

UNIVERSIDAD NACIONAL

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

GUATEMALA, C. A.



# PARTO BREVE Y ANALGESICO

---

TESIS

PRESENTADA A LA JUNTA DIRECTIVA

DE LA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

POR

ALEJANDRO RECINOS

Ex-interno por oposición del Hospital General en los servicios de Maternidad, Ginecología, Urología, Emergencia y Primero de Cirugía de Mujeres durante los años de 1937 a 1943.

EN EL ACTO

DE SU INVESTIDURA DE

MEDICO Y CIRUJANO

## CAPITULO PRIMERO

En todos los tiempos, uno de los objetivos primordiales de la ciencia médica, ha sido el alivio del dolor. Es el dolor uno de los síntomas más frecuentemente encontrados en patología y, en razón de esa frecuencia, adquiere un alto valor en clínica, cuando se trata de establecer la existencia de la enfermedad. Tal parece que la Naturaleza, con clarividente determinismo, recurre al dolor como una campanada de aviso, urgente e imperativa, para denunciar el escondido proceso morboso que inicia el derrumbe de la salud.

Y bajo este aspecto, es lamentable que existan enfermedades, muchas de ellas graves, como el cáncer, que no manifiestan al dolor como síntoma de principio, o lo presentan sólo muy al final de su curso, cuando la ciencia es ya impotente para luchar contra ellas.

De acuerdo con estas ideas, es fácil deducir la situación psicológica del médico ante el dolor. No se trata actualmente de considerarle como un factor advenedizo, inoportuno y malévolo, dedicado exclusivamente a amargar y hacer miserable la existencia del enfermo, sino como centinela precioso, vigilante, que advierte que algo se desvió de los cauces de la fisiología, obligando así al enfermo a solicitar los cuidados del médico y ayudando a éste a establecer la situación y carácter de la enfermedad. A este propósito recuerdo una bella metáfora leída en el libro "Diagnósticos urgentes" del Profesor Mondor: "Administrar morfina en ciertas enfermedades agudas del abdomen, es, dice, como apagar una lámpara en el momento de penetrar a una habitación oscura».

Pero una vez que el clínico ha sacado todo el partido posible del dolor, no sólo como elemento de diagnóstico sino aún de pronóstico, es su deber inaplazable procurar el alivio inmediato. Sería criminal permitir que el enfermo que adolece de Angina de pecho o de Cólico nefrítico llegase a la desesperación, y aún hasta los bordes del suicidio, víctima de un dolor que nosotros podemos hacer disminuir o cesar casi seguramente.

¿Es, pues, el dolor un síntoma fatal de enfermedad? Tal lo parece. Y sin embargo, ¿por qué es doloroso un proceso biológico considerado perfectamente normal como el parto? He oído decir muchas veces que el parto no era primitivamente doloroso y que este carácter lo ha adquirido por el influjo de la civilización; que la mujer de los tiempos cavernarios daba a luz con perfecta naturalidad y sin interrumpir siquiera, más que por un indispensable momento, sus labores «domésticas». A uno mismo le parece, en efecto, que a medida que la mujer en trance de parto es menos civilizada, su dolor es de menor intensidad, y, por este

camino se llega a pensar si este hecho obedecerá a que la cultura y el refinamiento hacen el sistema nervioso más sensible al impulso doloroso.

J. B. de Lee, maestro que escaló las más altas cimas de la ciencia obstétrica, afirma que si el parto fué alguna vez un acontecimiento normal, hoy día, en gran parte, en su mayor parte, se ha convertido en patológico. De su libro entresaco los párrafos más brillantes con que apoya, muy convincentemente, su punto de vista:

«Mientras la Tuberculosis y la difteria son universalmente temidas como enfermedades mortales, tener un hijo es generalmente (y estúpidamente) considerado como una actividad normal, natural de la mujer. Como respirar o dormir. ¿Cómo puede el parto ser considerado como un acontecimiento normal, cuando de él provienen las heridas, el destrozo de los delicados tejidos —en la mayoría de las mujeres civilizadas— que forman el pasaje por donde sus hijos han de salir a ver la luz del día? Y aún los nueve meses de preparativos para este acontecimiento dudosamente sagrado no son, a menudo, sino una larga enfermedad. ¿Cómo no ser profundamente inhumanos los partos de hoy, cuando la mitad de las mujeres modernas que han tenido hijos llevan las huellas del detrimento ocasionado por la prueba y sufrirán, tarde o temprano y en grados variables, las consecuencias del parto?»

Parece, pues, claro, que hoy día, la reproducción humana debiera ser considerada como una enfermedad peligrosa y, tal vez el viejo médico francés no andaba muy lejos de la verdad cuando afirmó: «el embarazo es una enfermedad de nueve meses de duración» (F. Mauriceau).

Lo cierto es que tratándose de un síntoma de carácter eminentemente subjetivo como el dolor, no susceptible de ser medio matemáticamente, no se pueden establecer afirmaciones categóricas y debemos contentarnos con la apreciación aproximada que nace de la opinión de la enferma y de la observación de sus reacciones.

## CAPITULO SEGUNDO

Por otra parte, la dificultad de apreciar objetivamente el dolor no le resta interés a su estudio, ni mucho menos, al problema de vencerlo. Los médicos especializados en Obstetricia no podían hacer excepción y, muy por el contrario, le han dedicado siempre sus más caros afanes. Pero ciertamente, la fase científica de la analgesia obstétrica sólo comienza después de que la anestesia quirúrgica es ya un hecho. Fué Simpson, en Inglaterra, allá por el año de 1847, quien por primera vez en la historia, hizo un intento de aliviar el dolor del parto. Sus trabajos, llevados a cabo por medio de inhalaciones de gases (éter y cloroformo) marcan un punto de partida.

Y es admirable que, siendo el parto una cosa tan vieja como la humanidad misma, debiesen haber transcurrido tantos y tan lentos siglos para que el hombre se preocupase de aliviar a la doliente madre. Paul de Kruif, en su libro *El Combate de la Vida*, analiza pintorescamente este desinterés. «¿Es que, hasta hace cien años, dice, el género humano era tan cruel que aún sus mejores hombres de la ciencia médica querían ver a la mujer sufriendo torturas? No. Hay una explicación más aceptable de esa espera para ir en alivio del tormento del parto. Hasta pasada la Edad Media, los hombres, los médicos, no eran admitidos al lado del lecho de la parturienta mientras nacía su hijo. El médico era llamado sólo como último resorte cuando el parto era extremadamente laborioso, cuando el niño no nacía, cuando la madre estaba a punto de morir de dolor y de agotamiento».

Estas ideas, están de acuerdo con lo que dice Axel Munthe en su libro *Historia del Castillo de San Michele*: «que la Ginecología y la Obstetricia permanecieron estancadas durante cinco siglos porque eran del exclusivo ejercicio de las mujeres»; ello sea citado sin intención de ofender a la dulce mitad del género humano.

Después de los trabajos de Simpson, se ha ensayado por los médicos de todos los países y tiempos, toda clase de métodos para producir amnesia pasajera, analgesia o verdadera anestesia. Los gases, el opio y sus derivados y los barbitúricos han roto sus lanzas tratando de vencer el dolor del parto. Y no se puede negar que lo han conseguido más o menos eficazmente, pero a costa de subido precio: todos ellos encierran peligros innegables para madre y niño. La depresión bulbar del recién nacido, con la asfixia primaria o secundaria consiguientes, o la obnubilación de la conciencia materna con la detención del trabajo de expulsión, así como las intervenciones obstétricas indispensables y las consiguientes lesiones traumáticas para madre y niño y el aumento de la frecuencia de la infección puerperal, han sido, entre otros, los inconvenientes que han hecho abandonar estos métodos.

Quedaba pues, únicamente la anestesia regional con sus variantes —raquianestesia, infiltraciones esplánica y perineal— como recurso posible de analgesia obstétrica. La raquianestesia desde luego no conviene por su efecto hipertonizante y paralizante sobre la fibra uterina: con ella el útero suspende su trabajo y se detiene en estado de tetanización. Con la anestesia del perineo por infiltración de soluciones de medicamentos semejantes a la Novocaína, sólo se obtiene una anestesia parcial, en el momento del desprendimiento de las distintas partes fetales. Se recurrió a la anestesia esplánica, pero sabiendo que ella será objeto de un trabajo de tesis en esta misma Facultad, me abstengo de hacer consideraciones sobre su eficacia.

### CAPITULO TERCERO

Por este camino de exclusión, llegamos al momento feliz en que se pensó en la analgesia caudal o epidural por vía sacra, como posible agente de analgesia durante el parto. Sicard y Cathelin, trabajando independientemente, fueron los descubridores de la anestesia epidural, en el año de 1901. Estos autores demostraron que los líquidos anestésicos introducidos a través del hiato sacro, alcanzan una altura directamente proporcional con la velocidad de la inyección y la cantidad de la misma. Cathelin, además, estableció que cuando el volumen de la inyección es considerable, puede llegarse a obtener una verdadera anestesia general por bloqueo de las raíces nerviosas en toda la altura del espacio epidural.

