

DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

DE CIENCIAS MEDICAS

GUATEMALA-CENTRO AMERICA

**CONTRIBUCION AL ESTUDIO DE LA
ANESTESIA POR "BLOQUEO PUDENDO"
Y SU UTILIDAD EN OBSTETRICIA**

TESIS

PRESENTADA A LA JUNTA DIRECTIVA

DE LA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

DE LA

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

POR

ALBERTO ESMENJAUD VAN DEN BERGH

Interno, por oposición, de los Servicios de Cirugía, Medicina, Casa de Salud de Señoras, Emergencia y Maternidad del Hospital General y Asistencia de Hombres del Asilo de Alienados.

EN EL ACTO

DE SU INVESTIDURA DE

MÉDICO Y CIRUJANO



FEBRERO DE 1946

TIPOGRAFÍA SÁNCHEZ & DE GUISE

8^a Avenida Sur N° 30.

PLAN DE TESIS:

INTRODUCCION

CAPITULO I

Consideraciones anatomo-fisiológicas.

CAPITULO II

Bloqueo Pudendo.

- a) Consideraciones generales.
- b) Material empleado.
- c) Cuidados preanestésicos.
- d) Técnica de la anestesia.
- e) Acción de la anestesia.
- f) Variantes de la técnica.

CAPITULO III

Ventajas.

CAPITULO IV

Accidentes.

CAPITULO V

Indicaciones y contraindicaciones.

I.—Indicaciones:

A.—Maternas:

- 1.—Parto prolongado.
- 2.—Distocias del cuello.
- 3.—Distocias causadas por vagina, vulva y perineo.
- 4.—Pre-eclampsia y eclampsia.
- 5.—Desprendimiento prematuro de la placenta.
- 6.—Placenta previa.
- 7.—Afecciones cardíacas.
- 8.—Parto espontáneo-analgésico.
- 9.—Aplicación baja de forceps.
- 10.—Parto de nalgas.
- 11.—Desgarros perineales.

B.—Fetales:

- 1.—Sufrimiento fetal.
- 2.—Procidencia del cordón.

II.—Contraindicaciones:

OBSERVACIONES

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

El anatema bíblico "parirás con dolor", resulta leve al lado de la angustiosa situación en que se encuentran colocados la madre y el médico en el instante preciso del parto.

Tal anatema sería soportable si lo único molesto en las horas álgidas del parto fuera el dolor, pero los traumatismos y riesgos corridos por la madre y el feto de una manera casi constante, son más dignos de tomarse en cuenta.

El parto es considerado como normal y visto con menospicio, y, por esta razón, es que siega anualmente millares de vidas.

Son muy estrechos los linderos entre el parto normal y el patológico, o, dicho en otra forma, entre la eutocia y la distocia.

Un parto perfectamente normal es raro en nuestros días y a este respecto, dice Sir James Simpson: "El parto es siempre fisiológico en su objeto, mas no en algunas de sus manifestaciones y peculiaridades inherentes a él en la vida civilizada."

Efectivamente, con frecuencia se ve perturbado en sus diferentes períodos y nunca deja de causar alteraciones en los tejidos maternos y las afecciones médicas o quirúrgicas que pueda padecer la madre, no hacen más que contribuir a agravar la situación ya de por sí delicada. El feto al descender por el canal pélvico, es forzosamente comprimido y su sufrimiento puede ser delatado por las irregularidades de los latidos cardíacos; las contracciones uterinas, congestionan su polo inferior y la bolsa sero-sanguínea es su consecuencia; con todo, el niño puede salir aparentemente sano, pero ¿quién será aquél que se atreva a asegurar su futuro? Lesiones encefálicas imperceptibles pueden influir en su carácter y conducta. La abrupta forma de venir al mundo, deja marcadas sus huellas en todo organismo humano; bástenos recordar para ello que: "La angustia del nacimiento es el nacimiento de la angustia."

