

UNIVERSIDAD NACIONAL

FACULTAD DE CIENCIAS
MÉDICAS

GUATEMALA, C. A.

QUININIZACION UTERINA

PREVIA AL PARTO

TESIS



presentada a la Junta Directiva de
la Facultad de Ciencias Médicas
de la Universidad Nacional

por

Stefano Vignolo,

Ex-practicante

interno por oposición del Hospital General,
1937 - 1942

en el acto de su investidura de

Médico y Cirujano

Guatemala, Febrero de 1942

HISTORIA

La quinización uterina ha sido practicada desde hace varios años con el objeto de regularizar el desarrollo del parto y de prevenir la inercia uterina.

La quinina administrada a pequeñas dosis, durante las últimas semanas del embarazo, ejerce acción tónica sobre la fibra uterina y el parto se produce favorablemente en todos los casos.

Hewetson y Green Armytage en 1928, el primero en Rodesia y el segundo en Calcuta, observaron que las mujeres tratadas previamente contra el paludismo por la quinina, daban a luz con más rapidez y facilidad que las demás.

En el Journal of the American Medical Association del 15 de marzo de 1930, aparece un artículo de Mitchell, publicado en el British Medical Journal de Londres el 25 de enero del mismo año, en el cual este autor hace referencia a 400 casos de mujeres embarazadas que quinizó con magníficos resultados. Después Ganner, en agosto de 1935, publica en la misma revista sus conclusiones respecto al procedimiento de quinización propuesto por Mitchell y que él practicó en el Hospital de la Universidad de Birmingham.

Además de ellos, muchos autores más, como Brakbrooke, Green Armytage, Gair Johnston, Rees, Smit, Budee, Lukes en Europa y Linton Smith y Bellin, en EE. UU., han comprobado las investigaciones de Mitchell y llegado a la conclusión de que, el método de quinización uterina previa al parto, es favorable para la mejor evolución de éste.

ACCION FARMACODINAMICA DE LA QUININA EN RELACION CON LA FIBRA UTERINA

Antiguamente se pensaba que la quinina era un medicamento que ejercía acción abortiva, en consecuencia, siempre se evitaba su uso en la mujer embarazada aún cuando fuera necesario, como en el tratamiento del paludismo. Después se reconoció que el paludismo tiene acción más marcada que la quinina para provocar el aborto y que en una enferma palúdica embarazada, no está contraindicado su uso, ya que combatida la enfermedad, el embarazo sigue su curso normal y si se interrumpe se debe a que el proceso mórbido ha precipitado el trabajo y entonces la quinina no hace más que favorecerlo, pero en virtud de su acción ocitócica y no ecbólica.

Ultimamente ha sido substituida en parte, por otros preparados como la atebina y la plasmoquina, aunque en muchos casos, a pesar de la eficacia de dichos medicamentos sobre el hematozoario, no se ha podido desecher el uso de la quinina en las embarazadas, haciéndose indispensable sobre todo en las formas perniciosas.

A este respecto, el doctor José Iturbide Arrivillaga en su trabajo sobre «La influencia del paludismo durante la gestación y paludismo congénito, en la zona de Tiquisate», llega a la conclusión de que la atebina y la plasmoquina no substituyen en muchos casos a la quinina, por ser insuficientes o mal toleradas; niega la acción abortiva de esta última y la considera eficaz y no contraindicada en el tratamiento del paludismo durante la gestación.

Desde hace mucho tiempo se ha ensayado modificar el acto del parto en el sentido de abreviarlo, constituyéndose la medicación ocitócica. Más de 30 años hace que la quinina ha sido empleada con ese objeto. Debemos citar al respecto ciertas leyes, unas en relación con la experimentación y otras con la clínica.

«Ley del estado de gestación: La mayoría de los medicamentos que actúan sobre la fibra uterina, lo hacen según diferentes modos en relación con la existencia o no existencia del estado grávido de la fibra uterina». La quinina obra tonificando al útero grávido.

«Ley de las conexiones anatómicas: Ciertos medicamentos actúan de manera diferente, según que el útero esté in vitro o in situ». La quinina

actúa en las dos formas, según lo han demostrado experimentalmente numerosos autores.

«Ley de la excitabilidad: Existen grandes diferencias en la sensibilidad y la reactividad, según las mujeres».

También lo hemos observado en las embarazadas que quininizamos.

«Ley del tono: Existen grandes diferencias en la acción medicamentosa, según el tono preexistente del músculo». En el caso de la quinina que se administra durante algunas semanas antes del parto, el tono del músculo uterino aumenta progresivamente por la acción continuada de aquélla, de tal manera que al verificarse el trabajo, el útero está en condiciones óptimas para efectuarlo, no necesitándose de otra medicación ocitócica.

En los libros clásicos de Obstetricia se hace referencia a la quinina como ocitócico, a dosis fraccionadas de 0 gr. 30 a 0 gr. 50, tres veces, sin ningún peligro. Su acción se ejerce rápidamente sobre la fibra uterina a los 20 minutos y de manera directa sobre el útero. Sin embargo el efecto es de corta duración.

En el servicio de Maternidad del Hospital General, se administra en forma de supositorios de 0 gr. 30, de sulfato o biclorhidrato de quinina que son las sales más usadas, uno cada media hora en número de tres, para acelerar un aborto sin probabilidades de detenerse, y que se verifica muy lentamente con todas las desventajas de hemorragia e infección. Los resultados han sido óptimos. También en partos retardados, para reforzar las contracciones uterinas, se ha obtenido éxito, pero en menor grado que cuando se ha administrado la quinina durante las últimas semanas del embarazo. Cuando las contracciones se han suspendido completamente, los resultados suelen ser nulos.

En la inducción médica del parto, la quinina se utiliza como ocitócica asociada al calcio que sensibiliza el útero a su acción. Esta asociación quinina-calcio no obra solamente como un sensibilizador para los preparados pósterio-hipofisarios, según Wincler y Vetter, sino como un verdadero ocitócico. Esto lo han demostrado en experiencias de laboratorio sobre úteros de ratas.

En efecto, según Legiehn, la quinina sensibiliza el útero favoreciendo la acción del lóbulo posterior de la hipófisis, al grado de necesitar únicamente la cuarta parte de la dosis usual, cuando se usan asociados. Schubel ha comprobado ésto con experiencias verificadas en gatas.

El método de inducción médica del parto con quinina-calcio ha dado magníficos resultados, según lo refieren los doctores León Linger y Rodolfo Monges Urbieto en los «Anales del Instituto de Maternidad y Asistencia Social, profesor U. Fernández», de Buenos Aires. La quinina ejerce acción excitante sobre la musculatura lisa y especialmente sobre la fibra uterina, sin que se puedan temer efectos nocivos, sobre todo a dosis pequeñas; son éstas las eficaces, pues las dosis fuertes disminuyen las contracciones y además, sí es de temer, cuando se administran, una acción dañina sobre la madre y el feto. Según Chistoni, la quinina a dosis mi-

quinina es excitante para el útero aislado, a dosis fuerte es paralizante. En los casos estudiados por este autor, la vida del feto no ha estado nunca en peligro.

No provoca las contracciones uterinas, pero una vez que éstas se han iniciado, las refuerza, aumentando el tono, la frecuencia y la amplitud de las mismas. La hipótesis más aceptada hoy día respecto a la iniciación del trabajo es la siguiente: al final del embarazo, por la acción de la foli-culina y del lóbulo anterior de la hipófisis (cuya acción paralizante ha disminuido) el útero se encuentra predispuesto a contraerse y es la hormona del lóbulo posterior de la glándula mencionada (células melanó-foras) la que parece determinar el trabajo.

La quinina administrada durante las últimas semanas del embarazo, obraría sobre la fibra uterina tonificándola, de tal manera, que al desencadenarse el trabajo en la forma mencionada, el útero se encontraría en condiciones óptimas para el desarrollo del mismo. En consecuencia, no inicia ni provoca el parto, pero cuando éste ha principiado, por la acción previa ya mencionada, lo favorece.

Algunos se preguntan si la lentitud del parto es función de insuficiencia contráctil o de contractura. En efecto, en un parto lento, de evolución irregular, los dos casos pueden presentarse; después de una fase de contractura, con dolores intensos y repetidos, se presenta otra en la cual, los dolores se hacen espaciados y débiles; en ambos casos el parto se prolonga, con peligro para la vida del feto y serias complicaciones para la madre, como la infección y hemorragias frecuentes en útero fatigado por trabajo irregular y prolongado.

La quinización uterina previa al parto, tiende a evitar esa irregularidad y la prolongación del parto, tanto en beneficio de la madre como del feto, desde el momento que evita la inercia uterina y sus complicaciones. Nos referimos a casos normales, es decir, aquellos en que la contractura uterina no se deba a un obstáculo al parto, como pelvis estrecha, feto grande, presentación viciosa, etc., y que conduciría a otras complicaciones graves.

Vignes dice: «Es de creer que la quinina actúa directamente sobre la fibra muscular del útero, sin intermediar el sistema nervioso».

También lo establecieron Kurdinowsky y Kamoto. Según Acton, aumenta las contracciones del útero, tanto para las fibras longitudinales como para las circulares.

Para Kamoto, la quinina estimula el útero grávido, puesto que la distensión de las fibras las ha hecho sensibles a cualquier excitante.

Por lo que dicen las autorizadas investigaciones experimentales de Kurdinowsky, la quinina determina aumento considerable del tono y las gráficas de él obtenidas por histerografía interna y externa, son muy características.

Otros concluyen en que el medicamento queda sin efecto en el útero que se contrae bien y que si es eficaz en los otros casos, por consiguiente,

la quinización tendría por objeto prevenir una posible inercia uterina. En casos en los que, sin administración previa de quinina, el parto se hubiese efectuado normalmente, ésta, aún sin acción uterina notable, tendría acción general benéfica a la que nos referiremos más adelante, no siendo entonces en vano su uso. Por el contrario, en casos de inercia primitiva o secundaria, el uso profiláctico de la quinina puede evitarlas, ejerciendo además acción tónica general de que tanto necesitan muchas embarazadas que acuden a nuestras maternidades en malas condiciones generales.

En resumen podemos decir: que la quinina es eficaz como ocitócico usado durante el trabajo para reforzar las contracciones uterinas insuficientes, tanto en casos de abortos como de partos, pero no es abortiva, y que su acción es todavía más notable cuando se usa unas semanas antes del parto, como lo hemos hecho en 50 casos con óptimos resultados, corroborando las numerosas experiencias publicadas por diversos autores.

ACCION GENERAL DE LA QUININA SOBRE EL ORGANISMO MATERNO

Sobre el aparato digestivo: ejerce acción favorable sobre el tubo digestivo a pequeñas dosis; las secreciones son aumenadas; por su sabor amargo determina abundante secreción salivar pero lo más importante es el aumento de secreción gástrica e intestinal. Estimula los movimientos peristálticos del estómago favoreciendo su vaciamiento y los del intestino, combatiendo el estreñimiento tan frecuente en las embarazadas.

La absorción por la mucosa digestiva es lenta y requiere varias horas; sólo cuando es bien absorbida se obtienen buenos resultados y para que no cause irritación gástrica es necesario administrarla durante las comidas. Además se ha demostrado que la concentración en la sangre varía según las personas, siendo más elevada en las débiles y anémicas. A este respecto, bien sabemos que en nuestros medios hospitalarios abundan las parturientes en estas condiciones.