Tuvieron que transcurrir diez años más (1911) para que Laewen y Gaza, en Alemania, trataran de usar la anestesia epidural con fines obstétricos. Posteriormente, en Norteamérica, se hicieron otros ensayos que cito en orden cronológico:

Meeker y Bonar (1923); Oldham (1925); Lundi (1928); Henry y Jaur (1929); Rucker (1930); Campbell (1935); Johnson (1936); Sword (1936); Baptisti (1939); en 1942 Lahman y Mietus dieron cuenta de 400 casos obstétricos en que había sido usada satisfactoriamente la anestesia epidural. De un examen cuidadoso de todos estos trabajos se deducen las siguientes conclusiones concordantes:

Solución empleada: Novocaína al 1 o 2%.

Cantidad en una sola vez: 30 a 40 cc.

Duración de la anestesia: Mínima: 1 hora. Máxima una hora y media.

Momento de la inyección: al comienzo del período de expulsión.

Resultados: buena anestesia; seguridad absoluta para madre y niño.

En este estado de cosas, Robert A. Hingson y Waldo B. Edwards, de Norteamérica, en octubre de 1941, le imprimen actualidad al método imaginando una interesante modificación: ellos practican la anaestesia no ya con una sola inyección sino con inyecciones múltiples llevadas a cabo a intervalos variables, comenzando casi al mismo tiempo que el trabajo del parto (cuando el cuello uterino ha alcanzado una dilatación de tres centímetros y los dolores se presentan separados por un tiempo no mayor de cinco minutos). Su método consiste esencialmente en dejar una aguja insertada en el hiato sacro durante todo el tiempo que dure el parto y que dará paso a inyecciones sucesivas cuya frecuencia será regulada por la reaparición del dolor. El proceso del parto es semejante con este procedimiento al del parto espontáneo, sólo que, naturalmente, es indoloro. Sus resultados son admirables: las enfermas en pleno tra-

bajo de parto «gozan de alivio inmediato, régimen alimenticio normal, lectura, radio, visitas, etc.», según palabras textuales de los autores, hasta que, al ser visible la presentación al entreabrir la vulva, son llevadas al cuarto de trabajo a terminar su parto. Por supuesto esta técnica no es aplicable a todos los casos: toda causa de distocia constituye una contraindicación formal del método.

Voy a transcribir literalmente un párrafo de Hingson y Edwards, en el que resumen rápidamente los resultados obtenidos con su método: «A causa de la relajación de las partes blandas del canal obstétrico y del estrecho inferior, el progreso del parto es facilitado. Hemos encontrado seguro dejar a la madre en su cama hasta que la presentación es visible al entreabrir la vulva. El peligro del parto precipitado es reducido puesto que la fuerza expulsiva debida al dolor está ausente. La madre es entonces llevada al cuarto de trabajo con el aparato in situ. El perineo se prepara con tintura de jabón verde y antiséptico. La paciente es correctamente vestida para el parto. Ha sido nuestra costumbre usar episiotomía profiláctica y **extracción con fórceps vaginal** que es facilitada por la relajación del perineo. En los partos espontáneos la presentación aplancha gradualmente el perineo de adentro hacia afuera, dilata la vulva y sale. La mayoría de los niños respiran espontáneamente puesto que no se ha usado medicamento alguno que comprometa su mecanismo vital. En nuestra experiencia el parto en presentación podálica es considerablemente facilitado. El niño pequeño por premadurez tiene mayor oportunidad de vivir que corrientemente, puesto que se ha evitado el peligro de una severa deshidratación y el traumatismo obstétrico se ha reducido al mínimo. El tercer período del parto no es prolongado y hay notoria disminución de la hemorragia. El poder contráctil del útero no se inhibe».

Leyendo cuidadosamente el párrafo anterior complace ver las excelencias del método. Pero hemos de detenernos en un punto: me refiero a esa «nuestra costumbre de extracción con fórceps vaginal» de Hingson y Edwards.

Con su técnica estos autores ven aumentada la frecuencia del parto operatorio hasta un grado alarmante: 70% de los casos! Y ello es perfectamente lógico. La expulsión del niño se debe, además del esfuerzo uterino, al deseo de pujar que experimenta la madre y que es puesto en marcha por un mecanismo reflejo que nace con el dolor de la distensión perineal. Ahora bien, la anestesia epidural provoca una «sección temporal» del arco reflejo perineo-abdominal; La parturienta no puja porque no se ve compelida a hacerlo; el parto se detiene en su período final, simplemente porque ya no duele. En este momento representa gran papel la cooperación de la enferma. Naturalmente, el hecho de pujar

es un acto reflejo, pero no sólo reflejo sino también voluntario. Una mujer instruida y deseosa de cooperar, puja muy eficazmente en el momento oportuno, que es cuando se presenta la contracción uterina, y a requerimiento del médico; con esta condición el parto puede terminar espontáneamente, pero los casos en que esta cooperación no es efectiva por fuerza deben terminar con aplicación de fórceps. Y desde luego esta intervención, siempre que sea regulada técnicamente, es benigna desde el punto de vista del traumatismo obstétrico, pero en todo caso aumenta los riesgos de infección puerperal; la sola enunciación de tal complicación es escalofriante a la luz de la técnica obstétrica moderna.

#### CAPITULO CUARTO

Discurriendo así, un buen día, con mi culto jefe de Servicio, Dr. Arturo Zeceña, en ocasión en que yo hacía el internado de Maternidad en el Hospital General, tuve la oportunidad de escuchar su consejo, que sabio y oportuno, había de ser la inspiración de este trabajo. Su larga experiencia como médico especializado en Obstetricia, le había hecho conocer ampliamente las propiedades de un preparado inyectable de fabricación austríaca llamado Timofisina. Este fármaco es, en definitiva, un medicamento análogo a la Pituitrina, con la ventaja de que por tener también extracto de timo, además de ocitócico es también dilatador del cuello uterino. Aplicándolo en casos perfectamente normales y con dilatación incompleta del cuello uterino, acelera esta dilatación y provoca la terminación rápida del parto reduciendo su duración a un tiempo increíblemente corto. El Dr. Zeceña me dijo simplemente: ¿Por qué no aplicar una sola inyección epidural, y luego, aprovechando la analgesia y la relajación de las partes blandas provocar el parto rápido con Timofisina? Y fué así como nació este trabajo.

Mis primeras observaciones fueren hechas con Timofisina. Pero muy pronto hube de chocar con una dificultad, que de primera intención me pareció insuperable: Como consecuencia de la Guerra Mundial no llegaban ya a nuestros mercados los productos europeos; las existencias americanas de Timofisina se agotaron rápidamente y una búsqueda en algunos de los países latino-americanos fué infructuosa. Mi trabajo quedaba interrumpido por la falta de uno de sus principales elementos; tanto más cuanto que ninguna de las casas fabricantes de productos biológicos de la América, hacía, ni hace, uno semejante a la Timofisina.

Perplejo y descorazonado, me puse a pensar si el uso de pequeñas dosis de Pituitrina podría equivaler a la Timofisina y decidí ensayar. Poniendo dos o tres unidades de Pituitrina cada diez o quince minutos obtuve resultados muy buenos y absolutamente comparables a los de la Timofisina. Con tres unidades como mínimo y quince como máximo terminó el parto, según se puede ver en las observaciones que presento.

Aproximadamente las primeras veinte observaciones se llevaron a cabo en primigestas en los primeros momentos de su trabajo de parto. Ellas tuvieron por objeto demostrar hasta qué punto era posible llevar las ventajas del procedimiento. Después de haber observado los resultados obtenidos me dediqué a tratar el parto independientemente del grado de multiparidad y dilatación del cuello uterino, hasta completar un total de sesenta observaciones.

Puedo decir que en ningún caso tuve que lamentar accidentes maternos ni fetales. Alguna vez observé vómitos ligeros que desaparecieron rápidamente. Tanto madres como niños se condujeron normalmente durante el parto y el sobreparto. La mayor parte de las enfermas fueron examinadas el día de su salida con el objeto de establecer si se había provocado un desgarró cervical, vaginal o perineal por el uso del ocitócico; esta encuesta fué negativa y pensamos que fué así porque, no obstante que la Pituitrina es un medicamento clásicamente vedado cuando la dilatación del cuello es incompleta, las pequeñas dosis de la misma no hacen sino exagerar ligeramente el proceso fisiológico de la contracción uterina, sin sobrepasar los límites de la prudencia, aprovechando la relajación anestésica del canal inferior del parto.

En cuanto a los niños, todos nacieron en estado de completa normalidad; la respiración se estableció espontánea e inmediatamente después del nacimiento. Sin embargo, en la observación No. 37 aludimos a un niño que nació asfixiado, pero éste sufría ya antes de aplicar el tratamiento (presencia de meconio —foco acelerado y de tonos sordos) como consecuencia de un parto de curso muy lento. No obstante, después de reducir el trabajo del parto a un tiempo relativamente corto, el método hizo nacer un niño que fué fácilmente reanimado. Nunca tuvimos un caso de asfixia blanca.

El tercer período del parto transcurrió sin incidente alguno atribuible al procedimiento. Fué atendido por el método de Credé y la hemorragia fué sensiblemente normal.

