaña a las contracciones del útero durante el parto, conservando a la contracción (que es el factor esencial para la expulsión del feto), su ritmo y su energía. Aun en esos momentos de verdadera satisfacción, no olvidé el consejo del sabio Pinard, quien recomienda "que jamás se crea lo que se vea escrito, aun cuando lo haya escrito una autoridad científica, sino lo que se haya comprobado o visto comprobar en la práctica por una serie de pruebas bien hechas".

Pero en el caso actual no es una autoridad, sino dos, de acrisolada rectitud y de profundos conocimientos en Tocología, las que nos hacen conocer que la tocanalgina resuelve el problema considerado antes como insoluble: suprimir los dolores del parto, conservando íntegra la contracción del útero.

Solicité de las droguerías y de algunas boticas de las más relacionadas con París, hicieran venir la solución de tocanalgina; pero no fué posible conseguirlo antes del mes de julio del presente año, en que recibí las primeras; poco después el joven don Manuel Larrainzar me trajo de la Habana otras dos cajas.

Como no se me presentara alguna parturiente en esos días, las primeras ampollitas las empleé para practicar pequeñas operaciones ginecológicas, y pude comprobar que positivamente se obtiene la supresión completa de la sensibilidad, al grado de haber podido practicar, en la primera enferma, una colpoperinorrafia por desgarró extenso del perineo y cistocele. La mujer nos aseguró no haber sentido algún dolor.

En otras tres pacientes practiqué: en una, un legrado de la matriz; en la otra, un legrado seguido de la amputación subvaginal del cuello; en la tercera, la extirpación de la glándula de Bartholin.

En todos estos casos se obtuvo una analgesia suficiente para que las mujeres permitieran realizar la operación sin expresar el menor sufrimiento. La analgesia era perfecta diez a quince minutos después de la inyección.

El día 23 de septiembre pasado, se me presentó la primera oportunidad de estudiar los efectos de la tropococaína en una parturiente. Es ésta una señora de 24 años, múltipara, de temperamento nervioso y de constitución regular. Ha dado a luz tres niños, y como su pelvis es estrecha en el diámetro anteroposterior del estrecho superior, que sólo mide noventa milímetros, había sido necesario extraer sus tres niños por aplicaciones altas de forceps.

El día 18 del mes de diciembre del año pasado tuvo su última menstruación y en las primeras horas de la mañana del citado septiembre, empezó a tener ligeros dolores. La Prof. Srita. Concepción Fernández, la vió a las cuatro de la tarde y diagnosticó: embarazo intrauterino, a término; feto colocado longitudinalmente en presentación de vértice, posición occipitoilíaca izquierda transversal; cabeza muy alta, que apenas se podía alcanzar por el tacto vaginal; cuello borrado, y orificio externo empezando a dilatarse. A las doce de la noche el orificio de la matriz tenía un diámetro como de dos centímetros, los dolores eran muy intensos y los clamores casi constantes; estaba en estado de exagerada hiperexcitabilidad nerviosa. Le puse una inyección de tocanalgina, y a los pocos momentos terminaron los dolores y las manifestaciones de excitabilidad. La señora de V. . . en los momentos de las más enérgicas contracciones de la matriz, hablaba tranquilamente con su esposo, con la señorita Fernández y conmigo y la evolución rítmica del parto era normal.

A las tres de la mañana, la dilatación estaba completa; las membranas se acababan de romper y la cabeza del feto, de pequeñas dimensiones, ya bien doblada, comenzaba a encajarse.

La auscultación, repetida en el intervalo de las contracciones, nos hacía conocer que el niño no sufría. La cabeza salió del claustro veinte minutos después.

Las contracciones de la matriz, a partir de ese momento, fueron ayudadas por las de los músculos abdominales; y enérgicas, intermitentes y de duración normal, realizaron la expulsión del feto a las seis de la mañana nació una niña en el estado de apnea que describe Ribemont, pero fué reanimada por insuflaciones. El parto secundino fué normal.

Esta señora dió a luz sin dolores, y quizá con más felicidad que lo hubiera hecho una reina.

El día tres de octubre tuve oportunidad de aplicar de nuevo la tocanalgina a la señora de L. . . que es una joven de 21 años, secundípara y de buena constitución. El trabajo de parto había empezado a las primeras horas de la mañana. Yo la ví a las dos de la tarde y pude apreciar que la dilatación del orificio externo de la matriz tenía una circunferencia de las dimensiones de una moneda de veinte centavos. El parto era de término, las membranas estaban intactas, el feto bien presentado y orientado, la pelvis bien conformada, y normal el estado de la vagina y de la vulva.