Sobre los riñones: se principia a eliminar a los 15 o 30 minutos después de ingerida y se prolonga la eliminación hasta 24 horas. A pequeñas dosis no se han observado trastornos renales (deben practicarse exámenes de orina periódicos en las quininizadas).

Sobre el sistema nervioso: produce acción sedante sobre el sistema nervioso central, lo que explicaría en parte, que los dolores del período de dilatación sean más suaves durante la mayor duración del mismo.

Sobre el metabolismo: se ha demostrado que ejerce una disminución de los procesos oxidantes de los tejidos con descenso de la temperatura, independientemente de sus efectos antitérmicos ya conocidos, por acción directa sobre los centros termorreguladores.

En resumen, es moderadora de esos procesos que en las embarazadas se encuentran aumentados y a veces de manera exagerada.

Por esto se comprende que las dosis pequeñas de quinina puedan producir en ciertos casos una acción reconstituyente, debida a mejor utilización de las reservas, sobre todo cuando el consumo de ellas es excesivo.

Como profiláctica contra el paludismo se recomienda administrar dosis de 0 gr. 20 a 0 gr. 30, diarios durante 20 días, en aquellos casos que han dejado recientemente la zona endémica. Este beneficio es de tener muy en cuenta en las quininizadas, las cuales proceden a menudo de lugares palúdicos y se evita así que al final del embarazo, durante el parto o en el puerperio se presente la enfermedad como complicación.

TECNICA DE LA QUININIZACION UTERINA PREVIA AL PARTO

Mitchell, después de experimentar en más de 400 casos, refiere haber obtenido resultados magníficos y recomienda la técnica siguiente: se administran a la mujer embarazada 0 gr. 30 diarios de sulfato o biclorhidrato de quinina por vía oral, en tres dosis de 0 gr. 10 cada una, durante las tres últimas semanas del embarazo.

Para evitar la acción irritante que esas sales puedan ejercer sobre la mucosa gástrica, Mitchell recomienda diluir los 0 gr. 30 en la mezcla siguiente: 21 c.c. de agua, 6 c.c. de jarabe de naranja y 0 c.c. 40 de ácido nitrohidroclórico y darla en tres tomas durante las comidas.

La dosis total de quinina no es excesiva, pues corresponde a 6 grs. 30, más o menos, de sulfato o biclorhidrato.

Nosotros hemos administrado la primera en obleas de 0 gr. 10 cada una, tomando tres al día, durante las comidas y durante las tres últimas semanas del embarazo.

Otros autores recomiendan usarla durante las dos o cuatro últimas semanas antes del parto; las dosis también varían entre 0 gr. 06 y 0 gr. 10, tres veces al día.

INTOLERANCIA PARA LA QUININA

No todas las embarazadas toleran las sales de quinina por la vía oral; algunas se quejan de gastralgia, aún tomada en la forma más conveniente, es decir, durante las comidas o acompañadas de la mezcla recomendada por Mitchell. Otras presentan diarrea que desaparece al suspender el medicamento. Por el contrario, en las que lo toleran, el estreñimiento es menos frecuente.

Son raras las parturientas que experimentan molestias en la vista y el oído. Es en estos casos sobre todo, en los cuales debe suspenderse la quinización, ya que son de temer efectos nocivos sobre el feto.

INDICACIONES DE LA QUININIZACION

Se utiliza la quininización uterina previa al parto, en las embarazadas normales, es decir, en aquellas que no presentan ninguna causa que pueda oponerse al parto como por ejemplo: pelvis estrechas, feto grande, desproporción pélvico-fetal, etc.

En cambio la principal indicación, está en las que hayan tenido inercia uterina en sus partos anteriores o bien en aquellas en las cuales se sospeche una posible inercia primitiva: mujeres débiles, mal constituidas, en estado general malo, etc., entonces la quinina ejerce una acción local sobre el útero y general sobre el organismo materno, tonificándolo y coadyuvando a la medicación reconstituyente que se administre.

En las primigestas se obtienen magníficos resultados, porque el parto se hace más regular, la expulsión más rápida, previniendo toda causa de inercia secundaria y sus complicaciones.

CONTRAINDICACIONES

Está contraindicada la quininización en todas aquellas mujeres en las cuales se sospeche un obstáculo al parto normal, según ya lo dijimos anteriormente; en las que muestren la más ligera intolerancia a la quinina, para evitarle daños posibles a la madre y al feto. En efecto, los autores no han observado efectos nocivos en los casos quininizados, porque han suspendido la administración del medicamento a la menor manifestación de intolerancia.

DIFICULTADES PARA LA APLICACION DEL METODO

En nuestro medio, la principal dificultad consiste en la falta de cooperación de la mujer embarazada que acude al servicio de maternidad a esperar la fecha del parto; le disgusta tomar medicinas de cuyo efecto duda, por no comprender las explicaciones que se le dan al respecto; cuando lleva algunos días de quininización, abandona el servicio, aún cuando asegura no sentir ninguna molestia causada por el medicamento; explican que no pueden estar tanto tiempo en el hospital y prefieren esperar en sus casas.

En clientela el asunto varía de aspecto, pues examinada la embarazada y considerando que se encuentra en buenas condiciones para la quininización, se le hacen conocer las ventajas del método; entonces el fiel cumplimiento de las indicaciones da por resultado el mejor de los éxitos, como los obtenidos en algunos casos observados por el doctor Arturo Zecaña M. en su Casa de Maternidad.

Además, el número de mujeres en espera en el hospital, comprende algunas a quienes les falta una semana, a otras, dos semanas y las más

numerosas son las que inician el trabajo a los 3 o 4 días después de haber ingresado al servicio.

En algunos casos no hacemos la quinización por intolerancia y en otros por existir alguna contraindicación, como pelvis estrecha, etc. Se puede aplicar, y creo que con éxito, en los dispensarios prenatales intermedios entre el hospital y la clínica particular. Sin embargo, la ventaja del medio hospitalario, es que se puede vigilar el cumplimiento de las indicaciones, lo que es algo difícil en la clientela civil.

El factor tiempo, también debe tomarse en cuenta; en cuatro meses de utilización del método, solamente hemos logrado aplicarlo en cincuenta casos; comparando los resultados con otros tantos casos normales no quinizados y seguidos en serie.

Los resultados han sido buenos, aún en tan reducido número de observaciones y creo que por interés científico, se debería continuar con la quinización, hasta reunir mayor número de casos como los que exponen otros autores.

RESULTADOS OBTENIDOS POR DIVERSOS AUTORES CON LA QUININIZACION UTERINA PREVIA AL PARTO

Los efectos favorables de la quinina sobre el parto fueron observados por Hewetson en Rodesia, en enfermas palúdicas embarazadas; este autor notó la rapidez con que ellas daban a luz después de haber sido tratadas con quinina. Efectos semejantes, fueron puestos en evidencia por Green Armytage en Calcuta.

El doctor Philip Jones tuvo la idea de utilizar el medicamento para sensibilizar el útero y el doctor D. A. Mitchell la aplicó con buenos resultados, llamándole al método «quinización prenatal del útero». Refiere una experiencia de 400 casos con éxito, y establece la técnica que ya hemos mencionado y seguido en los casos que presentamos. Ganner, basado en los trabajos de Mitchell, efectuó investigaciones en la Universidad de Birmingham, publicando los resultados obtenidos en The British Medical Journal, London, del 3 de agosto de 1935. De 50 casos de primíparas normales, con observaciones cuidadosas de sus partos y comparando con otra serie igual no quinizada, llegó a las siguientes conclusiones:

«La administración de quinina, no tiende a hacer principiar prematuramente el trabajo del parto».

«El primero y segundo periodos del parto se aceleran sin ningún daño para la madre y el niño. La inercia uterina no es completamente abolida».

«La falta de casos con retención de placenta o hemorragias del alumbramiento en las dos series, hace imposible establecer si estas dos complicaciones son reducidas o no».

«Si se tiene presente el aumento de la actividad del músculo uterino

en el primero y segundo periodos del parto, se espera un aumento similar durante el tercero».

No comprobó evidencia de que la quinina obrara directamente sobre la involución y el puerperio.

Por los resultados que ha obtenido, sugiere el uso de pequeñas dosis de quinina durante el último mes del embarazo para fortalecer la acción uterina. Si este hecho es aceptado, dice, «el método debe ser seguramente recomendado como de uso rutinario en los partos anormales, en lo que a la posible inercia uterina se refiere, pues no hay casos en Obstetricia en los cuales las buenas contracciones uterinas carezcan de valor». (Excepcuando desde luego los distócicos).

Para el doctor Kadkief, la quinina actúa reduciendo los intervalos de las contracciones uterinas e intensifica y prolonga las mismas, pudiendo ser empleadas en todos los estados o periodos del parto. Linton Smith, de Atlanta Ga., publica los resultados obtenidos en 60 casos al principio y después en 400 casos más. Recomienda su uso en el periodo prenatal y que se suspenda su administración, cuando haya intolancia, para evitarle peligros al feto.

Según el Journal of the American Medical Association, la impresión general que se tiene sobre el uso de las dosis pequeñas de quinina durante el periodo anterior al parto, es que acorta el trabajo y disminuye el dolor y hace referencias a los éxitos obtenidos por diversos autores, entre ellos, el citado anteriormente.

Sin embargo otros consideran que es un ocitócico poco eficaz, que en algunos casos puede ejercer acción tónica sobre el útero, pero le atribuyen efectos indeseables sobre el feto, además de la idiosincrasia especial de cada paciente. Se han referido casos en que el feto ha muerto en embarazadas quininizadas, pero no hacen mención de las dosis empleadas, posiblemente altas y no mínimas, como las que se usan en el método que describimos.

La mayoría de las opiniones están en contra de estas aseveraciones, ya que en todas las observaciones relatadas, no se hace referencia a la muerte de ningún feto ni a otros efectos nocivos que la quinina haya podido ejercer sobre la madre. En cambio se hacen ver, poniéndolos de manifiesto, los beneficios obtenidos en partos de embarazadas quininizadas.

Tenemos al respecto las observaciones de Buddee, según el cual en cien casos quininizados durante las dos últimas semanas del embarazo, no pudo descubrir indicio alguno de acción tóxica mortífera sobre el feto y considera el medicamento como tónico y estimulante general.

J. León y Diradourian: refieren casos en que la quinina fué indicada durante la dilatación por absoluta o relativa insuficiencia de la misma y en casos de anomalías dinámicas por espasmos del cuello.

Estas irregularidades en la dilatación del cuello, que hemos observado muchas veces, son evitables con la quinización; ésta actuaría profilácticamente y no como en los casos citados por el autor, cuando ya la

alteración dinámica se ha presentado determinando un parto prolongado con sus consecuencias.

En resumen, la quinización uterina previa al parto, es considerada por muchos autores como un método sencillo, inofensivo y práctico que puede ser aplicado sin peligro alguno en cualquier medio y con magníficos resultados.

RESULTADOS QUE HEMOS OBTENIDO HACIENDO LA QUININIZACION UTERINA PREVIA AL PARTO

Antes de quinizar a las embarazadas que se encuentran en espera en el Servicio de Maternidad, del Hospital General, les practicamos un examen completo. Damos a continuación un cuadro que corresponde a dicho examen.