Todas las enfermas experimentaron un alivio real de sus dolores y aquellas que los tenían exagerados, demostraron gratitud en su gran mayoría. Su estado general, tensión arterial, etc., no sufrieron en ningún caso modificaciones apreciables desde el punto de vista clínico.

### **INERVACION UTERINA**

1.—Simpático eferente visceral. Motor para el segmento uterino superior: ganglios simpáticos torácicos superior y posiblemente cervicales inferiores y nervios que corren por los plexos celíaco, aórtico, renal e hipogástrico.

2.—Simpático aferente visceral. Sensibilidad uterina: ganglios simpáticos onceavo y doceavo y posiblemente el primero lumbar y nervios correspondientes.

3.—Parasimpático visceral aferente y eferente. Inhibidor para el útero; sensitivo y motor para el cuello; sensitivo para el canal superior del parto: segundo, tercero y cuarto nervios sacros, directamente hacia el gran ganglio de Frankenhauser.

Como lo han demostrado Hingson y Edwards, una sola inyección de un líquido cualquiera, de 30 a 40 centímetros cúbicos, practicada en el canal sacro, alcanza siempre sin sobrepasarlo el décimo segmento dorsal de la médula; es pues evidente que con ella se puede producir una anestesia uterina que dura entre una hora y hora y media sin alterar la motilidad del órgano. Al mismo tiempo, el hecho de inyectar en pleno canal sacro asegura el bloqueo de la sensibilidad del cuello uterino, del canal obstétrico inferior y del piso perineal, porque se bañan directamente las raíces sensitivas del plexo sacro. Las fibras sensitivas del útero son elementos aferentes viscerales funcionalmente independientes del sistema nervioso autónomo, y corren por los plexos pelviano, hipogástrico y aórtico, antes de conectarse con los ganglios de las raíces posteriores de los nervios undécimo y duodécimo dorsales. La inervación sensorial del cuello uterino y la bóveda vaginal corre por los nervios parasimpáticos sacros y la de la parte inferior del canal obstétrico, del piso pelviano y del perineo corre a cargo del nervio pudendo, rama del plexo sacro.

La inervación motora del útero comprende componentes eferentes simpáticos y parasimpáticos. Todos ellos abandonan la médula espinal al nivel del décimo segmento dorsal. Quedan pues, fuera del alcance de una inyección anestésica de un volumen no superior a cuarenta centímetros cúbicos, hecha por la vía epidural a través del hiato sacro.

Por otra parte, el estudio clínico verifica que:

1.—El bloqueo de las raíces nerviosas sacras elimina el dolor de distensión del canal del parto, paraliza la musculatura del perineo y anula el tono de la del cuello uterino.

2.—La contracción del músculo uterino no se afecta a condición de que este bloqueo no sobrepase la altura de la décima raíz dorsal.

Tal es la argumentación anatómico-clínica que acredita a la anestesia epidural como un procedimiento eficaz contra el dolor del parto.

#### **TECNICA DEL PARTO BREVE Y ANALGESICO**

1.—Examen general y obstétrico para establecer la existencia de

toda contraindicación, así como para darse cuenta del progreso alcanzado por el curso espontáneo del parto.

2.—Administración de un enema rectal evacuador compuesto de un litro de agua y una cucharada de jabón líquido. Se ruega a la enferma orinar y evacuar al mismo tiempo el enema.

3.—Si las membranas están intactas se procede a su ruptura artificial, en razón de que las ideas del profesor Metzger, nos parecen muy acertadas cuando afirma que esta maniobra acelera increíblemente el curso del parto.

4.—La enferma es colocada en posición lateral de Sims y la región sacra es preparada con jabón, alcohol y éter.

5.—Previa antisepsia, se hace un botón dérmico con solución de Novocaína al 1% exactamente sobre el hiato sacro. Se introduce en el espacio epidural una aguja Becton-Dickinson No. 20 de seis centímetros de longitud. Se hace una aspiración para ver si la aguja no cayó bajo la duramadre o en algún vaso sanguíneo. Si no sale líquido céfalo-raquídeo ni sangre se procede a la inyección epidural de 40 cc. de la solución anestésica al 1%, salvo el caso en que el trabajo del parto está ya muy avanzado en el que se puede poner menor cantidad. Se retira la aguja y se coloca a la enferma en posición dorsal.

6.—Aconsejamos esperar de diez a quince minutos antes de poner la primera dosis del ocitócico: ellos dan tiempo suficiente para que la anestesia alcance su nivel máximo y pueden ser aprovechados para la exploración de la sensibilidad al contacto, al calor y al pinchazo. Luego insertamos una aguja hipodérmica corriente en el tejido celular subcutáneo de uno de los muslos y la mantenemos constantemente aséptica para poder hacer las inyecciones sucesivas de Pituitrina o Timofisina. Hemos encontrado igualmente cómodo diluir la ampolla de Pituitrina en nueve centímetros cúbicos de suero fisiológico, para facilitar su dosificación. Esta dosificación y la frecuencia de las inyecciones debe supeditarse a la reacción individual y siempre variable de las enfermas. Lo ideal es llegar a obtener contracciones rítmicas y eficaces. Es necesario tener presente la posibilidad de llegar a provocar una ruptura uterina, especialmente si la reacción a pequeñas dosis es muy violenta o las dosis han sido muy grandes desde el principio, cuando aún no se tiene idea de la susceptibilidad individual. Algunas enfermas responden muy bien con dosis tan pequeñas como dos unidades al paso que otras no lo hacen con dosis de cinco, siete o más unidades.

8.—Todos los preparativos deben estar hechos de antemano para la asistencia del parto que será inminente cuando la presentación sea vista al entreabrir la vulva y al comenzar la dilatación anal. No olvidar reti-

rar la aguja hipodérmica del muslo. El alumbramiento es tratado conforme las preferencias del partero: la técnica descrita no modifica en modo alguno su mecanismo habitual.

### ACCIDENTES DE LA PUNCION EPIDURAL

1.—**Punción sub-dural:** Se reconoce por la salida de líquido céfalo-raquídeo. Su peligro, que es enorme, consiste, aun después de retirar la aguja uno o dos centímetros, en la posibilidad de que el líquido anestésico pueda franquear la brecha dural y producir una verdadera raquianestesia; ya hemos visto que la raquianestesia tiene el poder de tetanizar el útero y paralizar sus contracciones, pero además el volumen de 40 c.c. de la inyección destinada para la vía epidural resulta enorme para la vía sub-dural; se puede así provocar un bloqueo medular hasta una altura considerable y afrontar riesgos casi seguramente mortales. Supimos de un caso en que no se respetó esta contraindicación, el operador se limitó a retirar ligeramente la aguja y practicó la inyección: poco faltó para obtener un desenlace mortal de la enferma que presentando un cuadro evidente de cuadriplejía, cayó en un estado de choque tan fuerte que escasamente cedió a un tratamiento muy bien conducido. Insistimos pues, cuando al insertar la aguja en el espacio epidural obtengamos líquido céfalo-raquídeo, nuestro deber es retirarla y considerar el caso como inadecuado para el tratamiento.

2.—**Punción de una de las numerosas venas del espacio epidural:** Este accidente se reconoce por la salida de sangre, es mucho más benigno que el anterior y la conducta ante él consiste en mover la aguja, retirándola, hasta que ya no salga más sangre; luego de ello se puede hacer la inyección epidural sin peligro alguno.

3.—**Inyección subcutánea:** se reconoce por la tumefacción subcutánea que va formándose en la región sacra a medida que se empuja el pistón de la jeringa. Es necesario rectificar la posición de la aguja hasta tener la seguridad de que se encuentra en pleno espacio epidural.

### CONTRAINDICACIONES DEL METODO

Son contraindicaciones formales del método del PARTO BREVE Y ANALGESICO:

- 1.—Todas las de la Pituitrina, tanto médicas como obstétricas y entre estas últimas lo son las maternas como las fetales.
- 2.—Las deformidades de la columna vertebral, muy especialmente las que atañen al segmento sacro.
- 3.—Las infecciones de la piel y tejidos subyacentes de la región sacra.

4.—Las enfermedades infecciosas agudas y las crónicas caquetizantes.

5.—La inercia uterina.

6.—Las Neurosis y Psicosis.

### OBSERVACIONES

1.—R. S. Primigesta. P.V.O.I.I.A. Cabeza encajada. Bolsa intacta. Tres centímetros de dilatación. Dolores fuertes y bien ritmados. Ocho horas de trabajo. Examen general y obstétrico normales.

Tratamiento: Ruptura de la bolsa a las .....	9 horas
Analgesia caudal, 40 cc. de Novocaína 1% .....	9 y 5'
Timofisina, 5 unidades a las .....	9 y 10'
Timofisina, 5 unidades a las .....	9 y 20'
Pituitrina, 5 unidades a las .....	9 y 45'
Resultado: parto espontáneo e indoloro a las .....	9 y 55'

El niño respiró espontáneamente. Duración: ..... 55 minutos

Alumbramiento normal.

2.—T. de S. Primigesta, P.V.O.I.I.A. Cabeza encajada. Bolsa intacta. Cuatro centímetros de dilatación. Dolores fuertes y bien ritmados. Seis horas de trabajo. Exámenes obstétrico y general, normales.