Y el médico, consciente de su deber, ¿podrá ver indiferente desfilar ante sus ojos tanto sufrimiento, tanta riesgosa situación y tanta duda sobre el porvenir de dos seres? Indefectiblemente no. Y queda demostrado por la inquietud de que es presa cuando se presentan circunstancias adversas en la atención del parto. Su intranquilidad puede llegar hasta la obsesión de hacer algo en pro de dos seres que sufren, pero su intervención puede no ser oportuna y causar daños irreparables. "Un caso obstétrico es un caso quirúrgico, con más aspecto quirúrgico que los corrientes"—(De Lee-Greenhill), y por esta sencilla razón, la ciencia obstétrica requiere seguridad, firmeza y claro discernimiento.

La ciencia moderna ha resuelto numerosos problemas obstétricos definitivamente; quedan aún muchos por resolver, pendan todavía esos compañeros inseparables del parto que son el dolor y los daños del conducto pélvico. Reconocer oportunamente las desviaciones en el mecanismo del parto normal

daños a la madre y a la criatura, es un deber que tenemos que imponernos si queremos salvar la vida del nuevo ser e impedir daños muchas veces irreparables a la madre.

En la actualidad, no puede llamarse al parto una función normal, ya que casi todas las primíparas y muchas multíparas en algunos de sus partos, sufren lesiones del canal pélvico. El triángulo vagino-rectal, donde se encuentra el centro fibroso del perineo, o sea el entrecruzamiento de las fibras de los músculos del perineo, sufre, durante el parto, la mayor fuerza del empuje útero-abdominal, es desorganizado y muchas veces, desgarrado. Por lo común es inevitable la ruptura del tabique uro-genital que siendo casi imposible su perfecta reconstrucción, da origen al descenso de la pared anterior de la vagina y uretra. El cuello uterino sufre en todos los partos lesiones de mayor o menor consideración ya que ni en estado perfectamente normal, resiste la enorme distensión a que es sujeto por el paso de la cabeza fetal.

La gran frecuencia con que observé, a mi paso por el Servicio de Maternidad, las lesiones anteriormente apuntadas y la tortura que sufren las mujeres en los partos prolongados cuando el cuello rehusa dilatarse, me indujeron a pensar en las ventajas que podría tener la anestesia por "bloqueo pudendo", y, ese es el origen de este trabajo, incompleto sin duda, pero que traduce el afán de mejorar la condición de la madre en el difícil trance de dar a luz un nuevo ser.

CAPITULO I

CONSIDERACIONES ANATOMO-FISIOLOGICAS DE IMPORTANCIA

PERINEO

Es el conjunto de tejidos blandos que llenan el estrecho inferior. Están constituidos en una serie de planos superpuestos:

1.—Un plano superior constituido por una hoja músculo-aponeurótica que desciende de la pared lateral de la excavación pélvica hasta la línea media, donde se une con la hoja similar del lado opuesto. En la parte anterior, dejan un espacio que forma un vasto ojal por donde pasan la uretra y la vagina; en la parte posterior está atravesado por el recto, pero sin solución de continuidad.

2.—El plano uro-genital, fibroso o ligamento de Carcassome, situado debajo del anterior, oblitera el ojal.

El primer plano es llamado perineo común; en el segundo, se distinguen: un perineo anterior y un perineo posterior o anal.

La disección y la embriología demuestran que tienen un origen diferente: el primero, sistema superior, robusto, deriva de los músculos del aparato caudal; el segundo, inferior, más débil, deriva del esfínter cloacal.

A.—MUSCULOS DEL PERINEO

1.—*Perineo Común o Diafragma Pélvico.*—(Músculos derivados del aparato caudal).

Está formado por cuatro músculos: el elevador del ano y el isquio-coxígeo, músculos pares y dobles.

Elevador del Ano.—Músculo aplanado y simétrico. Se extiende de la pared lántero-lateral de la pelvis a la región del ano.

Tiene dos porciones: una externa o superficial, que se inserta: afuera, en el pubis, línea blanca de la aponeurosis del obturador interno o arco tendinoso del elevador del ano, y parte anterior de la espina ciática; adentro y atrás, se insertan en el coxis las fibras más posteriores, las medias y anteriores, se entrecruzan con las del lado opuesto entre el ano y el coxis. La otra porción, interna, se inserta por delante, encima del anterior, en las ramas horizontal y descendente del pubis y termina en dos grupos de fibras, las internas o pre-rectales, pasan entre la vagina y la cara anterior del recto, se entrecruzan con las del lado opuesto y se fusionan con las fibras longitudinales del recto; y las externas pasan por las caras laterales del recto, se curvan hacia abajo y se fusionan con sus fibras longitudinales.