Nombre, edad, procedencia. ¿Primípara o múltipara?

Antecedentes fisiológicos: ginecológicos y obstétricos. Antecedentes patológicos. Fecha de su última menstruación.

Examen general: aspecto físico, piel y mucosas. Pulso. Presión arterial, temperatura. Examen de los diversos aparatos.

Exámenes complementarios: examen de orina.

Examen obstétrico: útero, pelvimetría. Presentación, posición y variedad. Feto: tamaño, encajamiento y foco.

Si no se encuentra ninguna contraindicación, se le administran las primeras dosis de quinina, que son suspendidas a la menor muestra de intolerancia.

Después, cada tres días se les examina de nuevo para seguir la evolución del embarazo durante las últimas semanas y establecer si el medicamento es tolerado. Se les practica examen de orina para descubrir cualquier indicio de irritación renal; esto último no lo observamos en ningún caso y se explica por el hecho de que se da la quinina a pequeñas dosis.

El parto se presenta más o menos en la fecha calculada, siguiendo el método de agregar siete días a la fecha de la última menstruación y retroceder tres meses. No hemos registrado casos en los cuales se adelante o retrase; de tal modo que el embarazo tiene su duración normal.

DESCRIPCION DEL DESARROLLO DEL PARTO

Principio del trabajo.

La mujer experimenta dolores suaves, localizados en la región lumbosacra con irradiación al hipogastrio; estos dolores persisten varias horas, casi sin modificaciones, es decir, suaves, intermitentes y bien tolerados. Después de un período de horas, variable en cada caso, se inician los dolores más intensos, pero siempre intermitentes y regulares.

Esta primera fase de dolores suaves, corresponde al período de borramiento y de dilatación casi completa del cuello uterino. En efecto, uno de los hechos más importantes que hemos notado en esta fase, es que los dolores carecen de ese carácter de intolerables que hemos observado en las no quininizadas y que corresponde al período de dilatación; así, cuando se inician los dolores fuertes en las quininizadas, la dilatación está bastante avanzada: 7 a 9 centímetros y al cabo de una o dos horas generalmente, se ha completado.

En algunos casos, los dolores aumentan progresivamente en intensidad hasta la dilatación completa, sin presentar irregularidades, o sea, fases de dolores insoportables alternando con otras de dolores suaves.

Es por consiguiente muy ventajoso para la mujer embarazada, que la dilatación del cuello uterino se haga casi toda con dolores suaves y bien tolerados, o bien progresivamente más intensos y que cuando sean muy fuertes correspondan al final del parto.

En todos los casos observados, el período de dilatación se desarrolla en la forma mencionada; en ninguno observamos que al presentarse los dolores marcados, la dilatación no estuviera avanzada; podemos por lo tanto establecer, que aunque esta fase no se acorte, se logra que no sea tan dolorosa, al mismo tiempo que la dilatación del cuello uterino se verifica de manera regular sin ningún incidente.

En cambio, en las no quininizadas, por lo general los dolores aumentan de intensidad desde que el cuello tiene de 3 a 4 centímetros, por término medio; en algunas de ellas, son frecuentes los dolores irregulares en intensidad, duración e intermitencia, pudiéndose controlar por tactos vaginales repetidos que el cuello se dilata en forma irregular y lenta. Esto ha sido explicado por diversos autores, entre ellos Metzguer, por un trastorno dinámico que consiste en que se oponen en su acción las fibras longitudinales y las circulares del útero, de tal manera, que determinando dolores agudos, la dilatación no progresa. Si entonces se calma la parturiente con morfina, pantopón o nembutal, los dolores se manifiestan espaciados y suaves, se duerme la enferma y al cabo de algunas horas, combatido el trastorno mencionado, la dilatación progresa ya regularmente.

En las parturientes quininizadas que observamos, no lo hemos notado, lo que nos hace suponer que se deba a que el desarrollo del trabajo se hace de manera regular, dada la inmejorable tonicidad uterina lograda con la quininización. En resumen, es ésta una de las principales ventajas del método, no acorta el período de dilatación, pero lo hace menos doloroso y más regular. Como corolario debemos agregar, que, evolucionando el trabajo en esa forma, se evitan los tactos vaginales repetidos, tan frecuentes en los otros casos y que son a veces necesarios para controlar la dilatación.

Período de expulsión:

Es en este período donde hemos podido apreciar los efectos más interesantes de la quininización; la mujer presenta los dolores muy intensos,

pero regulares, con intermitencias bien marcadas. Desde que se inicia los dolores expulsivos, la presentación progresa rápidamente; estos dolores son muy eficaces, bien soportables y se puede apreciar que las contracciones uterinas son muy enérgicas, lamentando mucho no haberlas podido controlar por medio de histerografía interna y externa, dadas las circunstancias actuales que hacen difícil la venida de pedidos de instrumental y bibliografía. El esfuerzo normal de los músculos abdominales es ejecutado con mejor éxito, no dando la mujer muestras de cansancio. La duración de este período se acorta. Por término medio la expulsión ha sido llevada a cabo en 45 minutos en las primíparas y en 20 m. en las múltiparas; como casos extremos tenemos algunos que han durado como máximo, hora y media y como mínimo diez minutos. En las no quininizadas el período expulsivo ha sido, en raros casos, de corta duración; por lo general hemos obtenido como término medio una hora y media en las primíparas y de 40 minutos a una hora en las múltiparas. Casos extremos, en las primeras 15 minutos como minimum y hasta 3 horas y media como máximo y en las segundas de 10 minutos como mínimo a dos horas como máximo.

En cuanto a la eficacia de los dolores expulsivos, hemos tenido oportunidad de comparar partos simultáneos de quininizadas y no quininizadas; en las primeras, llama la atención sobre todo, la regularidad del trabajo; los dolores son intermitentes, intensos y de igual duración, la presentación desciende rápidamente sin que se presente agotamiento materno o sufrimiento fetal; en ningún caso registramos que se hubiese estacionado la progresión y el parto es terminado con rapidez.

En las no quininizadas, exceptuando los casos de inercia uterina que describimos al final, la expulsión se hace más lentamente.

En efecto, se inicia en la misma forma que en las anteriores, pero su desarrollo sí presenta modificaciones apreciables: en primer lugar, la duración del período es mayor, según el cuadro que presentamos al final de este trabajo; en cuanto a la progresión, se hace lentamente pudiéndose observar a veces agotamiento materno y sufrimiento fetal que obligan a intervenir, acelerándola con 3 o 5 unidades de pituitrina o con aplicación de forceps.

Resumen: Solamente en la serie de las enfermas no quininizadas observamos accidentes durante la expulsión: suspensión de la progresión con agotamiento materno y sufrimiento fetal con obligada intervención final.

Esto no quiere decir que en todos los casos se observen dichos inconvenientes, pero según el cuadro adjunto, fué en esta serie que notamos casos de inercia uterina y que faltaron en la de las quininizadas. Podemos concluir, que si bien en la mayoría de los casos, el parto se verificó normalmente sin quininización, en cambio, sí fué más tardada la expulsión, más dolorosa la dilatación y hubo en algunos inercia uterina; en las quininizadas se logró: dilatación poco dolorosa, expulsión rápida y no

hubo casos de inercia. Salta a la vista la importancia de la quinización uterina previa al parto, pues en un medio alejado de centros de atención médica, vale más prevenir que verse en la necesidad de atender, sin posibilidades de éxito, un parto complicado con inercia; es sobre todo la vida del feto la que está en peligro durante la expulsión, pues aunque ésta sea prolongada, la madre podrá soportarla mejor. Con el método de quinización se evitará esa posibilidad de muerte fetal por expulsión prolongada.

Alumbramiento:

En esta fase del parto no se nos presentó ninguna complicación en las quinizadas. Después de expulsado el feto, el período de reposo fisiológico es de corta duración, pues a los diez minutos por lo general, a veces inmediatamente y en casos raros a los 20 minutos, es expulsada la placenta, apreciándose el desprendimiento placentario por la hemorragia y el descenso del cordón que ha sido seccionado a nivel de la vulva, para evitar que en sus movimientos de ascenso y descenso contamine la vulva y la vagina con materias sépticas procedentes del ano.

En las no quinizadas, por lo general, se verifica el desprendimiento de la placenta a la media hora, en algunos casos a los 20 minutos y en otros se prolonga hasta una hora. Hemos observado casos de retención de placenta que han necesitado la extracción manual de la misma y hemorragias del alumbramiento, por inercia uterina post-parto. En casos leves ha cesado la hemorragia con simple masaje del útero, pero en otros se ha requerido el uso de pituitrina y ergotina.

Casos graves de hemorragias del alumbramiento, han faltado en las dos series.

Esta es otra ventaja de la quinización uterina; prevención de hemorragias del alumbramiento debidas a inercia uterina. En un medio hospitalario, donde se tiene a mano todo lo necesario para tratarlas, la complicación es menos grave, pero si ésta se presentara en una parturiente atendida en su casa, en poblaciones, fincas, etc., lejos del hospital, sí es de considerarla grave. Siempre se encontrarán en estos casos, el médico o la comadrona, en difíciles condiciones para tratarlas, en cambio, si la parturiente ha sido quinizada, esta complicación será remota o nula.

Puerperio:

La involución uterina se hace más rápidamente, tanto por el aumento de tonicidad, como porque se han reducido las posibles causas de infección. En todos los puerperios de las parturientas quinizadas, la temperatura permaneció normal, fuera de alguna complicación sin relación con el parto, como gripe, tifoidea, etc.

Se explica que el puerperio evolucione de manera tan normal, por la regularidad del trabajo, la rapidez de la expulsión y del alumbramiento y sobre todo por la falta de tactos vaginales. Estos se practican muy a menudo cuando la marcha del parto presenta alguna anomalía, principalmente una dilatación defectuosa, lenta, con dolores exagerados; o bien la

expulsión se hace prolongada, la presentación no avanza por inercia uterina secundaria. Es para establecer la causa de estas irregularidades y tomar una decisión, que se practican dichos tactos.

El parto puede terminar bien a pesar del trabajo irregular, pero los tactos repetidos constituyen la causa principal de la mayor parte de las febrículas observadas frecuentemente en los servicios de maternidad. En resumen, el alumbramiento es rápido, sin complicaciones y el puerperio normal.

Esto último es de gran importancia para los servicios de maternidad, en donde la necesidad de camas es exagerada; un puerperio normal permite que el mayor número de mujeres pueda abandonar el hospital en el menor tiempo posible; en cambio si es anormal, obliga al tratamiento adecuado de la complicación con el correspondiente gasto de medicamentos y más que todo, con la ocupación de una cama necesitada por otras enfermas.

En las parturientes quininizadas se atenúan o desaparecen las molestias llamadas «entuetos»; dolor en el hipogastrio tan frecuente en las otras y atribuido a deficiente tonicidad uterina, y por lo que se les administra viburnium y cornezuelo.

En cuanto a la secreción láctea, las opiniones están muy divididas; para algunos la quinina la disminuye y para otros es inocua; nuestra experiencia personal a este respecto es ecléctica: hemos observado casos de parturientes quininizadas con secreción láctea exagerada, al extremo de poder alimentar a otros niños; en otros casos está disminuida o falta, pero tanto una como otra eventualidad se han presentado en las dos series de enfermas observadas. En resumen podemos concluir, que la quinización no afecta la secreción láctea.