Tratamiento: Ruptura de la bolsa a las .....	9 y 10'
Analgesia caudal, 40 cc. de Novocaína 1% .....	9 y 15'
Timofisina, 5 unidades a las .....	9 y 25'
Timofisina, 5 unidades a las .....	9 y 35'
Resultado: parto espontáneo e indoloro a las .....	10 y 5'

El niño respiró espontáneamente. Duración: ..... 55 minutos

Alumbramiento normal.

3.—H. O. Primigesta. P.V.O.I.I.A. Cabeza encajada. Bolsa intacta. Tres centímetros de dilatación. Dolores fuertes y bien ritmados. Ocho horas de trabajo. Exámenes general y obstétrico, normales.

Tratamiento: Ruptura de la bolsa a las .....	8 y 30'
Analgesia caudal, 40 cc. de Novocaína 1% .....	8 y 35'
Timofisina, 5 unidades a las .....	8 y 45'
Timofisina, 5 unidades a las .....	9 horas
Resultado: parto espontáneo e indoloro a las .....	9 y 15'

Niño respiró espontáneamente. Duración: ..... 45 minutos

Alumbramiento normal

4.—M.R. Primigesta. P.V.O.I.I.A. Cabeza encajada. Bolsa intacta. Cuatro centímetros de dilatación. Dolores fuertes y bien ritmados. Ocho horas de trabajo. Exámenes general y obstétrico, normales.

Tratamiento: Ruptura de la bolsa a las .....	9 y 15'
Analgesia caudal, 40 cc. de Novocaína a las .....	9 y 20'
Timofisina, 5 unidades a las .....	9 y 30'
Timofisina, 5 unidades a las .....	9 y 40'
Timofisina, 5 unidades a las .....	10 horas
Resultado: parto espontáneo e indoloro a las .....	10 y 20'

Niño respiró espontáneamente. Duración: ..... 1 hora y 5'

Alumbramiento normal.

5.—T.A. Primigesta. P.V.O.I.D.P. Cabeza encajada. Bolsa intacta. Cuatro centímetros de dilatación. Dolores fuertes y bien ritmados. Diez horas de trabajo. Exámenes general y obstétrico, normales.

Tratamiento: Ruptura de la bolsa a las .....	8 y 15'
Analgesia caudal, 40 cc. de Novocaína 1% .....	8 y 20'
Timofisina, 5 unidades a las .....	8 y 25'
Timofisina, 5 unidades a las .....	8 y 35'
Timofisina, 5 unidades a las .....	8 y 50'
Pituitrina, 5 unidades a las .....	9 y 10'
Resultado: parto espontáneo e indoloro a las .....	9 y 25'

Niño respiró espontáneamente. Duración: ..... 1 hora y media

Alumbramiento normal.

6.—L. S. Primigesta. P.V.O.I.I.A. Cabeza encajada. Bolsa intacta. Tres centímetros de dilatación. Dolores fuertes y bien ritmados. Ocho horas de trabajo. Exámenes general y obstétrico, normales.

Tratamiento: Ruptura de la bolsa a las .....	9 y 5'
Analgesia caudal a las .....	9 y 10'
Timofisina, 5 unidades a las .....	9 y 20'
Timofisina, 5 unidades a las .....	9 y 30'
Resultado: parto espontáneo e indoloro a las .....	9 y 50'

Niño respiró espontáneamente. Duración: ..... 45 minutos

Alumbramiento normal.

7.—O. de N. Primigesta. P.V.O.I.D.P. Cabeza encajada. Bolsa intacta. Tres centímetros de dilatación. Dolores fuertes y bien ritmados. Doce horas de trabajo. Exámenes general y obstétrico normales.

Tratamiento: Ruptura de la bolsa a las .....	9 y 55'
Analgesia caudal, 40 cc. de Novocaína 1% .....	10 horas

Timofisina, 5 unidaes a las .....	10 y 10'
Timofisina, 5 unidades a las .....	10 y 20'
Timofisina, 5 unidades a las .....	10 y 30'
Resultado: parto espontáneo e indoloro a las .....	11 y 10'

Niño respiró espontáneamente. Duración: ..... 1 hora y 15'

Alumbramiento normal.

8.—B.J. Primigesta. P.V.O.I.I.A. Cabeza encajada. Bolsa entera. Tres centímetros de dilatación. Dolores fuertes y bien ritmados. Ocho horas de trabajo. Exámenes general y obstétrico normales.

Tratamiento: Ruptura de la bolsa a las .....	8 y 55'
Analgesia caudal, 40 cc. de Novocaína 1% .....	9 horas
Timofisina, 5 unidades a las .....	9 y 5'
Timofisina, 5 unidades a las .....	9 y 15'
Timofisina, 5 unidades a las .....	9 y 30'
Resultado: parto espontáneo e indoloro a las .....	9 y 50'

Niño respiró espontáneamente. Duración: ..... 55 minutos

Alumbramiento normal.

9.—R. P. Primigesta. P.V.O.I.I.A. Cabeza encajada. Bolsa intacta. Cuatro centímetros de dilatación. Dolores fuertes y bien ritmados. Siete horas de trabajo. Exámenes obstétrico y general, normales

Tratamiento: Ruptura de la bolsa a las .....	8 y 5'
Analgesia caudal, 40cc. de Novocaína 1% .....	8 y 10'
Timofisina, 5 unidades a las .....	8 y 20'
Timofisina, 5 unidades a las .....	8 y 30'
Resultado: parto espontáneo e indoloro a las .....	8 y 50'

Niño respiró espontáneamente. Duración: ..... 45 minutos

Alumbramiento normal.

10.—J.F. Primigesta. P.V.O.I.I.A. Cabeza encajada. Bolsa intacta. Cuatro centímetros de dilatación. Dolores fuertes y bien ritmados. Ocho horas de trabajo. Exámenes general y obstétrico, normales.

Tratamiento: Ruptura de la bolsa a las .....	8 y 55'
Analgesia caudal, 40 cc. de Novocaína 1% .....	9 horas
Timofisina, 5 unidades a las .....	9 y 5'
Timofisina, 5 unidades a las .....	9 y 15'
Timofisina, 5 unidades a las .....	9 y 30'
Pituitrina, 5 unidades a las .....	9 y 50'
Resultado: Parto espontáneo e indoloro a las .....	10 y 10'

Niño respiró espontáneamente. Duración: ..... 1 hora y 15'

Alumbramiento normal.

11.—A. R. Primigesta. P.V.O.I.I.A. Cabeza encajada, Bolsa intacta. Tres centímetros de dilatación. Dolores fuertes y bien ritmados. Cuatro horas de trabajo. Exámenes general y obstétrico, normales.

Tratamiento: Ruptura de la bolsa a las .....	8 y 45'
Analgesia caudal a las .....	8 y 48'
Timofisina, 5 unidades a las .....	8 y 55'
Timofisina, 5 unidades a las .....	9 y 10'
Pituitrina, 5 unidades a las .....	9 y 30'
Resultado: Parto espontáneo e indoloro a las .....	9 y 40'

Niño respiró espontáneamente. Duración: ..... 55 minutos

Alumbramiento normal.

12.—M.O. de J. Primigesta. P.V.O.I.I.A. Cabeza encajada. Bolsa intacta. Cuatro centímetros de dilatación. Dolores fuertes y bien ritmados. Ocho horas de trabajo. Exámenes general y obstétrico, normales.

Tratamiento: Ruptura de la bolsa a las .....	8 y 22'
Analgesia caudal, 40 cc. de Novocaína a las .....	8 y 32'
Timofisina, 5 unidades a las .....	8 y 48'
Timofisina, 5 unidades a las .....	9 horas
Resultado: Parto espontáneo e indoloro a las .....	9 y 30'

Niño respiró espontáneamente. Duración: ..... 1 hora y 8'

13.—F. R. Primigesta. P.V.O.I.I.A. Cabeza encajada. Bolsa intacta. Cuatro centímetros de dilatación. Dolores fuertes y bien ritmados. Cuatro horas de trabajo. Exámenes general y obstétrico, normales.

Tratamiento: Ruptura de la bolsa a las .....	9 horas
Analgesia caudal, 40 cc. de Novocaína a las .....	9 y 10'
Timofisina, 5 unidades a las .....	9 y 20'
Timofisina, 5 unidades a las .....	9 y 30'
Pituitrina, 5 unidades a las.....	9 y 50'
Resultado: Parto espontáneo e indoloro a las .....	10 y 5'

Niño respiró espontáneamente. Duración: ..... 1 hora y 5'

Alumbramiento normal.

14.—E. R. Primigesta. P.V.O.I.D.P. Cabeza encajada. Bolsa intacta. Tres centímetros de dilatación. Dolores fuertes y bien ritmados. Cinco horas de trabajo. Exámenes general y obstétrico, normales.

Tratamiento: Ruptura de la bolsa a las .....	8 horas
Analgesia caudal, 40 cc. de Novocaína al 1% .....	8 y 10'
Timofisina, 5 unidades a las .....	8 y 20'

Pituitrina, 5 unidades a las .....	8 y 30'
Resultado: parto espontáneo e indoloro a las.....	8 y 35'
<hr/>	
Niño respiró espontáneamente. Duración: .....	35 minutos
<hr/>	

15.—A. B. Primigesta. P.V.O.I.I.A. Cabeza encajada. Bolsa intacta  
Tres centímetros de dilatación. Dolores fuertes y bien espaciados. Cuatro horas de trabajo. Exámenes general y obstétrico, normales.