A las dos y media le puse una inyección con el contenido de una ampollita, y a los ocho minutos caía en un sueño profundo. La cara palideció, se cubrió de un sudor frío y los labios fueron tomando poco a poco un color violáceo; pero los aparatos respiratorio y circulatorio no presentaron alguna alteración apreciable. Las contracciones del útero continuaron con intervalos de duración normal para permitir la regularidad de la circulación fetoplacentaria, pero con más energía y duración y sin que la señora diera señales de sufrimiento. El trabajo de parto continuó con entera regularidad: la señora de L. . . despertó dos horas después y sólo decía que su matriz se endurecía de vez en cuando, lo que apreciaba porque tenía su mano colocada sobre el vientre; pero que nada sufría. Platicaba con su esposo y conmigo, le aseguraba al señor su padre, cada vez que su impaciencia lo llevaba al lado de ella, que no tenía dolores y que por esta razón creía que su parto estaba aún lejos.

A las siete y media el orificio del útero, enteramente dilatado y la fuente rota, permitió a la cabeza descender con rapidez hasta el piso perineal; pero en esos momentos la analgesia empezó a disiparse y tuvo algún sufrimiento, aunque moderado al atravesar la ventana vulvo vaginal.

La señora de L. . . ha quedado encantada de la tocanalgina, que le permitió parir casi sin sufrimientos; beneficio que aprecia en su justo valor, pues compara este alumbramiento indoloro con el anterior, que tantos sufrimientos le ocasionó.

El niño nació apneico; no en estado de muerte aparente, sino como si hubiera olvidado que al nacer se debe respirar. Las vías respiratorias no estaban obstruidas; así es que no había habido tentativa del acto respiratorio. Insuflaciones practicadas por la señorita Fernández, así como tracciones rítmicas de la lengua, normalizaron la respiración después de una angustia (para nosotros) de veintidós minutos.

El 21 del mes de octubre asistí a la señora de B..., de nacionalidad americana. Tiene 26 años, es alta, de constitución regular y de temperamento linfático. Su esposo, el señor B..., dice que hace un año contrajo matrimonio, y que en esa época, la que es hoy su esposa, gozaba de perfecta salud; pero que poco después, notó que su organismo empobrecía sin causa para él apreciable; que como complemento se puso neurasténica. Que por consejo médico vino a esta capital en donde, en efecto, se había calmado algo la hiperexcitabilidad nerviosa, pero sin ver que mejorara el estado general.

Por encontrarse ausente su médico de cabecera, fui llamado el día 21 de octubre y encontré a la señora de B... en trabajo de parto. Es primípara, está al término del embarazo, éste es simple, el niño vivo, colocado en primera posición de vértice; la cabeza, ya bien encajada, tiene dimensiones proporcionadas a la capacidad del canal genital. El orificio uterino tiene la dilatación equivalente a una moneda de veinte centavos.

Desde que empezaron los dolores del parto, sufrió una notable exacerbación de su hiperexcitabilidad neurasténica, y con sus gritos y lamentos tenía escandalizados a todos los inquilinos de la casa de huéspedes donde estaba alojada. Tal era su excitación, que con mucha dificultad logré hacer un reconocimiento que bien puede llamarse superficial; pues la simple aplicación de mis manos o del estetoscopio despertaba en ella sufrimientos y gritos furiosos. A las diez de la mañana le puse la primera inyección. Ocho minutos después, la tranquilidad reinó en la casa, los dolores desaparecieron y la excitación se calmó. Las contracciones continuaron con su frecuencia y energía normales; a las seis de la tarde se rompieron las membranas y ya el orificio de la matriz estaba enteramente dilatado. La analgesia se disipaba y la parturiente comenzaba a sentir los dolores y a excitarse. Le puse segunda inyección y la tranquilidad se restableció con la desaparición de los dolores.

A las nueve de la noche dió a luz espontáneamente y sin sufrimiento, un hermoso niño que pesó 3,850 gramos. El perineo no se desgarró, el parto secundino fué natural, el niño nació en estado apneico; pero insuflaciones que le hice, normalizaron pronto la respiración. A las once dejé a la señora B..., enteramente bien, aunque disgustada porque, según cree, se le dejó sufrir injustificadamente las primeras horas, no poniéndole la primera inyección al empezar los dolores.