Resumen general:

De lo observado en las parturientes quininizadas podemos establecer las ventajas siguientes:

- 1a.—El período de dilatación se verifica casi todo con dolores suaves, intermitentes, bien tolerados por la mujer; o bien con dolores de intensidad creciente pero regular.
- 2a.—Cuando los dolores aumentan de intensidad, la dilatación del cuello uterino está casi completada y el resto se verifica rápidamente.
- 3a.—El período de expulsión sí es abreviado, pues la salida del feto se verifica en forma regular y rápida; la presentación progresa con rapidez en cada dolor expulsivo, sin que se presente agotamiento materno o sufrimiento fetal por parto prolongado debido a inercia uterina.
- 4a.—El alumbramiento se hace también rápidamente, expulsándose la placenta sin accidentes, como hemorragias del alumbramiento.

5a.—El puerperio es normal.

6a.—No se altera la secreción láctea.

7a.—La acción general de la quinina sobre el organismo materno es manifiesta.

8a.—A pequeñas dosis obra como tónico general. La mujer embarazada se beneficia de esa acción, sobre todo en nuestro medio, donde es frecuente observarlas en mal estado general (enflaquecimiento, astenia, hipotensión arterial, etc.).

9a.—Por la acción local que ejerce sobre la fibra uterina: tonifica al útero grávido poniéndolo en buenas condiciones de trabajo para cuando se verifique el parto. Obra como medicamento profiláctico de la inercia uterina y de sus complicaciones. Evita los dolores desesperantes del período de dilatación frecuentes en las parturientes.

Desventajas: Fuera de las contraindicaciones que han sido señaladas, el método no tiene, según nuestro criterio por los casos observados, ninguna desventaja. No tiene acción nociva para la madre ni para el feto, siempre que se sigan las indicaciones del caso.

Presentamos a continuación cien observaciones que corresponden a los casos tratados: cincuenta quininizadas y cincuenta no quininizadas, como término de comparación. Las dos primeras observaciones están más detalladas para demostrar cómo se ha llevado a cabo el examen de la embarazada y se ha observado el curso del trabajo. Las otras están más resumidas.

Observación No. 1.—C. de V., 24 años; primípara. Antecedentes: fisiológicos, primer embarazo, curso del 9o. mes; patológicos: sin importancia.

Examen general: se encuentra en buenas condiciones de salud. Examen obstétrico: útero normal, 31x90 cm. Pelvimetría: 23 cm., 26 cm., 29 cm., 18.5 cm.

Presentación: vértice-izquierda-anterior. Encajada. Feto: normal. Quininizada tres semanas antes del parto.

Parto: principió a las 8 horas del 3-XI-41, con dolores suaves intermitentes; a las 11 horas, dilatación casi completa (9 cm.) con dolores fuertes. A las 12 horas, dilatación completa. Expulsión duró 35 minutos. Alumbramiento: natural a los 20 m. Puerperio: normal. Resumen: el parto se efectuó con regularidad y duró 4 hrs. 25 m. Le practicamos dos tactos solamente, para control.

Observación No. 2.—R. L. 20 años; primípara. Antecedentes: fisiológicos, primer embarazo, curso del 9o. mes. Patológicos: paludismo hace dos años. Examen general: se encuentra en buenas condiciones de salud.

Examen obstétrico: útero normal: 30x90 cm. Pelvimetría: 27 cm, 29

cm., 31 cm., 20 cm. Presentación: vértice-izquierda-anterior. Fija. Feto normal. Ominizada tres semanas antes del parto.

Parto: principió a las 16 hrs. del 23-XI-41, con dolores suaves intermitentes; a las 21 hrs., dilatación casi completa (7 cm.); con dolores fuertes a las 24 hrs. y dilatación completa; dolores expulsivos intensos. Expulsión: duró una hora, pues se efectuó a la una del día 24. Alumbramiento natural a los 10 minutos. Puerperio: normal. Resumen: parto regular, duró 9 hrs. Sin complicaciones. Se practicaron dos tactos, también sólo para control.

Observación No. 3.—V. G., 20 años; primípara; curso 9o. mes. Antecedentes patológicos: paludismo. Parto: principió a las 5 hrs. del 8-XI-41, dolores suaves; a las 8 hrs. dolores fuertes con dilatación completa. Expulsión a las 9 horas, duró una hora. Alumbramiento natural a los 15 m. Puerperio: normal. Duró el trabajo: 4 hrs. 30 m.

Observación No. 4.—J. A., 19 años; primípara; curso 9o. mes. Antecedentes patológicos: sin importancia. Exámenes general y obstétrico: normales. Parto: principió el 10-XI-41 a las 20 hrs.; dolores suaves; a las 5 hrs. del 11 dolores fuertes con 7 cm. de dilatación; completa a las 6 hrs. 30 m. Expulsión a las 7 horas, duró una hora. Alumbramiento natural a los 10 m. Puerperio: normal. Duró el trabajo: 11 hrs. 30 m.

Observación No. 5.—J. Y., 19 años; primípara; curso 9o. mes. Antecedentes patológicos: sin importancia. Exámenes general y obstétrico: normales. Parto: principió a las 9 horas del 12-XI-41, dolores suaves intermitentes; a las 3 hrs. del 13-XI-41, dolores fuertes con 8 cm. de dilatación; completa a las 8 hrs. 30 m. Expulsión a las 9 horas; duró 30 m. Alumbramiento: natural a los 20 m. Puerperio normal. Sin complicaciones. Duración del trabajo: 24 hrs. Comentario: parto con período de dilatación prolongado, pero con dolores suaves; fuertes hasta dilatación casi completa, expulsión rápida. Alumbramiento rápido. Puerperio normal.

Observación No. 6.—M. M., 22 años; primípara; curso 9o. mes. Antecedentes patológicos: paludismo. Parto: principió a las 3 horas. Dilatación completa a las 10 horas con dolores fuertes. Expulsión a las 11 hrs. Duró una hora. Alumbramiento: natural a los 20 m. Puerperio normal. Duró el trabajo 8 hrs. 20 m.

Observación No. 7.—A. V., 17 años; primípara; curso 9o. mes. Antecedentes patológicos: paludismo. Exámenes general y obstétrico: normales. Parto: principió a las 6 hrs. el 18-XI-41, dolores suaves; fuertes con 8 cm. de dilatación a las 11 hrs. Completa a las 13 horas. Expulsión duró 30 m. Alumbramiento: natural a las 10 m. Puerperio normal. Duró el trabajo: 7 hrs. 40 m.

Observación No. 8.—F. P., 18 años; primípara; curso 9o. mes. Antecedentes patológicos: sin importancia. Examen general y obstétrico: normales. Parto: principió a las 16 hrs. del 27-XI-41, dolores suaves; a las 19 hrs., dolores fuertes con dilatación casi completa; dilatación completa a las 21 hrs.; dolores expulsivos eficaces; expulsión a las 21 hrs. 30 m.

Duró 30 m. Alumbramiento: natural a los 15 m. Puerperio: normal. Duró el trabajo 6 hrs.

Observación No. 9.—L. R., 26 años; primípara; curso 9o. mes. Antecedentes patológicos: sin importancia. Exámenes general y obstétrico: normales. Parto: principió a las 16 hrs. del 29-XI-41, dolores suaves; fuertes con dilatación completa a las 20 hrs. Expulsión a las 20 hrs. 30 m. Duró 30 m. Alumbramiento: natural a los 10 m. Puerperio normal. Duró el trabajo: 5 hrs.

Observación No. 10.—M. de L., 24 años; primípara; curso 9o. mes. Antecedentes patológicos: sin importancia. Exámenes general y obstétrico: normales. Parto: principió el 4-XII-41, a las 16 hrs.; dolores suaves intermitentes. Fuertes a las 2 hrs. del día 5 con 7 cm. de dilatación. Completa a las 3 hrs. Expulsión a las 3 hrs. 25 m. Duró 25 m. Alumbramiento: natural a los 5 m. Puerperio: normal. Duró el trabajo: 11 hrs. 30 m.

Observación No. 11.—C. C., 31 años; primípara; curso 9o. mes. Antecedentes patológicos: tos ferina. Exámenes general y obstétrico: normales. Parto: principió el 7-XII-41 a las 6 hrs.; dolores suaves; fuertes a las 3 hrs. del día 8 con 7 cm. de dilatación. Completa a las 5 hrs. Expulsión a las 5 hrs. 15 m. Duró 15 m. Alumbramiento: natural a los 15 m. Puerperio: normal. Duró el trabajo: 23 hrs.

Observación No. 12.—A. de C., 25 años; primípara; curso 9o. mes. Antecedentes patológicos: sin importancia. Exámenes general y obstétrico: normales. Parto: principió el 12-XII-41 a las 6 hrs. con dolores suaves. Fuertes a las 11 hrs. con 7 cm. de dilatación. Completa a las 12 hrs. Expulsión a las 13 hrs. Duró una hora. Alumbramiento: natural a los 5 m. Duró el trabajo: 7 hrs. 5 m.

Observación No. 13.—M. A. H.—17 años; primípara; curso 9o. mes. Antecedentes patológicos: paludismo. Exámenes general y obstétrico: normales. Parto: principió a las 3 hrs. del 16-XII-41, con dolores suaves; después aumentaron progresivamente de intensidad, haciéndose fuertes a las 17 hrs. con 8 cm. de dilatación; se completó a las 20 hrs. Expulsión a las 21 hrs. Duró una hora. Alumbramiento: natural a los 15 m. Puerperio: normal. Duró el trabajo: 18 hrs. 15 m.

Observación No. 14.—M. B., 22 años; primípara; curso 9o. mes. Antecedentes patológicos: sin importancia. Exámenes general y obstétrico: normales. Parto: principió el 16-XII-41 a las 6 hrs. con dolores suaves. Fuertes a las 16 hrs. con dilatación completa. Expulsión a las 17 hrs. Duró una hora. Alumbramiento: natural a los 10 m. Puerperio: normal. Duró el trabajo: 11 hrs. 10 m.

Observación No. 15.—A de P., 19 años; primípara; curso 9o. mes. Antecedentes patológicos: sin importancia. Exámenes general y obstétrico: normales. Parto: principió el 11-I-42 a las 7 hrs. con dolores suaves. Fuertes a las 11 hrs. con 9 cm. de dilatación. Completa a las 12 hrs. 30 m. Expulsión a las 13 hrs. Duró una hora. Alumbramiento: natural a los 10 m. Puerperio: normal. Duró el trabajo: 6 hrs. 40 m.

Observación No. 16.—M. R., 21 años; primípara; curso 9o. mes. Antecedentes patológicos: sin importancia. Exámenes general y obstétrico: normales. Parto: principió el II-1-42 a las 9 horas, con dolores suaves. Fuertes a las 7 hrs. del día 12 con 9 cm. de dilatación. Completa a las 9 horas. Expulsión a las 9 horas 45 m. Duró 45 m. Alumbramiento: natural a los 10 m. Puerperio: normal. Duró el trabajo: 24 hrs.