Tratamiento: Ruptura de la bolsa a las .....	10 horas
Analgesia caudal, 40 c.c. de Novocaína al 1% .....	10 y 5'
Pituitrina, 3 unidades a las .....	10 y 15'
Pituitrina, 3 unidades a las .....	10 y 25'
Pituitrina, 4 unidades a las .....	10 y 45'
Resultado: Parto espontáneo e indoloro a las .....	10 y 55'
<hr/>	

Niño respiró espontáneamente. Duración: .....	55 minutos
<hr/>	

Alumbramiento normal.

16.—M. S. Primigesta. P.V.O.I.I.A. Cabeza encajada. Bolsa intacta.  
Tres centímetros de dilatación. Dolores fuertes y bien ritmados. Seis horas de trabajo. Exámenes general y obstétrico, normales.

Tratamiento: Ruptura de la bolsa a las .....	9 y 10'
Analgesia caudal, 40 cc. de Novocaína al 1% .....	9 y 20'
Pituitrina, 3 unidades a las .....	9 y 30'
Pituitrina, 3 unidades a las .....	9 y 40'
Pituitrina, 4 unidades a las .....	9 y 55'
Resultado: Parto espontáneo e indoloro a las .....	10 y 5
<hr/>	

Niño respiró espontáneamente. Duración: .....	55 minutos
<hr/>	

Alumbramiento normal.

17.—T. C. Primigesta. P.V.O.I.D.P. Cabeza encajada. Bolsa intacta  
Cuatro centímetros de dilatación. Dolores fuertes y bien ritmados. Diez horas de trabajo. Exámenes general y obstétrico, normales.

Tratamiento: Ruptura de la bolsa a las .....	9 y 5'
Analgesia caudal, 40 cc. de Metocaína Lilly 1% .....	9 y 10'
Pituitrina, 3 unidades a las .....	9 y 20'
Pituitrina, 3 unidades a las .....	9 y 35'
Resultado: Parto espontáneo e indoloro a las .....	9 y 50'
<hr/>	

Niño respiró espontáneamente. Duración: .....	45 minutos
<hr/>	

Alumbramiento normal.

18.—T. U. Primigesta. P.V.O.I.I.A. Cabeza encajada. Bolsa intacta. Cuatro centímetros de dilatación. Dolores fuertes. Diez horas de trabajo. Exámenes general y obstétrico, normales.

Tratamiento: Ruptura de la bolsa a las .....	8 y 50'
Analgesia caudal, 40 cc. de Meticaína Lilly a las .....	9 horas
Pituitrina, 3 unidades a las .....	9 y 10'
Pituitrina, 3 unidades a las .....	9 y 25'
Pituitrina, 4 unidades a las .....	9 y 40'
Pituitrina, 5 unidades a las .....	10 horas
Resultado: Parto espontáneo e indoloro a las .....	10 y 15'

Niño respiró espontáneamente. Duración: ..... 1 hora y 25'

Alumbramiento normal.

19.—H. L. Primigesta. P.V.O.I.D.P. Cabeza encajada. Bolsa intacta. Cuatro centímetros de dilatación. Dolores fuertes y bien ritmados. Exámenes general y obstétrico, normales.

Tratamiento: Ruptura de la bolsa a las .....	9 y 15'
Analgesia caudal, 40 cc. de Meticaína Lilly a las .....	9 y 25'
Pituitrina, 3 unidades a las .....	9 y 35'
Pituitrina, 3 unidades a las .....	9 y 45'
Pituitrina, 4 unidades a las .....	10 horas
Resultado: Parto espontáneo e indoloro a las .....	10 y 25'

Niño respiró espontáneamente. Duración: ..... 1 hora y 10'

Alumbramiento normal.

20.—D. F. Primigesta. P.V.O.I.I.A. Cabeza encajada. Bolsa intacta, Cuatro centímetros de dilatación. Dolores fuertes y bien ritmados. Ocho horas de trabajo. Exámenes general y obstétrico, normales.

Tratamiento: Ruptura de la bolsa a las .....	8 y 5'
Analgesia caudal, 40 cc. de Meticaína Lilly 1% a las .....	8 y 15'
Pituitrina, 3 unidades a las .....	8 y 25'
Pituitrina, 3 unidades a las .....	8 y 35'
Pituitrina, 4 unidades a las .....	8 y 50'
Resultado: Parto espontáneo e indoloro a las .....	9 y 10'

Niño respiró espontáneamente. Duración ..... 55 minutos

Alumbramiento normal.

21.—B. L. Primigesta. P.V.O.I.I.A. Cabeza encajada. Bolsa intacta. Cuatro centímetros de dilatación. Dolores fuertes y bien ritmados. Ocho horas de trabajo. Exámenes general y obstétrico, normales.

Tratamiento: Ruptura de la bolsa a las .....	10 y 5'
--	---------

Analgésia caudal, 40 cc. de Meticaína Lilly 1% .....	10 y 10'
Pituitrina, 3 unidades a las .....	10 y 20'
Pituitrina, 3 unidades a las .....	10 y 30'
Pituitrina, 4 unidades a las .....	10 y 55'
Resultado: Parto espontáneo e indoloro a las .....	11 y 10'

Niño respiró espontáneamente. Duración: ..... 1 hora 5'

Alumbramiento normal.

22.—H. N. Primigesta. P.V.O.I.I.A. Cabeza encajada. Bolsa intacta. Tres centímetros de dilatación. Dolores fuertes y bien ritmados. Cinco horas de trabajo. Exámenes general y obstétrico, normales.

Tratamiento: Ruptura de la bolsa a las .....	14 y 10'
Analgésia caudal, 40 cc. de Meticaína Lilly 1% .....	14 y 20'
Pituitrina, 3 unidades a las .....	14 y 30'
Pituitrina, 3 unidades a las .....	14 y 40'
Pituitrina, 4 unidades a las .....	14 y 55'
Resultado: Parto espontáneo e indoloro a las .....	14 y 59'

Niño respiró espontáneamente. Duración: ..... 49 minutos

Alumbramiento normal.

23.—F. D. Primigesta. P.V.O.I.I.A. Cabeza encajada. Bolsa intacta. Cuatro centímetros de dilatación Dolores fuertes y bien ritmados. Cuatro horas de trabajo. Exámenes general y obstétrico, normales.

Tratamiento: Ruptura de la bolsa a las .....	9 y 5'
Analgésia caudal, 40 cc. de Meticaína Lilly 1% .....	9 y 15'
Pituitrina, 3 unidades .....	9 y 30'
Pituitrina, 3 unidades a las .....	9 y 45'
Pituitrina, 3 unidades .....	9 y 55'
Resultado: Parto espontáneo e indoloro a las .....	10 y 10'

Niño respiró espontáneamente. Duración: ..... 1 hora y 5'

Alumbramiento normal.

24.—E. T. Primigesta. P.V.O.I.D.P. Cabeza encajada. Bolsa intacta. Cuatro centímetros de dilatación Dolores fuertes y bien ritmados. Exámenes general y obstétrico, normales. Cuatro horas de trabajo.

Tratamiento: Ruptura de la bolsa a las .....	15 horas
Analgésia caudal, 40 cc. de Meticaína Lilly 1% .....	15 y 10'
Pituitrina, 5 unidades a las .....	15 y 25'
Pituitrina, 3 unidades a las .....	15 y 35'
Pituitrina, 4 unidades a las .....	15 y 50'
Resultado: Parto espontáneo e indoloro a las .....	16 y 5'

Niño respiró espontáneamente. Duración: ..... 1 hora y 5'

Alumbramiento normal.

25.—G. D. Primigesta. P.V.O.I.I.A. Cabeza encajada. Bolsa intacta. Cuatro centímetros de dilatación. Dolores fuertes y bien ritmados. Siete horas de trabajo. Exámenes general y obstétrico, normales.

Tratamiento: Ruptura de la bolsa a las .....	9 horas
Analgesia caudal 40 cc. de Meticaína Lilly 1% .....	9 y 5'
Pituitrina, 3 unidades a las .....	9 y 10'
Pituitrina, 3 unidades a las .....	9 y 20'
Episiotomía y Pituitrina, 4 unidades a las .....	9 y 45'
Resultado: Parto espontáneo e indoloro a las .....	10 y 10'

Niño respiró espontáneamente. Duración: ..... 1 hora y 10'

Alumbramiento normal. Perineorrafia con anestesia por inhalación de éter.

26.—H. M. Primigesta. P.V.O.I.I.A. Cabeza encajada. Bolsa intacta. Tres centímetros de dilatación. Ocho horas de trabajo. Dolores fuertes y bien ritmados. Exámenes general y obstétrico, normales.

Tratamiento: Ruptura de la bolsa a las .....	9 y 45'
Analgesia caudal, 40 cc. de Meticaína 1% .....	9 y 50'
Timofisina, 5 unidades a las .....	10 horas
Timofisina, 5 unidades a las .....	10 y 30'
Pituitrina, 5 unidades a las .....	10 y 40'
Resultado: Parto indoloro a las .....	10 y 47'

Niño respiró espontáneamente. Duración: ..... 1 hora y 2'

Alumbramiento normal.