La cara superior del elevador está recubierta por la aponeurosis superior del elevador, que lo separa del espacio pelvi-rectal superior y de los órganos pélvicos. La cara inferior está recubierta por la aponeurosis inferior del elevador que lo separa de la fosa isquio-rectal.

Isquio-Coxígeo.—Músculo aplanado, triangular, situado atrás del anterior. Se inserta en la espina ciática, en el ligamento sacro-ciático menor y parte posterior de la línea blanca y se dirige al coxis, donde se inserta sobre su borde y cara anterior.

Músculo recto-coxígeo.—Se puede encontrar a veces. Va del coxis al recto. Así, pues, el diafragma pélvico tiene forma de una herradura.

Los bordes internos de los elevadores dejan entre sí un espacio de 20 a 25 mm., cruzan las paredes laterales de la vagina algo por encima de su orificio; juntos forman lo que se llama músculo pubo-vaginal. Tienen acción sobre la vagina cerrándola de atrás a delante y lateralmente; de ellos depende el vaginismo superior.

2.—*Perineo anterior.*—*Diafragma uro-genital.*—(Músculos desarrollados a expensas del esfínter cloacal). De forma triangular, limitado hacia atrás por una línea que va de una tuberosidad isquiática a la otra y que corresponde a la cara anterior del recto.

Transverso superficial del perineo.—Músculo par, poco desarrollado; va de la cara interna de la tuberosidad isquiática hacia adentro, al centro fibroso del perineo (rafe vulvo-anal). Tiene una cara superior que corresponde a la aponeurosis media que lo separa del transverso profundo, vasos y nervios pudendos internos. La cara inferior, recubierta por la aponeurosis perineal superficial, corresponde a la piel.

Isquio-Cavernoso o Isquio-Clitorideo.—Músculo par; se inserta atrás en el isquion, se dirige hacia adelante y adentro, donde termina por medio de tres fascículos en el clítoris. Su cara superior cubre la raíz del clítoris; la inferior está cubierta por la aponeurosis perineal. Acción: baja el clítoris.

Bulbo-Cavernoso, Bulbo-Clitorideo o Constrictor de la Vulva.—Músculo par, que rodea el orificio inferior de la vagina. Va del rafe ano-bulbar, con fibras del esfínter externo y transverso, hacia el clítoris, donde se inserta por medio de dos lengüetas tendinosas. Acción: hace descender el clítoris, comprime su vena dorsal, comprime el bulbo, exprime la glándula de Bartholin y estrecha el orificio inferior de la vagina; es pues el causante del vaginismo inferior.

Constrictor profundo de la Vagina-Esfínter de la Vagina.—Se inserta en la pared posterior de la vagina y en el rafe ano-bulbar, pasa por dentro de la glándula de Bartholin y el bulbo de la vagina, se dirige hacia adelante y termina en la pared anterior de la vagina y en el tejido celular que une esta pared a la uretra. Se encuentra colocado por debajo del transverso profundo y por encima de la aponeurosis media. Acción: estrechar la vagina.

Isquio-Bulbar.—Inconstante. Muy pequeño. Va de la tuberosidad isquiática a la rama horizontal del bulbo.

Transverso profundo.—Va de la rama isquio-pública al triángulo recto-vaginal. La cara inferior está cubierta por la aponeurosis media, que lo separa

del transverso superficial; su cara profunda está cubierta por la hoja aponeurótica que lo separa del elevador del ano, por medio de la prolongación de la fosa isquio-rectal. Acción: músculo tendinoso; tiene sólo papel de sostén.

Esfínter externo de la Uretra.—Empieza a nivel del cuello vesical y termina en el meato; en la porción superior libre de la uretra lo envuelve como un anillo, en la inferior adherido a la pared anterior de la vagina, es un semi-anillo que abarca en su concavidad, la mitad superior de la uretra y cuyos extremos derecho e izquierdo, se insertan en la pared anterior de la vagina. Acción: comprime la uretra.