Observación No. 17.—M. L. de L., 16 años; primípara; curso 9o. mes. Antecedentes patológicos: paludismo. Exámenes general y obstétrico: normales. Parto: principió el 11-I-42 a las 10 hrs. con dolores suaves. Fuertes a las 17 hrs. con 9 cm. de dilatación. Completa a las 21 horas. Expulsión duró 30. m. Alumbramiento: natural a los 10 m. Puerperio normal. Duró 11 hrs. 10 m.

Observación No. 18.—R. U., 18 años; primípara; curso 9o. mes. Antecedentes patológicos: paludismo. Exámenes general y obstétrico: normales. Parto: principió el 14-I-42 a las 11 hrs. con dolores suaves. Fuertes a las 9 hrs. del día 15 con 8 cm. de dilatación. Se completó a las 10 hrs. 30 m. Expulsión a las 11 hrs. Duró 30 m. Alumbramiento: natural a los 10 m. Puerperio: normal. Duró el trabajo: 24 hrs.

Observación No. 19.—J. G., 18 años; primípara; curso 9o. mes. Antecedentes patológicos: sin importancia. Exámenes general y obstétrico: normales. Parto: principió el 19-I-42 a las 8 hrs. con dolores suaves. Fuertes a las 2 hrs. con dilatación casi completa. Se completó a las 3 hrs. Expulsión a las 4 hrs. Duró una hora. Alumbramiento: natural a los 40 m. Puerperio normal. Duró el trabajo 20 hrs.

Observación No. 20.—P. de la C., 25 años; primípara; curso 9o. mes. Antecedentes patológicos: paludismo. Exámenes general y obstétrico: normales. Parto: principió el 28-I-42 a las 2 hrs., con dolores suaves; fuertes a las 12 hrs. con 6 cm. de dilatación. Completa a las 12 hrs. Expulsión: a las 12 hrs. 20 m. Duró 20 m. Alumbramiento: natural a los 5 m. Puerperio: normal. Duró el trabajo: 11 hrs. 30 m.

Observación No. 21.—C. G., 17 años; primípara; curso 9o. mes. Antecedentes patológicos: sin importancia. Exámenes general y obstétrico: normales. Parto: principió el 28-I-42 a las 9 hrs., con dolores suaves. Fuertes desde 5 cm. de dilatación a las 18 hrs., por presentación alta. El útero mostró tonicidad notable haciendo descender la presentación en O.I.D.P. en pelvis límite. Dilatación completa a las 6 hrs. 30 m. Expulsión duró 45 m. Alumbramiento: a los 15 m., natural. Duró el trabajo. 22 hrs. 30 m.

Observación No. 22.—M. B., 21 años, primípara; curso 9o. mes. Antecedentes patológicos: sin importancia. Exámenes general y obstétrico: normales. Parto: principió el 28-I-42 a las 4 hrs. con dolores, suaves. Fuertes desde las 2 hrs. del 29, con 6 cm. de dilatación. Completa a las 6 hrs. 30 m. Alumbramiento: natural a los 20 m. Puerperio: normal. Duró el trabajo: 27 hrs. 30 m. La expulsión duró 30 m.

Observación No. 23.—M. B., 21 años; primípara; curso 9o. mes. Ante-

cedentes patológicos: sin importancia. Exámenes general y obstétrico: normales. Parto: principió el 24-I-42 a las 9 hrs. con dolores suaves. Fuertes a las 10 hrs. con dilatación de 9 cm. Completa a las 10 hrs. 30 m. Expulsión duró 30 m. Alumbramiento: natural a los 10 m. Puerperio: normal. Duró el trabajo: 2 hrs. 10 m.

Observación No. 24.—M. del R. G., 17 años; primípara; curso 9o. mes. Antecedentes patológicos: sin importancia. Exámenes general y obstétrico: normales. Parto: principió el 25-I-42 a las 23 hrs., con dolores suaves. Fuertes a las 8 hrs., con 6 cm. de dilatación; se completó a las 11 hrs. Expulsión duró 30 m. Alumbramiento: natural a los 20 m. Puerperio: normal. Duró el trabajo: 13 hrs.

Observación No. 25.—G. C., 21 años; primípara; curso 9o. mes. Antecedentes patológicos: paludismo. Exámenes general y obstétrico: normales. Parto: principió el 26-I-42 a las 18 hrs. con dolores suaves. Fuertes a las 24 hrs. con 8 cm. de dilatación. Completa a las 2 hrs. del día 27 con dolores expulsivos eficaces. Expulsión duró 40 minutos. Alumbramiento: natural a los 20 m. Puerperio: normal. Duró el trabajo: 8 hrs. 30 m.

Observación No. 26.—H. P., 28 años; múltipara; curso 9o. mes. Antecedentes; fisiológicos: cinco embarazos anteriores, con partos normales; patológicos: paludismo. Exámenes general y obstétrico: normales. Parto: principió el 6-XI-41, a las 22 hrs., con dolores suaves; fuertes a las 18 hrs., con 9 cm. de dilatación; completa a las 20 hrs. Expulsión duró 10 m. Alumbramiento natural a los 20 m. Puerperio: normal. Duró el trabajo: 8 hrs. 30 m.

Observación No. 27.—M.A., 23 años; múltipara; curso 9o. mes. Antecedentes fisiológicos: último parto prolongado; patológicos: sin importancia. Exámenes general y obstétrico: normales. Parto: principió el 10-XI-41, a las 21 hrs., dolores suaves; fuertes a las 6 hrs. con 8 cm. de dilatación. Completa a las 9 hrs. Expulsión duró 10 m. Alumbramiento: natural a los 10 m. Puerperio: normal. Duró el trabajo 13 hrs. 20 m.

Observación No. 28.—A. G., 31 años; múltipara; curso 9o. mes. Antecedentes; fisiológicos, 3 partos, con inercia uterina en el último; patológicos: paludismo. Parto: principió el 11-XI-41, a las 21 horas con dolores suaves; fuertes a las 7 hrs. del día 12 con 7 cm. de dilatación; completa a las 9 hrs. Expulsión duró 25 m. Alumbramiento: natural a los 10 m. Puerperio: normal. Duró el trabajo: 12 hrs. 30 m.

Observación No. 29.—J. G. de S., 27 años; múltipara; curso 9o. mes. Antecedentes fisiológicos: 4 partos normales; patológicos: sin importancia. Parto: principió el 12-XI-41, a las 8 hrs., dolores suaves; fuertes a las 12 hrs. con dilatación completa. Expulsión duró 15 m. Alumbramiento: natural a los 10 m. Puerperio: normal. Duró el trabajo 4 hrs. 10 m.

Observación No. 30.—J. O., 18 años; múltipara; curso 9o. mes. Antecedentes: fisiológicos, un parto normal; patológicos, sin importancia. Parto: principió el 14-XI-41, a las 24 hrs., dolores suaves; fuertes a las 3 hrs.

30 m. con 9 cm. de dilatación; completa a las 4 hrs. Expulsión duró 30 m. Alumbramiento: natural a los 10 m. Puerperio: normal. Duró el trabajo: 4 hrs. 10 m.

Observación No. 31.—D. R., 25 años; multipara; curso 9o. mes. Antecedentes: fisiológicos, 2 partos normales; patológicos, paludismo. Parto: principió el 16-XI-42, a las 8 hrs., dolores suaves; fuertes a las 17 hrs. con dilatación completa. Expulsión: duró 30 m. Alumbramiento: natural a los 30 m. Puerperio: normal. Duró el trabajo: 10 hrs.

Observación No. 32.—P. M., 24 años; multipara; curso 9o. mes. Antecedentes: fisiológicos, 2 partos normales; patológicos, paludismo. Parto: principió el 26-XI-41 a las 19 hrs, dolores suaves; fuertes a las 6 hrs. del 27, con 7 cm. de dilatación; se completó a las 9 hrs. 30 m. Expulsión: duró 30 m. Alumbramiento: natural a los 10 m. Puerperio: normal. Duró el trabajo: 15 hrs.

Observación No. 33.—M. C., 31 años; multipara; curso 9o. mes. Antecedentes: fisiológicos, 2 partos normales; patológicos, sin importancia. Parto: principió el 27-XI-41 a las 4 hrs., dolores suaves; fuertes a las 10 hrs. 30 m.; después dilatación completa. Expulsión duró una hora. Alumbramiento: natural a los 10 m. Puerperio: normal. Duró el trabajo: 7 hrs.

Observación No. 34. I.L.—17 años; multipara; curso 9o. mes. Antecedentes: fisiológicos, 2 partos normales; patológicos, paludismo. Parto: principió el 30-XI-41 a la una, dolores suaves; fuertes a las 3 hrs., con 9 cm. de dilatación; completa a las 3 hrs. 30 m. Expulsión duró 15 m. Alumbramiento: natural a los 10 m. Puerperio: normal. Duró el trabajo: 3 hrs.

Observación No. 35.—A. V., de 25 años; multipara; curso 9o. mes. Antecedentes: fisiológicos, un parto anterior con inercia uterina; patológicos: paludismo. Parto: principió el 30-XI-41, a las 6 hrs., dolores suaves; a las 9 hrs. dilatación completa con dolores fuertes. Expulsión duró 10 m. Alumbramiento: natural a los 10 m. Puerperio: normal. Duró 3 hrs. 30 m.

Observación No. 36.—E. R., 29 años; multipara; curso 9o. mes. Antecedentes: fisiológicos, 5 partos anteriores, bastante prolongados (inercia posible); patológicos, sin importancia. Parto: principió el I-XII-41, a las 9 hrs. Dolores suaves. Después fuertes con dilatación completa. Expulsión duró 15 m. Alumbramiento natural a los 15 m. Puerperio: normal. Duró el trabajo: 10 hrs.

Observación No. 37.—M. A. L., 27 años; multipara; curso 9o. mes. Antecedentes: fisiológicos, un parto anterior, normal; patológicos, sin importancia. Parto: principió el I-XII-41, a las 10 hrs., dolores suaves; fuertes a las 15 hrs. con 7 cm. de dilatación. Completa a las 16 hrs. Expulsión duró 35 m. Alumbramiento: natural a los 15 m. Puerperio: normal. Duró el trabajo 6 hrs. 50 m.

Observación No. 38.—I. M., 22 años, multipara; curso 9o. mes. Antecedentes: fisiológicos, 1 parto anterior, normal; patológicos, paludismo. Parto: principió el 4-XII-41 a las 8 hrs., dolores suaves; fuertes a las 12

hrs., con dilatación completa. Expulsión duró 30 m. Alumbramiento: natural a los 20 m. Puerperio: normal. Duró el trabajo: 5 hrs.

Observación No. 39.—N. L., 26 años; multipara; curso 9o. mes. Antecedentes: fisiológicos, 3 partos anteriores, anormales; patológicos, paludismo. Los partos fueron prolongados. Parto: principió el 6-XII-41, a las 2 hrs., dolores suaves; fuertes a las 8 hrs., con 8 cm. de dilatación; se completó a las 9 hrs. 30 m. Expulsión duró 30 m. Alumbramiento: natural a los 20 m. Puerperio: normal. Duró el trabajo: 8 hrs. Comentario: los partos anteriores fueron prolongados con la muerte de dos fetos por larga expulsión.