El 17 del mismo mes, es decir, de octubre, asistí en la 1.^a Calle Ancha a una señora de 20 años, primípara, a quien ví por primera vez a las once de la mañana. Estaba en trabajo de parto, según me aseguró su partera, señorita María Méndez, desde las cinco de la mañana del día dieciséis. El orificio uterino presentaba una

dilatación de dos centímetros de diámetro: fuente intacta, feto en presentación de vértice, posición occípitoilíaca izquierda anterior, cabeza ya bien encajada en la excavación. Los dolores eran muy intensos y el sistema nervioso estaba muy excitado. Lloraba, gritaba con desesperación, y con angustia pedía se le diera cloroformo para mitigar sus sufrimientos. Le puse una inyección: un centímetro cúbico de solución de tocanalgina en pleno tejido muscular, en la región anteroexterna del muslo derecho. A los seis minutos caía en un sueño profundo, revelador de falta de sufrimientos; pero las contracciones de la matriz continuaron quizá más regulares; la dilatación se completó a las tres de la tarde y el parto terminó espontáneamente a las seis, sintiendo, sí, las contracciones a las que ayudaba con algunos esfuerzos; pero sin dolores.

La expulsión de las secundinas fué natural, treinta y cinco minutos después de la salida del niño. Este, como los anteriores, en estado apneico, y sólo después de más de media hora, de insuflaciones de boca a boca, de inmersiones alternadas en agua fría y en agua caliente y de tracciones rítmicas de la lengua, pude conseguir que gritara y la respiración se estableciera. Las vías respiratorias no estaban obstruídas.

En todos estos casos la involución de la matriz ha sido rápida y los puerperios enteramente fisiológicos.

El Prof. Ribemont no ha encontrado, hasta la fecha, ninguna contraindicación para aplicar la tocanalgina.

Ante estos hechos, yo creo con los profesores Pinard y Ribemont, y con los ilustrados doctores don Tomás y don Eusebio Hernández, de la Habana, que la ciencia ha realizado el humanitario ideal de que las mujeres paran sin dolores.

En efecto, hemos visto que el cloral calma y a veces aun suspende los sufrimientos que ocasiona la dilatación de un cuello rígido o espasmódicamente contraído; que el cloroformo administrado en pequeñas dosis y únicamente en el momento de los dolores del período expulsivo, produce una analgesia que hace enteramente indoloro este tiempo del trabajo de parto; que el éter determina el mismo efecto anelgésico, con inhalaciones intermitentes, y una anestesia completa con inhalaciones adecuadas, que puede prolongarse en casos necesarios y casi sin peligros; que no sólo no disminuye la contractilidad de las fibras musculares de la matriz grávida, sino que más bien la estimula; que la tocanalgina produce una analgesia de tres a cinco horas de duración, de acción rápida, y que aplicada por inyección subcutánea, cuando la dilatación del orificio externo de la matriz ha adquirido un diámetro de centímetro y medio o más, aniquila los dolores que acompañan a las contracciones del útero, conservando a la contractilidad su ritmo y energía; que estos agentes terapéuticos bien manejados y empleados aisladamente o combinándolos (pues no son incompatibles), constituyen otras tantas armas de acción segura con las que el tocólogo puede conseguir que el parto sea un acto fisiológico, una verdadera función, que la mujer realice sin sufrimientos, ya que tiene que desempeñar tan importante cometido.

En lo sucesivo la mujer, ese ser, símbolo de inconcebible abnegación, que expone su vida al dar a luz al hijo que ha concebido e incubado en sus entrañas; el ser toda ternura y amor, que instantáneamente olvida sus sufrimientos al oír el grito del niño que le revela la vida del anhelado hijo que cría con sus pechos, que cuida con su inagotable ternura, que vigila y cura, cuando sufre, con sus desvelos; y el que hecho hombre quizá la abandone, cuando no se transforma en instrumento de martirio....; a ese ser privilegiado que de niña, es decir, en los albores de su vida, forma el encanto de su hogar; que de joven es la mejor y más preciada joya

de las sociedades cultas y cristianas; y que de madre, forma el gran cimiento de la patria, al inculcar a sus hijos su amor y sus imprescindibles deberes para con ella; a tan valioso ser, podemos asegurarle que la ciencia moderna le quita el anatema tradicional, y que en lo sucesivo *puede parir sin dolor*.

México, noviembre 1º de 1915.