27.—I. de M. Secundigesta. P.V.O.I.I.A. Cabeza encajada. Bolsa intacta. Tres centímetros de dilatación. Dolores suaves y bien ritmados. Doce horas de trabajo. Exámenes general y obstétrico, normales.

Tratamiento: Ruptura de la bolsa a las .....	11 y 40'
Analgesia caudal, 40 cc. de Meticaína Lilly 1% .....	11 y 45'
Pituitrina, 3 unidades a las .....	11 y 55'
Pituitrina, 3 unidades a las .....	12 y 15'
Pituitrina, 4 unidades a las .....	12 y 30'
Resultado: Parto espontáneo e indoloro a la .....	1 y 5'

Niño respiró espontáneamente. Duración: ..... 1 hora y 25'

Alumbramiento normal.

28.—D. M. Multigesta. P.V.O.I.I.A. Cabeza encajada. Bolsa intacta. Dos centímetros de dilatación. Dolores suaves. Ocho horas de trabajo. Exámenes general y obstétrico, normales.

Tratamiento: Ruptura de la bolsa a las .....	11 y 40'
--	----------

Analgesia caudal, 40 cc. de Meticaina 1% a las ..	11 y 45'
Pituitrina, 3 unidades a las ..	11 y 55'
Pituitrina, 3 unidades a las ..	12 y 5'
Pituitrina, 3 unidades a las ..	12 y 15'
Pituitrina, 5 unidades a las ..	12 y 50'
Resultado: Parto espontáneo e indoloro a las ..	1 y 15'
<hr/>	
Niño respiró espontáneamente. Duración: ..	1 hora y 30'
<hr/>	
Alumbramiento normal.	

29.—M. N. Primigesta. P.V.O.I.D.P. Cabeza encajada. Bolsa intacta. Cinco centímetros de dilatación. Dolores fuertes. Seis horas de trabajo. Exámenes obstétrico y general, normales.

Tratamiento: Ruptura de la bolsa a las ..	9 y 5'
Analgesia caudal, 40 cc. de Meticaina Lilly 1% ..	9 y 10'
Pituitrina, 3 unidades a las ..	9 y 20'
Pituitrina, 3 unidades a las ..	9 y 30'
Pituitrina, 5 unidades a las ..	9 y 45'
Episiotomía a las ..	10 horas
Resultado: Parto espontáneo e indoloro a las ..	10 y 10'
<hr/>	
Niño respiró espontáneamente. Duración: ..	1 hora y 5'
<hr/>	
Alumbramiento normal. Perineorrafia bajo anestesia general.	

30.—N. de A. Múltipara (cinco hijos). P.V.O.I.I.A. Cabeza encajada. Bolsa intacta. Cuatro centímetros de dilatación. Dolores fuertes y bien ritmados. Cuatro horas de trabajo. Exámenes general y obstétrico, normales.

Tratamiento: Ruptura de la bolsa a las ..	7 y 40'
Analgesia caudal, 40 cc. de Meticaina Lilly 1% ..	7 y 45'
Pituitrina, 3 unidades a las ..	7 y 55'
Pituitrina, 3 unidades a las ..	8 y 5'
Resultado: Parto espontáneo e indoloro a las ..	8 y 15'
<hr/>	
Niño respiró espontáneamente. Duración: ..	35 minutos
<hr/>	
Alumbramiento normal.	

31.—J. J. Primigesta. P.V.O.I.I.A. Cabeza encajada. Bolsa intacta. Cuatro centímetros de dilatación. Dolores muy fuertes y bien ritmados. Exámenes general y obstétrico, normales.

Tratamiento: Ruptura de la bolsa a las ..	10 y 5'
Analgesia caudal a las ..	10 y 10'
Pituitrina, 3 unidades a las ..	10 y 20'
Pituitrina, 3 unidades a las ..	10 y 40'

Pituitrina, 5 unidades a las .....	11 y 10'
Episiotomía .....	11 y 15'
Resultado: Parto indoloro y espontáneo a las .....	11 y 30'

Niño respiró espontáneamente. Duración: ..... 1 hora y 25'

Sutura del perineo bajo anestesia general.  
Alumbramiento normal.

32.—P. J. Secundigesta. P.V.O.I.I.A. Cabeza encajada. Bolsa intacta. Tres centímetros de dilatación. Dolores fuertes y bien ritmados. Exámenes general y obstétrico normales.

Tratamiento: Ruptura de la bolsa a las .....	10 horas
Analgesia caudal, 40 cc. de Meticaína Lilly 1% .....	10 y 5'
Timofisina, 5 unidades .....	10 y 15'
Timofisina, 5 unidades .....	10 y 35'
Pituitrina, 10 unidades a las .....	10 y 45'
Resultado: Parto espontáneo e indoloro a las .....	10 y 55'

Niño respiró espontáneamente. Duración: ..... 55 minutos

Alumbramiento normal.

33.—T. H. Multigesta (cinco hijos) P.V.O.I.D.P. Cabeza encajada. Tres centímetros de dilatación. Bolsa intacta. Dolores fuertes, bien ritmados. Exámenes general y obstétrico normales.

Tratamiento: Ruptura de la bolsa a las .....	9 y 40'
Analgesia caudal, 40 cc. de Meticaína Lilly 1% .....	9 y 45'
Timofisina, 5 unidades a las .....	10 horas
Timofisina, 5 unidades a las .....	10 y 15'
Pituitrina, 5 unidades a las .....	10 y 30'
Resultado: Parto espontáneo a las .....	10 y 40'

Niño respiró espontáneamente. Duración: ..... 1 hora

Alumbramiento normal.

34.—C. M. Primigesta. P.V.O.I.D.P. Cabeza encajada. Bolsa intacta. Tres centímetros de dilatación. Dolores suaves y bien ritmados. Cuatro horas de trabajo. Exámenes general y obstétrico, normales.

Tratamiento: Ruptura de la bolsa a las .....	11 y 45'
Analgesia caudal, 40 cc. de Meticaína 1% .....	11 y 50'
Timofisina, 5 unidades a las .....	12 horas
Timofisina, 5 unidades a las .....	12 y 20'
Episiotomía y Timofisina, 5 unidades a las .....	1 y 5'
Resultado: Parto espontáneo e indoloro a la .....	1 y 10'

Niño respiró espontáneamente. Duración: ..... 1 hora y 25'

Alumbramiento normal. Sutura bajo anestesia general.

35.—R. F. Primigesta. P.V.O.I.I.A. Cabeza encajada. Bolsa intacta. Dolores fuertes y bien ritmados. Tres centímetros de dilatación. Ocho horas de trabajo. Exámenes general y obstétrico normales.

Tratamiento: Ruptura de la bolsa a las .....	9 y 5'
Analgesia caudal, 40 cc. de Meticaína 1% .....	9 y 10'
Pituitrina, 3 unidades a las .....	9 y 20'
Pituitrina, 3 unidades a las .....	9 y 30'
Pituitrina, 5 unidades y Episiotomía a las .....	9 y 45'
Resultado: Parto espontáneo e indoloro a las .....	10 y 5'

Niño respiró espontáneamente. Duración: ..... 1 hora

Alumbramiento normal. Sutura bajo anestesia general.

36.—M. C. Primigesta. P.V.O.I.I.A. Cabeza encajada. Bolsa intacta. Tres centímetros de dilatación. Dolores muy fuertes Ocho horas de trabajo. Exámenes general y obstétrico, normales.

Tratamiento: Ruptura de la bolsa a las .....	10 horas
Analgesia caudal, 40 cc. de Meticaína 1% .....	10 y 10'
Pituitrina, 3 unidades a las .....	10 y 20'
Pituitrina, 3 unidades a las .....	10 y 30'
Pituitrina, 4 unidades a las .....	10 y 45'

Resultado: Parto espontáneo a las ..... 11 horas

Niño respiró espontáneamente. Duración: ..... 1 hora

Alumbramiento normal.

37.—R. V. de B. Primigesta P.V.O.I.I.A. Cabeza encajada. Bolsa rota. Prematuramente. Siete centímetros de dilatación. Dolores insoportables: la enferma no deja de quejarse ni un momento. El cuello uterino es blando y complaciente a pesar de que la enferma tiene 35 años de edad, pero el perineo es muy rígido. Examen general, normal. Examen obstétrico: sufrimiento fetal como consecuencia de un parto de curso muy lento: 30 horas.

Tratamiento: Analgesia caudal a las .....	10 horas
Pituitrina, 3 unidades a las .....	10 y 15'
Pituitrina, 3 unidades a las .....	10 y 30'
Pituitrina, 5 unidades a las .....	10 y 40'
Episiotomía profunda a las .....	10 y 50'
Resultado: Parto espontáneo e indoloro a las.....	11 y 5'

El niño nació asfijado, pero se recuperó luego de desobstruirle las vías respiratorias y practicarle gimnasia respiratoria. Alumbramiento: retención placentaria que no cedió a la espera, la medicación sedante y las maniobras de expresión; extracción manual de la placenta bajo anestesia general seguida de reparación perineal. Duración ..... 1 hora y 5'

38.—H. M. Secundigesta. P.V.O.I.I.A. Cabeza encajada. Bolsa intacta. Tres centímetros de dilatación. Dolores muy fuertes. Nueve horas de trabajo. Examen general y obstétrico, normales.