Observación No. 40.—M. N., 28 años; multipara; curso 9o. mes. Antecedentes: fisiológicos, 1 parto anterior, niño muerto por expulsión prolongada; patológicos, sin importancia. Parto: principió el 6-XII-41, a las 18 hrs., dolores suaves; fuertes a las 21 hrs. 30 m., con dilatación completa. Expulsión duró 10 m. Alumbramiento: natural a los 10 m. Puerperio: normal. Duró el trabajo: 4 hrs.

Observación No. 41.—M. N., 38 años; multipara; curso 9o. mes. Antecedentes: fisiológicos, 3 partos anteriores normales; patológicos, sin importancia. Parto: principió el 7-XII-41 a las 23 hrs., dolores suaves; fuertes a las 4 hrs. del día 8, con 7 cm. de dilatación; se completó a los 30 m. Expulsión duró 20 m. Alumbramiento: natural a los 10 m. Puerperio: normal. Duró el trabajo: 6 hrs.

Observación No. 42.—B. S., 24 años; multipara; curso 9o. mes. Antecedentes: fisiológicos, 1 parto anterior, normal; patológicos, sin importancia. Parto: principió el 7-XII-41, a las 22 hrs., dolores suaves; fuertes a las 12 hrs. con 9 cm. de dilatación; completa a las 13 hrs. Expulsión duró 10 m. Alumbramiento: natural a los 5 m. Puerperio: normal. Duró el trabajo: 15 hrs.

Observación No. 43.—I. M., 30 años; multipara; curso 9o. mes. Antecedentes: fisiológicos, 4 partos normales; patológicos, sin importancia. Parto: principió el 7-XII-41 a las 4 hrs., dolores suaves; fuertes a las 14 hrs. con 8 cm. de dilatación. Completa a las 16 hrs. Expulsión duró 45 m. Alumbramiento: natural a los 15 m. Puerperio: normal. Duró el trabajo: 18 hrs.

Observación No. 44.—B. S., 24 años; multipara; curso 9o. mes. Antecedentes: fisiológicos: un parto anterior, normal; patológicos, sin importancia. Parto: principió el 1-XII-41, a las 4 hrs., dolores suaves; a las 10 hrs., dolores fuertes con 9 cm. de dilatación. Completa a las 10 hrs. 30 m. Expulsión duró 30 m. Alumbramiento: natural a los 20 m. Puerperio: normal. El trabajo duró: 7 hrs.

Observación No. 45.—V. O., 25 años; multipara; curso 9o. mes. Antecedentes: fisiológicos, 2 partos anteriores, normales; patológicos, sin importancia. El último parto fué prolongado. Parto: principió el 8-XII-41, a las 16 hrs., dolores suaves; a las 23 hrs., dolores fuertes con dilatación

completa. Expulsión duró una hora. Alumbramiento: natural a los 10 m. Puerperio: normal. Duró el trabajo: 8 hrs. 30 m.

Observación No. 46.—M. B., 22 años; múltipara; curso 9o. mes. Antecedentes: fisiológicos, 2 partos anteriores, el último prolongado; patológicos, sin importancia. Parto: principió el 9-XII-41, a la una, dolores suaves; fuertes a las 5 hrs. con 9 cm. de dilatación; completa a las 6 hrs. Expulsión duró 30 m. Alumbramiento: natural a los 15 m. Puerperio: normal. Duró el trabajo: 5 hrs. 30 m.

Observación No. 47.—V. C., 26 años; múltipara; curso del 9o. mes. Antecedentes: fisiológicos, un parto anterior, normal; patológicos, sin importancia. Parto: principió el 9-XII-41 a las 3 hrs., dolores suaves; dilatación completa a las 9 hrs. con dolores fuertes. Expulsión duró una hora. Alumbramiento: natural a los 20 m. Puerperio: normal. Duró el trabajo: 7 hrs. 20 m.

Observación No. 48.—J. J., 23 años; múltipara; curso 9o. mes. Antecedentes: fisiológicos, dos partos anteriores, normales; patológicos, sin importancia. Parto: principió el 14-XII-41 a las 11 hrs., dolores suaves. Fuertes, con dilatación completa, a las 22 hrs. Expulsión duró 20 m. Alumbramiento: natural a los 10 m. Puerperio: normal. Duró el trabajo: 12 hrs. 30 m.

Observación No. 49.—V. B., 20 años; múltipara; curso 9o. mes. Antecedentes: fisiológicos, 2 partos anteriores, normales; patológicos, sin importancia. Parto: principió el 16-XII-41 a las 10 hrs., dolores suaves; fuertes a las 14 hrs. con 7 cm. de dilatación; se completó a las 15 hrs. 30 m. Expulsión; duró 15 m. Alumbramiento: natural a los 10 m. Puerperio: normal. Duró el trabajo 5 hrs. 25 m.

Observación No. 50.—M. O., 19 años; múltipara; curso del 9o. mes. Antecedentes: fisiológicos, un parto anterior, normal; patológicos, paludismo. Parto: principió el 20-XII-41 a las 21 hrs., dolores suaves; fuertes, a las 2 hrs. y 30 m. del día 21; dilatación completa; expulsión duró 30 m. Alumbramiento: natural a los 10 m. Puerperio: normal. Duró el trabajo 6 hrs.

Comentario: salta a la vista en todas estas observaciones, que el período de dilatación se hace casi completamente con dolores suaves intermitentes; que el período de expulsión es de corta duración; que el alumbramiento tarda poco en efectuarse; que aunque la duración del parto en su totalidad no varía mucho, en cambio el período de dolores fuertes es corto y por lo tanto mejor soportado por la mujer. En ningún caso se presentó inercia uterina; nunca tuvimos que intervenir en todos estos casos por sufrimiento fetal, agotamiento materno, parto prolongado y hemorragias del alumbramiento, pues el trabajo se desarrolló con toda regularidad. También se redujeron al minimum los tactos vaginales para seguir el curso del parto y a veces se practicaron sólo por el interés de establecer la relación entre el apareamiento de los dolores fuertes y el grado de dilatación alcanzado en ese momento por el cuello uterino. Además,

para controlar la expulsión del feto y la eficacia de las contracciones uterinas durante el período de expulsión.

Los puerperios han sido todos normales, fuera de algunos casos raros en que se presentó la gripe como complicación. La involución uterina se hizo más rápidamente disminuyendo las molestias llamadas «entuetos», es decir, el dolor hipogástrico determinado por la contracción y retracción uterina que se verifican durante el puerperio.

A continuación presentamos las 50 observaciones que corresponden a los casos no quininizados y que fueron tomados para comparar con los anteriores.

Observación, No. 1.—C. S., 19 años; primípara; curso 9o. mes. Antecedentes: patológicos, sin importancia. Parto: principió el 8-I-42 a las 23 hrs. 30 m., con dolores suaves; fuertes a las 6 hrs. con 4 cm. de dilatación; continuaron fuertes hasta la dilatación completa a las 10 hrs. del día 9. Expulsión: los dolores fuertes pero irregulares en frecuencia, después irregulares en duración e intensidad. A las 11 hrs., el trabajo continúa irregular; los dolores expulsivos son poco eficaces y se aprecia agotamiento de la madre. Se han practicado tactos vaginales para controlar el progreso del parto. A las 11 hrs. 45 m., sale el feto previa episiotomía. Alumbramiento: natural a los 30 m. Puerperio: febril (38°) al 4o. día; cede el cuadro infeccioso con sulfanilamida (10 grs. en total), bolsa de hielo (continua) sobre el abdomen, tintura de viburnum con cornezuelo, etc. Comentario: trabajo irregular, inercia uterina secundaria con sufrimiento fetal y agotamiento materno que nos hizo pensar en aplicar forceps, pero después de observar el resultado de 5 unidades de pituitrina y episiotomía, el parto terminó sin forceps. Duró 12 hrs.

Observación No. 2.—J. M., 17 años; primípara; curso 9o. mes. Antecedentes patológicos: sin importancia. Parto: principió el 7-I-42 a las 20 hrs. con dolores suaves; fuertes el 9-I-42 a las cinco horas con 5 cm. de dilatación. A las 9 hrs. 7 cm. de dilatación. Dolores fuertes. Dilatación completa a las 11 hrs. Expulsión duró 30 m. Alumbramiento: natural a los 30 m. Puerperio normal. Duró el trabajo: 40 hrs.

Observación No. 3.—R. S., 30 años; primípara; curso 9o. mes. Antecedentes patológicos: sin importancia. Parto: principió el 9-I-41 a las 18 hrs. con dolores suaves; fuertes a las 4 hrs. del día 10, con 4 cm. de dilatación. Completa a las 7 hrs. Expulsión duró 50 m. Alumbramiento: natural a los 30 m. Puerperio: anormal; fiebre: 38° durante 6 días. Cedió con 10 grs. de sulfanilamida y hielo sobre el abdomen. Duró el trabajo: 14 hrs. 40 m.

Observación. No. 4.—M. H. C., 17 años; primípara; curso 9o. mes. Antecedentes patológicos: sin importancia. Parto: principió el 9-I-42, a las 19 hrs., dolores suaves; el día 10 a las 7 hrs., un centímetro de dilatación con dolores fuertes; completa la dilatación a las 11 hrs. Expulsión duró 2 horas. Alumbramiento: natural a los 30 m. Puerperio: normal. Duró el trabajo: 18 hrs. 30 m.

Observación No. 5.—M. A., 23 años; primípara; curso del 9o. mes. Antecedentes patológicos: paludismo. Parto: principió el 10-I-42 a las 16 hrs. con dolores suaves. A las 24 hrs. dolores fuertes con 4 cm. de dilatación. A las 4 hrs. dilatación completa. Dolores irregulares, en duración, intensidad y frecuencia. Expulsión prolongada duró 4 hrs. Se le aplica forceps por sufrimiento fetal y agotamiento materno; feto vivo. Alumbramiento artificial. Puerperio febril. Se trata con sulfanilamida (14 grs. en total) -hielo sobre el abdomen, etc.

Observación No. 6.—P. C., 18 años; primípara; curso del 9o. mes. Antecedentes patológicos: sin importancia. Parto: principió el 9-I-42 a las 6 hrs., con dolores suaves; fuertes a las 12 hrs. con dos centímetros de dilatación. Después se pusieron irregulares los dolores. A las 24 hrs. 8 cm. de dilatación. Los dolores continúan de manera irregular, hasta las 4 hrs., dilatación completa. Expulsión duró 2 horas. Alumbramiento: natural a los 30 m. Puerperio: normal. Duró el trabajo: 24 hrs. 30 m.

Observación No. 7.—F. M., 28 años; primípara; curso del 9o. mes. Antecedentes patológicos: sin importancia. Parto: principió el 10-I-42 a las 3 hrs. Dolores suaves; después aumentan de intensidad hasta las 9 hrs. con 6 cm. de dilatación; completa a las 13 hrs. Dolores irregulares; expulsión prolongada: 3 hrs.; se aprecia sufrimiento fetal y agotamiento materno; se termina el parto con aplicación de forceps. Alumbramiento artificial. Puerperio febril; cede al tratamiento con sulfanilamida (10 grs. en total). Hubo hemorragia del alumbramiento que cedió con 10 unidades de pituitrina. Duración del trabajo: 13 hrs. con serias complicaciones.