3.—*Perineo posterior-Esfínter externo del Ano.*—Es un anillo dispuesto alrededor de la parte inferior del recto. Se inserta atrás, en el rafe ano-coxígeo, y algunos terminan en el bulbo-cavernoso y transverso superficial del perineo. Su cara externa está en relación con la grasa de la celda isquio-rectal; la interna, con el esfínter interno. La circunferencia superior está en relación con el elevador del ano; la inferior, con la piel de la región anal. Acción: constrictor del ano.

Recto-vaginal.—Va del ángulo del recto a la cara posterior de la vagina. Es de constitución músculo aponeurótica.

B.—APONEUROSIS O FASCIAS DEL PERINEO

Las aponeurosis pélvicas están formadas de un tejido areolar, tejido conjuntivo fibro-elástico, fibras musculares y vasos sanguíneos.

1.—*Aponeurosis perineal profunda, aponeurosis pélvica superior o fascia pélvica.*—La más elevada de las aponeurosis del perineo, ocupa tanto el perineo anterior como el posterior, desciende de la fascia endo-abdominal, que pasando por el borde de la pelvis, se divide en dos capas: una que cubre el músculo obturador y otra que pasa por debajo de él. La que pasa por encima de la cara interna del obturador interno, se engruesa más o menos en la porción media de este músculo, formando una línea saliente llamada arco tendinoso del músculo elevador del ano (línea blanca), que va de la espina ciática a la sínfisis púbica; allí se divide en dos capas, una pasa debajo y otra encima del elevador; más abajo de la línea blanca se engruesa nuevamente la hoja superior y forma otra línea saliente, verdadera masa de tejido fibroso que contiene los vasos retí-hipogástricos, los uréteres y las fibras de la base de los ligamentos anchos (retináculo del útero). Del borde interno salen cuatro capas fasciales, verdaderos engrosamientos, que divergen en estrella, cuyo centro es la espina ciática; la primera, muy delgada, pasa hacia adelante de la vejiga; la segunda, entre la primera y la tercera, entre ésta y el recto; y la cuarta, detrás del recto. El origen de estas cuatro capas es, pues, la base del ligamento ancho. Hacia adelante llega al pubis y forma los ligamentos vésico-púbicos; hacia atrás, llega hasta el estrecho superior, se inserta en la línea innominada, se prolonga hasta la sínfisis sacro-ilíaca, desciende hacia la escotadura ciática mayor donde encuentra al piramidal de la pelvis, reflejándose hacia atrás y hacia adentro, sigue el borde superior de este músculo y llega a la cara anterior del sacro.

Hacia atrás, forma los ligamentos útero-sacros y a los lados, la base de los ligamentos anchos. Se ha comparado esta disposición a una rueda cuyo centro es el cuello uterino y cuyos radios, son los ligamentos dispuestos en forma radiada. Hacia la línea media, la hoja superior se continúa y cubre el borde libre del músculo elevador del ano y se une con la capa profunda de la aponeurosis media; a nivel del hiato genital, se engruesa y forma una línea saliente denominada "arco tendinoso de la fascia pélvica", que se palpa al hacer la exploración vaginal. Esta fascia cruza de un pilar a otro del músculo elevador del ano, entre el recto y la vagina; sostiene así, casi en contacto, los dos pilares del elevador. Ha sido llamada "fascia intercolumnar del perineo" por De Lee, por la gran importancia que tiene en el mecanismo del parto y en la reparación de las desgarraduras del suelo pélvico.

2.—*Aponeurosis perineal media o diafragma uro-genital*.—Esta aponeurosis tiene la forma de un triángulo que llena el espacio isquio-pubiano; su vértice se dirige hacia la sínfisis y se continúa con el ligamento sub-púbico; su base está a nivel de la línea bi-isquiática y corresponde al borde posterior de los músculos transversos superficiales. Sus bordes se insertan en las ramas isquio-púbicas, en su labio posterior. Se compone de dos hojas superpuestas. La inferior, rodea el borde posterior de los músculos transversos y se continúa con la aponeurosis superficial. La hoja superior se pierde en el tejido adiposo de la fosa isquio-rectal. Las dos hojas están atravesadas por la uretra y la vagina. Por delante están unidas y forman el ligamento transverso de la pelvis. Por detrás se separan y contienen entre sus dos hojas al músculo transverso profundo y, junto a las ramas isquio-pubianas, los vasos y nervios pudendos internos.