Tratamiento: Ruptura de la bolsa a las .....	9 y 45'
Analgesia caudal, 40 cc. de Novocaína 1% .....	9 y 50'
Pituitrina, 3 unidades a las .....	10 horas
Pituitrina, 3 unidades a las .....	10 y 15'
Pituitrina, 4 unidades a las.....	10 y 40'
Resultado: Parto espontáneo e indoloro a las .....	11 y 10'
<hr/>	
Niño respiró espontáneamente. Duración: .....	1 hora y 25'

Alumbramiento normal.

39.—C. F. Primigesta. P.V.O.I.I.A. Cabeza encajada. Bolsa Intacta. Tres centímetros de dilatación. Dolores suaves. Siete horas de trabajo. Exámenes general y obstétrico, normales.

Tratamiento: Ruptura de la bolsa a las .....	10 y 55'
Analgesia caudal, 40 cc. de Novocaína 1% .....	11 horas
Pituitrina, 3 unidades a las .....	11 y 10'
Pituitrina, 3 unidades a las .....	11 y 25'
Pituitrina, 4 unidades a las .....	11 y 50'
Pituitrina, 5 unidades a las .....	12 y 20'
Resultado: Parto espontáneo e indoloro a las .....	12 y 30'
<hr/>	
Niño respiró espontáneamente. Duración: .....	1 hora y 35'

Alumbramiento normal.

40.—B. S. Primigesta. Cabeza encajada. Bolsa intacta. P.V.O.I.I.A. Cuatro centímetros de dilatación. Dolores fuertes. Ocho horas de trabajo. Exámenes general y obstétrico, normales.

Tratamiento: Ruptura de la bolsa a las .....	2 y 35'
Analgesia caudal, 40 cc. de Novocaína 1% .....	2 y 40'
Pituitrina, 3 unidades a las .....	2 y 50'
Pituitrina, 3 unidades a las .....	3 y 45'
Resultado: Parto espontáneo e indoloro a las .....	4 horas
<hr/>	
Niño respiró espontáneamente. Duración: .....	1 hora y 25'

Alumbramiento normal.

41.—C. F. Primigesta. P.V.O.I.I.A. Cabeza encajada. Bolsa intacta. Cuatro centímetros de dilatación. Dolores fuertes y bien ritmados. Ocho horas de trabajo. Exámenes general y obstétrico, normales.

Tratamiento: Ruptura de la bolsa a las .....	9 horas
Analgesia caudal, 40 cc. de Novocaína 1% .....	9 y 5'

Pituitrina, 3 unidades a las .....	9 y 15'
Pituitrina, 3 unidades a las .....	9 y 30'
Pituitrina, 4 unidades a las .....	9 y 45'
Episiotomía .....	9 y 50'
Resultado: Parto espontáneo e indoloro a las .....	10 y 10'

Niño respiró espontáneamente. Duración: ..... 1 hora y 10'

Alumbramiento normal. Sutura bajo anestesia general.

42.—J. S. Primigesta. P.V.O.I.I.A. Cabeza encajada. Bolsa intacta. Cuatro centímetros de dilatación. Dolores suaves y bien ritmados. Exámenes general y obstétrico, normales.

Tratamiento: Ruptura de la bolsa a las .....	9 y 50'
Analgesia caudal, 40 cc. de Novocaína 1% .....	9 y 55'
Pituitrina, 3 unidades a las .....	10 y 5'
Pituitrina, 3 unidades a las .....	10 y 15'
Pituitrina, 4 unidades a las .....	10 y 30'
Resultado: Parto indoloro a las .....	10 y 50'

Niño respiró espontáneamente. Duración: ..... 1 hora

Alumbramiento normal.

43.—P. G. Secundigesta, P.V.O.I.I.A. Bolsa intacta. Cabeza encajada. Ocho centímetros de dilatación. Dolores muy fuertes. Cuatro horas de trabajo. Exámenes general y obstétrico, normales.

Tratamiento: Ruptura de la bolsa a las .....	10 y 15'
Analgesia caudal, 40 cc. de Novocaína a las .....	10 y 20'
Pituitrina, 3 unidades a las .....	10 y 30'
Resultado: Parto espontáneo e indoloro a las.....	10 y 40'

Niño respiró espontáneamente. Duración ..... 25 minutos

Alumbramiento normal.

44.—L. B. Primigesta. P.V.O.I.I.A. Cabeza encajada. Bolsa intacta. Cuatro centímetros de dilatación. Dolores fuertes y bien ritmados. Seis horas de trabajo. Exámenes general y obstétrico, normales.

Tratamiento: Ruptura de la bolsa a las .....	9 y 5'
Analgesia caudal, 40 cc. de Novocaína 1% .....	9 y 10'
Pituitrina, 3 unidades a las .....	9 y 20'
Pituitrina, 3 unidades a las .....	9 y 35'
Pituitrina, 4 unidades a las .....	9 y 45'
Resultado: Parto espontáneo e indoloro a las .....	9 y 55'

Niño respiró espontáneamente. Duración: ..... 50 minutos

Alumbramiento normal.

45.—H. P. Primigesta. P.V.O.I.D.P. Cabeza encajada. Bolsa intacta. Cuatro centímetros de dilatación. Dolores fuertes. Ocho horas de trabajo. Exámenes general y obstétrico, normales.

Tratamiento: Ruptura de la bolsa a las .....	10 y 50'
Analgesia caudal, 40 cc. de Novocaína 1% .....	10 y 55'
Pituitrina, 3 unidades a las .....	11 horas
Pituitrina, 3 unidades a las .....	11 y 15'
Resultado: Parto espontáneo e indoloro a las .....	11 y 53'

Niño respiró espontáneamente. Duración: ..... 1 hora y 3'

Alumbramiento normal.

46.—L. de R. Primigesta. P.V.O.I.D.P. Cabeza encajada. Bolsa intacta. Tres centímetros de dilatación. Dolores suaves. Tres horas de trabajo. Exámenes general y obstétrico, normales.

Tratamiento: Ruptura de la bolsa a las .....	5 y 5'
Analgesia caudal a las .....	5 y 10'
Pituitrina, 3 unidades a las .....	5 y 20'
Pituitrina, 3 unidades a las .....	5 y 40'
Resultado: Parto espontáneo e indoloro a las .....	5 y 50'

Niño respiró espontáneamente. Duración: ..... 45 minutos

Alumbramiento normal.

47.—F. M. Primigesta. P.V.O.I.D.P. Cabeza encajada. Bolsa intacta. Cinco centímetros de dilatación. Dolores muy fuertes. Doce horas de trabajo. Exámenes general y obstétrico, normales.

Tratamiento: Ruptura de la bolsa a las .....	3 y 55'
Analgesia caudal, 40 cc. de Novocaína 1% .....	4 horas
Pituitrina, 3 unidades a las .....	4 y 5'
Pituitrina, 3 unidades a las .....	4 y 20'
Pituitrina, 4 unidades a las .....	4 y 40'
Resultado: Parto espontáneo e indoloro a las .....	4 y 55'

Niño respiró espontáneamente. Duración: ..... 1 hora

Alumbramiento normal.

48.—L. P. Secundigesta. P.V.O.I.I.A. Cabeza encajada. Bolsa intacta. Dilatación completa. Seis horas de trabajo. Dolores muy fuertes. Examen obstétrico y general, normales.

Tratamiento: Ruptura de la bolsa a las .....	9 y 45'
Analgesia caudal, 40 cc. de Novocaína 1% .....	9 y 50'

Pituitrina, 5 unidades a las .....	9 y 55'
Resultado: Parto espontáneo e indoloro a las .....	10 horas
<hr/>	
Niño respiró espontáneamente. Duración: .....	15 minutos
<hr/>	

Alumbramiento normal.

49.—C. G. Multigesta, (tres hijos) P.V.O.I.I.A. Cabeza encajada. Bolsa rota. Dilatación completa. Dolores muy fuertes. Seis horas de trabajo. Exámenes general y obstétrico, normales.

Tratamiento: Analgesia caudal, 40 cc. de Novocaína .....	9 horas
Pituitrina, 5 unidades a las .....	9 y 5'
Resultado: Parto espontáneo e indoloro a las .....	9 y 18'
<hr/>	
Niño respiró espontáneamente. Duración: .....	18 minutos
<hr/>	

Alumbramiento normal.

50.—M. S. Primigesta. P.V.O.I.I.A. Cabeza encajada. Bolsa intacta. Ocho centímetros de dilatación. Dolores fuertes. Ocho horas de trabajo. Exámenes general y obstétrico, normales.

Tratamiento: Ruptura de la bolsa a las .....	9 y 40'
Analgesia caudal, 40 cc. de Novocaína 1% .....	4 y 45'
Pituitrina, 3 unidades a las .....	9 y 50'
Pituitrina, 5 unidades a las .....	10 y 5'
Resultado: Parto espontáneo e indoloro a las .....	10 y 20'
<hr/>	
Niño respiró espontáneamente. Duración: .....	40 minutos
<hr/>	

Alumbramiento normal.