Observación No. 8.—A. M., 20 años; primípara; curso del 9o. mes. Antecedentes patológicos: paludismo. Parto: principió el 11-I-42 a las 2 hrs. con dolores suaves; fuertes a las 4 hrs., pero tolerables; a las 9 hrs. muy fuertes, con sólo 4 cm. de dilatación. A las 14 hrs. dilatación completa. Expulsión duró 30 m. Alumbramiento a los 30 m. Puerperio: normal. Duró el trabajo: 13 hrs.

Observación No. 9.—I. O., 19 años; primípara; curso del 9o. mes. Antecedentes patológicos: sin importancia. Parto: principió el 10-I-42 a las 4 hrs. con dolores suaves. A las 12 hrs. dolores fuertes con 2 cm. de dilatación. El día 12, dolores fuertes con 5 cm. de dilatación. Se calma a la enferma con 0 gr. 10 de nembutal; como se obtiene poco efecto, se recurre a la morfina 0 gr. 02. Para favorecer la dilatación del cuello combatiendo la disectacia del mismo, se inyectan cada tres horas, 3 c.c. de solución de sulfato de magnesio al 50% por vía intramuscular, hasta completar 9 c.c. Se logra así calmar el dolor insoportable y favorecer la dilatación, que se completa a las 22 hrs. Expulsión prolongada, por lo que se le inyectan 10 unidades de pituitrina; el útero fatigado presenta inercia secundaria. Se está a la expectativa para aplicar forceps si fracasa la pituitrina. Alumbramiento: artificial por retención de la placenta. Hemorragia del alumbramiento consecutiva. Duró el trabajo: 3 días y 7 hrs.

Observación No. 10.—A. R., 23 años; primípara; curso 9o. mes. Ante-

cedentes patológicos: sin importancia. Parto: principia el 12-I-42 a las 5 hrs. con dolores suaves. Después fuertes con 6 cm. de dilatación; se completa a las 15 hrs. Expulsión duró 1 hr. 30 m. Alumbramiento: natural a los 30 m. Puerperio: normal. Duró el trabajo: 12 hrs.

Observación No. 11.—M. R., 18 años; primípara; curso 9o. mes. Antecedentes patológicos: sin importancia. Parto: principió el 12-I-42 a las 7 hrs. con dolores suaves. Fuertes con dilatación completa a las 21 hrs. Expulsión duró una hora. Alumbramiento: natural a los 30 m. Hubo ligera hemorragia del alumbramiento. Duró el trabajo: 15 hrs.

Observación No. 12.—A. M., 22 años; primípara; curso del 9o. mes. Antecedentes patológicos: sin importancia. Parto: principió el 13-I-42 a las 8 hrs. Dolores fuertes desde el principio hasta la dilatación completa. Expulsión duró una hora. Alumbramiento: natural a los 30 m. Puerperio: normal. Duró el trabajo: 10 hrs. 35 m.

Observación No. 13.—M. L., 16 años; primípara; curso 9o. mes. Antecedentes patológicos: sin importancia. Parto: principió el 12-I-42 a las 10 hrs. con dolores suaves; fuertes a las 17 hrs. con 5 cm. de dilatación. Completa a las 22 hrs. Expulsión duró 30 m. Alumbramiento: 30 m. Total: 13 hrs.

Observación No. 14.—J. M. P., 18 años; primípara; curso 9o. mes. Parto: principió el 11-I-42 a las 2 hrs., dolores suaves; fuertes, con irregularidad en su intermitencia y duración y sólo 3 cm. de dilatación. Se le calman los dolores intensos con 0 gr. 02 de morfina. La dilatación completa se observa al cuarto día con expulsión que duró 2 hrs. Alumbramiento: 30 m. Puerperio: normal. Fué un parto prolongado, por dilatación irregular debida a disectasia del cuello uterino, con agotamiento materno.

Observación No. 15.—J. P., 18 años; primípara; curso 9o. mes. Parto: principió el 15-I-42 a las 3 hrs. con dolores suaves; fuertes a las 14 horas, con 3 cm. de dilatación; Completa a las 20 hrs. Expulsión duró 1 hora 15 m. Alumbramiento: 30 m. Puerperio: normal. Duró 24 hrs.

Observación No. 16.—J. L., 20 años; primípara; curso 9o. mes. Parto: principió el 15-I-42 a las 6 hrs. con dolores suaves. A las 16 hrs. 30 m., dolores fuertes con 3 cm. de dilatación; a las 18 hrs. 8 cm. de dilatación. Los dolores se presentan muy intensos y se calman con 0 gr. 02 de morfina; la enferma se calma y se completa la dilatación a las 21 hrs. Expulsión duró 2 hrs. Alumbramiento: 30 m. Puerperio: normal. Duró 24 hrs.

Observación No. 17.—M.E.S., 15 años; primípara; curso 9o. mes. Parto: principió el 17-I-42 a las 12 hrs. con dolores suaves; fuertes a las 20 hrs. con 3 cm. de dilatación. Siguen intensos hasta la dilatación completa a las 11 hrs. del día 18. Expulsión duró 1 hora 10 m. Alumbramiento: 20 m. Puerperio normal. Duró el trabajo 24 horas.

Observación No. 18.—M. C. S., 15 años; primípara; curso 9o. mes. Parto: principió el 22-I-42 a las 10 hrs. con dolores suaves. A las 19 hrs. dolores fuertes con 4 cm. de dilatación; se completó a las 3 hrs. del día 23. Expulsión duró 2 hrs. 30 m. Alumbramiento: 30 m. Puerperio: febril.

Tuvimos casos de inercia uterina que detallamos en el cuadro final. Los tactos para control fueron numerosos en algunos casos de trabajo irregular y el puerperio febril como lógica consecuencia. Gran parte de las parturientes se quejaron de dolor en el hipogastrio, lo cual fué raro en las quininizadas. La duración total del trabajo alcanzó en algunas más de 24 hrs. y hasta 3 y 4 días. No tuvimos casos así en las sometidas al método de la quinina.

OBSERVACIONES DE LAS 25 MULTIPARAS NO QUININIZADAS

Observación No. 26.—F. R., 36 años; multipara; curso 9o. mes. Parto: principió el 9-I-42 a las 6 hrs. con dolores suaves. A las 13 hrs. fuertes, con 7 cm. de dilatación. Durante el resto del tiempo que duró el período de dilatación, los dolores se presentaron irregulares. Expulsión duró 2 hrs. con contracciones uterinas de irregular eficacia. Se puso 10 unidades de pituitrina para acelerarla. Alumbramiento natural a los 30 m. Puerperio: febril. Duró el trabajo: 10 hrs. Comentario: curso irregular, expulsión prolongada, se aplicó forceps en la vulva (O. P.) para terminar.

Observación No. 27.—R. V., 32 años; multipara; curso 9o. mes. Parto: principió el 10-I-42 a las 7 hrs. con dolores suaves. Fuertes a las 9 hrs. con 5 cm. de dilatación. Se completó a las 15 hrs. Expulsión duró 2 hrs. y media, prolongada, con agotamiento materno; dolores irregulares, poco eficaces. Se pusieron 10 unidades de pituitrina y terminó el parto sin necesidad de aplicar forceps. Alumbramiento: natural a los 30 m. Puerperio: normal. Duró el trabajo: 11 hrs.

Observación No. 28.—C. F., 21 años; multipara. Parto: principió el 10-I-42 a las 6 hrs. con dolores suaves. Fuertes a las 10 hrs., con 4 cm. de dilatación; se completó a las 16 hrs. 10 m. Expulsión duró 20 m. Alumbramiento: natural a los 30 m. Puerperio normal. Duró el trabajo: 11 hrs.

Observación No. 29.—J. G., 31 años; multipara; curso 9o. mes. Parto: principió el 9-I-42 a las 6 hrs. 30 m. con dolores suaves. Fuertes a las 15 hrs. con 3 cm. de dilatación. Continúan los dolores intensos hasta la dilatación completa a las 23 hrs. 20 m. Expulsión: duró una hora. Alumbramiento: 30 m. Puerperio: normal. Duró el trabajo: 20 horas.

Observación No. 30.—J. T., 32 años; multipara; curso 9o. mes. Parto: principió el 9-I-42 a las 14 hrs., con dolores suaves. Fuertes a las 19 hrs. con 4 cm. de dilatación. Completa a las 24 hrs. 40 m. Expulsión a la una. Duró 20 m. Alumbramiento: 30 m. Puerperio: normal. Duró el trabajo: 11 hrs.

Observación No. 31.—M. A., 23 años; multipara; curso 9o. mes. Parto: principió el 10-I-42 a las 16 hrs. con dolores suaves. Fuertes a las 24 hrs. con 4 cm. de dilatación. A las 4 hrs. del 11, se completó; expulsión duró 4 hrs., muy prolongada, con dolores irregulares fuertes. Se aplicó forceps, por sufrimiento fetal y agotamiento materno. Alumbramiento: artificial. Puerperio: febril. Duró el trabajo: 16 hrs. Caso de inercia uterina.

Observación No. 32.—M. F., 28 años; múltipara; curso 90. mes. Parto: principió el 12-I-42 a las 21 hrs. A las 14 hrs. los dolores se presentan fuertes con 2 cm. de dilatación. Se completó a las 17 hrs. Expulsión: duró 1 hora. Alumbramiento: 15 m. Puerperio: normal. Duró el trabajo: 9 hrs.

Observación No. 34.—C. A., 23 años; múltipara; curso 90. mes. Parto: principió el 13-I-42 a las 7 hrs. con dolores suaves. Fuertes a las 12 hrs. con 4 cm. de dilatación. Se completó a las 16 hrs. Expulsión: duró 1 hora 40 m. Alumbramiento: 20 m. Puerperio: normal. Duró el trabajo: 10 hrs.

Observación No. 35.—G. R., 28 años; múltipara; curso 90. mes. Parto: principió el 13-I-42 a las 11 hrs. Dolores suaves. Fuertes hasta la dilatación completa a las 18 hrs. Expulsión: duró 1 hora. Alumbramiento: 35 m. Puerperio: normal. Duró el trabajo: 3 hrs. 35 m.

Observación No. 36.—L. O., 34 años; múltipara; curso 90. mes. Parto: principió el 14-I-42 a las 9 hrs. Dolores fuertes desde 3 cm. de dilatación Trabajo irregular. Expulsión duró 2 hrs. Alumbramiento: 30 m. Puerperio: febril. Duró el trabajo: 9 horas.

Observación No. 37.—R. A., 27 años; múltipara. Parto: principió a las 12 hrs., dolores suaves; fuertes con 4 cm. de dilatación. Completa a las 18 hrs. 30 m. Expulsión: 1 hora. Alumbramiento: 30 m. Puerperio: normal. Duró 8 hrs.

Observación No. 38.—P. R., 30 años; múltipara. Parto: principió el 14-I-42 a las 19 hrs. Dolores fuertes desde 2 cm. de dilatación. Completa a las 23 hrs. Expulsión: 30 m. Alumbramiento: 30 m. Puerperio: normal. Duró el trabajo: 5 horas.

Observación No. 39.—C. C., 25 años; múltipara. Parto: principió el 15-I-42 a las 3 hrs. Dolores fuertes hasta dilatación completa a las 8 hrs. Expulsión: 1 hora 30 m. Alumbramiento: 30 m. Puerperio: normal: Duró 6 horas.