51.—C. F. Multigesta. P.V.O.I.I.A. Cabeza encajada. Bolsa intacta. Siete centímetros de dilatación. Dolores fuertes. Ocho horas de trabajo. Exámenes general y obstétrico, normales.

Tratamiento: Ruptura de la bolsa a las .....	8 horas
Analgesia caudal, 40 cc. de Metocaína Lilly 1% .....	8 y 5'
Pituitrina, 3 unidades a las .....	8 y 10'
Pituitrina, 5 unidades a las .....	8 y 20'
Resultado: Parto espontáneo e indoloro a las .....	8 y 26'
<hr/>	
Niño respiró espontáneamente. Duración: .....	26 minutos
<hr/>	

Alumbramiento normal.

52.—R. D. Multigesta, (cinco hijos) P.V.O.I.I.A. Cabeza encajada. Bolsa intacta. Ocho centímetros de dilatación. Dolores fuertes y bien ritmados. Exámenes general y obstétrico, normales.

Tratamiento: Ruptura de la bolsa a las .....	8 y 30'
Analgesia caudal, 20 cc. de Meticaína 1% .....	8 y 35'
Pituitrina, 5 unidades a las .....	8 y 40'
Resultado: Parto espontáneo e indoloro a las .....	8 y 46'

Niño respiró espontáneamente. Duración: ..... 16 minutos

Alumbramiento normal.

53.—E. D. Multigesta, (tres hijos) P.V.O.I.I.A. Cabeza encajada. Bolsa intacta. Dilatación completa. Bolsa rota. Dolores fuertes. Exámenes general y obstétrico, normales.

Tratamiento: Analgesia caudal a las .....	10 horas
Pituitrina, 5 unidades a las .....	10 y 5'
Resultado: Parto espontáneo e indoloro a las .....	10 y 20'

Niño respiró espontáneamente. Duración: ..... 20 minutos

Alumbramiento normal.

54.—G. H. Multigesta, (cuatro hijos) P.V.O.I.D.P. Cabeza encajada. Bolsa rota. Dilatación completa Dolores medianos pero bien ritmados. Exámenes general y obstétrico, normales. Ocho horas de trabajo.

Tratamiento: Analgesia caudal, 20 cc. de Meticaína. ....	9 y 5'
Pituitrina, 5 unidades a las .....	9 y 10'
Resultado: Parto espontáneo e indoloro a las .....	9 y 20'

Niño respiró espontáneamente. Duración: ..... 15 minutos

Alumbramiento normal.

55.—A S. Multigesta, (cuatro hijos) P.V.O.I.I.A. Cabeza encajada. Bolsa intacta. Dilatación completa. Dolores fuertes. Exámenes general y obstétrico, normales.

Tratamiento: Ruptura de la bolsa a las .....	9 y 30'
Analgesia caudal, 30 cc. de Meticaína 1% .....	9 y 35'
Pituitrina, 5 unidades a las .....	9 y 45'
Resultado: Parto espontáneo e indoloro a las .....	9 y 55'

Niño respiró espontáneamente. Duración: ..... 25 minutos

Alumbramiento normal.

56.—H. L. Multigesta, (tres hijos) P.V.O.I.I.A. Cabeza encajada. Bolsa intacta. Dilatación completa. Dolores suaves y bien ritmados. Exámenes general y obstétrico normales.

Tratamiento: Ruptura de la bolsa a las .....	9 y 25'
Analgesia caudal, 20 cc. de Novocaína al 1% .....	9 y 30'
Pituitrina, 3 unidades a las .....	9 y 40'
Resultado: Parto espontáneo y analgésico a las .....	9 y 50'

Niño respiró espontáneamente. Duración: ..... 25 minutos

Alumbramiento normal.

57.—R. O. Multigesta, (seis hijos) P.V.O.I.D.P. Cabeza encajada. Bolsa intacta. Dilatación completa. Dolores fuertes. Ocho horas de trabajo. Exámenes general y obstétrico normales.

Tratamiento: Ruptura de la bolsa a las .....	8 y 40'
Analgesia caudal, 20 cc. de Novocaína al 1% .....	8 y 45'
Pituitrina, 5 unidades a las .....	8 y 50'
Resultado: Parto espontáneo e indoloro a las .....	9 horas

Niño respiró espontáneamente. Duración: ..... 20 minutos

Alumbramiento normal.

58.—T. S. Multigesta, (tres hijos) P.V.O.I.I.A. Cabeza encajada. Bolsa intacta. Dilatación completa. Dolores fuertes y bien ritmados. Ocho horas de trabajo. Exámenes general y obstétrico, normales.

Tratamiento: Ruptura de la bolsa a las .....	10 horas
Analgesia caudal a las .....	10 y 5'
Pituitrina, 5 unidades a las .....	10 y 10'
Resultado: Parto espontáneo e indoloro a las .....	10 y 18'

Niño respiró espontáneamente. Duración: ..... 18 minutos

Alumbramiento normal.

59.—N. O. Multigesta, (dos hijos) P.V.O.I.I.A. Cabeza encajada. Bolsa intacta. Dilatación completa. Dolores fuertes y bien espaciados. Ocho horas de trabajo. Exámenes general y obstétrico, normales.

Tratamiento: Ruptura de la bolsa a las .....	9 y 15'
Analgesia caudal, 20 cc. de Meticaína 1% .....	9 y 20'
Pituitrina, 5 unidades a las .....	9 y 30'
Resultado: Parto normal, espontáneo y indoloro .....	9 y 40'

Niño respiró espontáneamente. Duración: ..... 25 minutos

Alumbramiento normal.

60.—L. F. Multigesta, (cinco hijos) P.V.O.I.I.A. Cabeza encajada. Bolsa intacta. Dilatación completa. Dolores fuertes. Ocho horas de trabajo. Exámenes general y obstétrico, normales.

Tratamiento: Ruptura de la bolsa a las .....	10 horas
Analgesia caudal, 20 cc. de Meticaína 1% .....	10 y 5'
Pituitrina, 5 unidades a las .....	10 y 15'
Resultado: Parto normal, espontáneo e indoloro .....	10 y 25'

Niño respiró espontáneamente. Duración: ..... 25 minutos

Alumbramiento normal.

Estas observaciones son auténticas.—ARTURO ZECENA.

## CONCLUSIONES

---

1a.—La técnica del PARTO BREVE Y ANALGESICO es superior a la de la Analgesia caudal continua por las siguientes razones: a) No es necesario recurrir al parto operatorio.

b) Con ella la duración del parto es incomparablemente menor.

c) La dosis de anestésico empleada es de dos a diez veces menor.

d) No encierra ningún peligro (síncope, choque) a condición de que se respeten sus contraindicaciones.

2a.—Podemos afirmar que es una buena técnica de analgesia obstétrica, a la que no puede hacerse objeción alguna, siempre que con ella se traten casos absolutamente normales.

3a.—Necesita poner en práctica una técnica obstétrica de la mejor calidad para evitar accidentes y aun desastres: por ello creemos que su uso debe quedar reservado a los médicos especializados.

4a.—Puede aplicarse en cualquier momento del parto con resultados constantemente satisfactorios; pero queremos poner énfasis en que sólo es prudente en casos absolutamente normales, en tal forma, que una simple rigidez del cuello uterino la lleva al fracaso.

**Imprímase.—RAMIRO GALVEZ A.**

## BIBLIOGRAFIA

---

Journal of the American Medical Association, Jan. 1943.

Tratado de Obstetricia, J. B. de Lee.

Spinal Anesthesia, Louis H. Maxson.

La Raquianestesia en Obstetricia. Tesis de Doctoramiento, Julio Quevedo A. 1933.

Anatomía Humana, L. Testut.

La Analgesia en el Parto según el Método del doctor James T. Guathmey, Tesis de Doctoramiento, Carlos R. Wollenweider, Buenos Aires, 1932.

La Anestesia Raquídea en Partos, Tesis de Doctoramiento, Vicente Marino Donato, Buenos Aires, 1937.

# PROPOSICIONES

---

Anatomía Descriptiva .....	Inervación uterina
Anatomía Topográfica .....	Canal inguinal
Anatomía Patológica y Patología General .	Edemas
Bacteriología .....	Estreptococo hemolítico
Botánica Médica .....	Helecho macho
Clínica Quirúrgica .....	Fracturas
Clínica Médica .....	Auscultación cardíaca
Física Médica .....	Baumanómetros
Fisiología .....	Del ovario
Higiene .....	De la lactancia materna
Histología .....	De las arterias
Medicina Legal y Toxicología .....	Intoxicación por los barbitúricos
Obstetricia .....	Embarazo ectópico
Patología Quirúrgica .....	La Oclusión intestinal
Patología Médica .....	Uremia
Patología Tropical .....	Paludismo infantil
Pediatría .....	Absceso retro-faríngeo
Psiquiatría .....	Convulsivcterapia
Parasitología .....	Tricomona vaginalis
Técnica operatoria .....	Cesárea baja
Química biológica .....	Albuminómetro de Esbach
Química inorgánica .....	Cloruro de sodio
Química orgánica .....	Agua oxigenada
Terapéutica .....	Ouabaína