Observación No. 40.—P. S., 25 años; múltipara. Parto: principió el 15-I-42 a las 14 hrs. Fuertes dolores con 6 cm. de dilatación. Completa a las 20 hrs. Expulsión: 1 hora. Alumbramiento: 30 m. Puerperio: normal. Duró el trabajo: 7 hrs. 30 m.

Observación No. 41.—G. C., 26 años; múltipara. Parto: principió el 16-I-42 a las 7 hrs. Fuertes los dolores desde 6 cm. de dilatación. Completa a las 19 hrs. Expulsión: 15 m. Alumbramiento: 15 m. Puerperio: normal. Duró 12 hrs. 30 m.

Observación No. 42.—G. C., 20 años; múltipara. Parto: principió el 16-I-42 a las 3 hrs. Dolores fuertes con 3 cm. de dilatación. Completa a las 14 hrs. Expulsión: 2 hrs. Alumbramiento: 30 m. Puerperio: normal. Duró el trabajo: 13 hrs. 30 m.

Observación No. 43.—S. L., 27 años; múltipara. Parto: principió el 15-I-42 a las 16 hrs. Dolores fuertes a las 5 hrs. con 4 cm. de dilatación. Completa a las 9 hrs. Expulsión: 1 hora. Alumbramiento: 1 hora. Puerperio: normal. Duró el trabajo: 19 hrs.

Observación No. 44.—M. L. CH., 17 años; múltipara. Parto: principió el 17-I-42 a las 19 hrs. Dolores fuertes a las 24 hrs. con 4 cm. de dilatación. El 18 a las 3 hrs. dilatación completa. Expulsión: 1 hora. Alumbramiento: 30 m. Puerperio: normal. Duró el trabajo: 9 hrs. 30 m.

Observación No. 45.—J. M., 36 años; múltipara. Parto: principió el 17-I-42 a las 15 hrs. Dolores fuertes hasta dilatación completa. Expulsión: 1 hora. Alumbramiento: 35 m. Puerperio: normal. Duró el trabajo: 5 hrs. 35 m.

Observación No. 46.—M. A. F., 23 años; múltipara. Parto: principió el 17-I-42 a las 3 hrs. Dolores fuertes con 6 cm. de dilatación. Completa a las 15 hrs. Expulsión 1 hora. Alumbramiento: 20 m. Puerperio: normal. Duró 13 hrs. 20 m.

Observación No. 47.—L. A., 24 años; múltipara. Parto: principió a las 3 hrs. Dolores fuertes hasta dilatación completa a las 10 hrs. Expulsión duró 1 hora. Alumbramiento 30 m. Puerperio: normal. Duró el trabajo: 8 hrs.

Observación No. 48.—M. A., 29 años; múltipara. Parto: principió el 17-I-42 a las 9 hrs. Dolores fuertes con 3 cm. de dilatación. Completa a las 10 hrs. Expulsión duró 1 hora. Alumbramiento: 30 m. Puerperio: normal. Duró 12 hrs. 30 m.

Observación No. 49.—M. E. S., 25 años; múltipara. Parto: principió el 17-I-42 a las 12 hrs. Dolores fuertes a los 3 cm. de dilatación. Completa a las 11 hrs. del 18. Expulsión: 30 m. Alumbramiento: 15 m. Puerperio: normal. Duró 23 hrs. 45 m.

Observación No. 50.—L. M., 28 años; múltipara. Parto: principió el 18-I-42 a las 9 hrs. Dolores fuertes hasta dilatación completa. Expulsión: 40 m. Alumbramiento: 25 m. Puerperio: normal. Duró el trabajo: 5 hrs. 35 m.

Todas las observaciones son auténticas.

Dr. ARTURO ZECEÑA M.,
Jefe del 1er. Servicio de Maternidad, Hospital General

CONCLUSIONES

- 1a. - La quinización uterina previa al parto, es eficaz como tratamiento profiláctico de la inercia uterina y de sus complicaciones
- 2a. - Es un método sencillo y económico, de fácil aplicación y sin efectos nocivos, siempre que las dosis que se administren sean moderadas.
- 3a. - La quinina no provoca las contracciones uterinas disminuyendo la duración normal del embarazo, puesto que éste se verifica a término, pero una vez iniciadas éstas, las refuerza y regulariza, ejerciendo una acción favorable sobre el desarrollo del parto.
- 4a. - Aunque el número de 50 casos observados pudiera parecer reducido, es sin embargo suficiente para formarse un criterio favorable respecto a la acción benéfica de la quinización y ello nos capacita para recomendar su aplicación, conforme a la técnica descrita, principalmente en los casos observados y asistidos lejos de medios hospitalarios, en los cuales tendría mayor importancia y beneficios.

STEFANO VIGNOLO.

Imprímase:

RAMIRO GALVEZ A.—Decano.

BIBLIOGRAFIA

- Chistoni, Dr. Archivio di Science Biologiche (1922)
- De Lee Principles and Practice of Obstetrics.
- Diradourian, J. y J. León ... Surgery, Gynecology and Obstetrics. X-939.
- Enciclop. Médico-Quirúrgica. La quinina en Obstetricia.
- Ganner, P. J. British Medical Journal, London 3-8-935.
- Results of Antenatal Administration of quinine.
- Hadjieff, D. Schweizerische Medizinische Wochenschrift. 16-III-935. Value of Quinine in Obstetrics.
- Hendel, Dr. W. Tratamiento quinina-calcio del aborto y de las contracciones uterinas insuficientes.
- Iturbide Arrivillaga, J. Influencia del paludismo durante la gestación y paludismo congénito en la zona de Tiquisate.
- Kamoto, Dr. O. Acta Scholae Med. Universitatis Tokyo.
- Kurdinowsky Acción de la quinina sobre el útero.
- Manquat, A. Precis de Thérapeutique. 1922.
- Marfori, Prof. Pío Tratado de Farmacología y Terapéutica.
- Mediz, Klin 1921. Acción de la quinina sobre el útero.
- Mitchell, D. A. British Medical Journal, London 25-I-930.
- Use of quinine in normal labor.
- Monges Urbieta, R y
- Linger, R. «Anales del Instituto de Maternidad y asistencia Social, Profesor U. Fernández», de Buenos Aires. El método de inducción médica del parto con quinina-calcio.
- Palacios, Conta N. y
- Berdina T. Inducción del parto con quinina-calcio. Revista Médica Argentina.
- Quocchi Rassegna di Obstetricia y Ginecología; Accione de la quinina sobre el útero grávido.
- Richaud, A. y Hazard, R. ... Precis de thérapeutique et de pharmacologie
- Smit, Dr. H. P. El uso de la quinina en Obstetricia.
- Smith, M. D. Linton Quinine in late pregnancy. 21-I-39.
- Antenatal Administration of Quinine. 7-36.
- The Journal of the American Medical Association. Vol. 112 No. 3. Atlanta Ga.
- Thérapeutique Clinique, 1938.
- Paul Savy Ag. de 1939. Acción ocitócica de la quinina.
- Surgery, Gynecology and
- Obstetrics No. 16 de octubre de 1938.
- The Journal of the American
- Medical Association. Vol. III. Fisiología Obstétrica Normal y Patológica.
- Vignes, Dr. Henri Tratado de Obstetricia.
- Williams Pharmacodinamie.
- Zunz, E.

PROPOSICIONES

Anatomía Descriptiva	Arteria Uterina.
Anatomía Patológica y Patología General	De la Ovaritis Esclero- quística.
Anatomía Topográfica	Región Inguino-abdominal.
Bacteriología	Gonococo.
Botánica Médica	Viburnum Prunifolium.
Clínica Quirúrgica	Punción Lumbar.
Clínica Médica	Exploración del Bazo
Física Médica	Termómetros clínicos.
Fisiología	Del estómago.
Higiene	Profilaxia del sarampión.
Medicina Legal y Toxicología	Aborto criminal.
Histología	Del Ovario.
Obstetricia	Placenta Previa.
Patología Quirúrgica	Embarazo Ectópico.
Patología Médica	Pleuresía sero-fibrinosa.
Patología Tropical	Paludismo pernicioso.
Pediatría	Sarampión.
Psiquiatría	Delirium Tremens.
Parasitología	Anquilostoma Duodenal.
Técnica Operatoria	Cesárea baja.
Química Biológica	Reacción de Tevenón-Roland.
Química Inorgánica	Yodo.
Química Orgánica	Urotropina.
Terapéutica	Quinina.

CUADRO GENERAL

QUININIZADAS

DURACION DEL PERIODO DE DILATACION

Horas	1 1/2	2 1/2	3	3 1/2	4	4 1/2	5	5 1/2	6	6 1/2	7	7 1/2	8	9	10	11	11 1/2	12	12 1/2	13	15	17	19	21 1/2	23 1/2
Primíparas:	1	1	1		2	1	2		1		2		2	2	3			1		5				1	
Múltiparas:																									

DURACION DEL PERIODO DE EXPULSION

Minutos	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	100	Horas	2	3
Primíparas:		1			1	8	1	2	1		10										
Múltiparas:	5	4	2	1	8	1		1			3										

DURACION DEL ALUMBRAMIENTO

Minutos	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60
Primíparas:	4	10	5	5								
Múltiparas:	1	14	4	5		1						

DURACION TOTAL DEL TRABAJO

Horas	2	3	3 1/2	4	4 1/2	5	5 1/2	6	6 1/2	7	7 1/2	8	8 1/2	9	9 1/2	10	10 1/2	11	11 1/2	12 1/2	13	15	18 1/2	23	24
Primíparas:	1			2	1			1	1	1		2	2			2	2			2	3		2	1	2
Múltiparas:	1	1	2	1	1	2	2		3	1	2	1				2	2			1	1	2			

NO QUININIZADAS

DURACION DEL PERIODO DE DILATACION

Horas	2	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	19	19 1/2	20	20 1/2	21	22	22 1/2	23	23 1/2	24
Primíparas:	1						1	3		4	1	2	2	3	3	1					1		1		2
Múltiparas:																									

DURACION DEL PERIODO DE EXPULSION

Minutos	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	2	2 1/2	3	4
Primíparas:		1	1	3					1		2						2	5	2	3	1
Múltiparas:	2	3			4						7						2	4	1	1	1

DURACION DEL ALUMBRAMIENTO

Minutos	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	Pat.
Primíparas:	1		1	1		19							3
Múltiparas:			2	3	1	17							1

DURACION TOTAL DEL TRABAJO

Horas	3 1/2	5	5 1/2	6	7	7 1/2	8	8 1/2	9	9 1/2	10	10 1/2	11	12	12 1/2	13	13 1/2	14 1/2	15	16	17 1/2	18	20	24	27	40
Primíparas:		1		1	1						1		3			3			1	2	3	3	1	2	1	1
Múltiparas:	1	1	2	1	1	2	2	1	1		4		2		2				1				1	1		

COMPLICACIONES

	P	M		P	M
Parto prolongado e irregular	0	0	Parto prolongado e irregular	3	1
Expulsión prolongada	0	0	Expulsión prolongada	6	3
Sufrimiento fetal	0	0	Sufrimiento fetal	3	1
Hemorragia del alumbramiento	0	0	Hemorragia del alumbramiento	3	1
Puerperio febril	0	0	Puerperio febril	7	2

Inercia uterina { Primíparas..... 14%
Múltiparas..... 4%