3.—*Aponeurosis perineal superficial o fascia de Colles*.—Tiene forma triangular. Sus bordes se insertan en las ramas isquio-púbicas. Su vértice se dirige hacia la sínfisis. Su base se extiende hasta la línea bi-isquiática y se continúa con la hoja superficial de la aponeurosis perineal media y con la aponeurosis del perineo posterior.

C.—VASOS Y NERVIOS DEL PERINEO

a) *Arteria Pudenda Interna*.—Rama colateral extra-pélvica de la ilíaca interna. Camina en la cavidad pélvica por delante de los músculos piramidales y el plexo sacro, hasta salir de ella por la escotadura ciática mayor; después de rodear la cara externa de la espina ciática, entra de nuevo a la cavidad por la escotadura ciática menor. El resto de su trayecto lo hace siguiendo primero al músculo obturador interno, en el interior del conducto de Alcock formado en el espesor de la aponeurosis que recubre este músculo y que está reforzado en su cara interna por fibras ascendentes emanadas del ligamento sacro-ciático mayor, luego por el lado interno de la rama isquio-pública entre las dos hojas de la aponeurosis perineal media, hasta dividirse bajo la sínfisis.

Ramas Colaterales-Hemorroidales inferiores.—En número de dos o tres, se dirigen abajo, atrás y adentro, para perderse, subdividiéndose, en el esfínter y piel del ano.

Perineal superficial.—Después de separarse en la cara interna del isquion, rodea la parte posterior del transverso, dirigiéndose de atrás a adelante, entre el isquio-cavernoso y el bulbo-cavernoso; da algunos ramos a estos músculos y termina en los grandes labios.

Perineal profunda o bulbosa.—Nace adelante de la anterior. Camina de fuera a dentro, entre las dos hojas de la aponeurosis perineal media, perfora la hoja anterior y termina en el triángulo isquio-bulbar, en el que da ramas colaterales para los músculos que lo forman y una rama terminal que va al bulbo de la vagina.

Ramas Terminales.—En número de dos: la arteria cavernosa y la dorsal del clítoris, que después de perforar el ligamento sub-pubiano, se distribuyen, la primera en los cuerpos cavernosos del clítoris y la segunda en la mucosa que cubre dicho órgano.

b) *Venas*.—Las pudendas internas se originan en las regiones eréctiles de la vulva, de cuya parte posterior salen las venas. Siguen el mismo trayecto, en sentido inverso, que las arterias pudendas internas ya descritas. Terminan en la vena hipogástrica. Otros afluentes venosos terminan en las venas de la pared abdominal o hacia el muslo en la safena interna. Sufren notable aumento durante el embarazo, de lo que pueden resultar verdaderas várices.

c) *Linfáticos*.—Siguen el trayecto de los vasos pudendos internos y terminan en los ganglios hipogástricos; los más superficiales terminan en los ganglios inguinales.

d) *Nervios*.—Provienen de los plexos lumbar, sacro y pudendo.

1) **Plexo Pudendo (Morris).**

Está destinado al perineo, órganos genitales externos y vísceras pélvicas en conexión con el plexo hipogástrico. Está formado por pequeña parte del segundo sacro, la mayor parte del tercero y la totalidad del cuarto (fig. Núm. 1). De estas raíces pudendas se desprenden las anastomosis destinadas al plexo hipogástrico. Da ramas viscerales, musculares y terminal.

a) *Ramas viscerales*. (Esplácneo pélvico).—Nacen principalmente del 3º y 4º nervios sacros y reciben ramos del plexo simpático. Se distribuyen directamente por sus ramas aferentes o fibras sensoriales terminales en las vísceras pélvicas; e indirectamente por sus fibras aferentes a los ganglios del plexo simpático o a las células ganglionares de las paredes de las vísceras pélvicas. (Morris). Los nervios hemorroidales medios (rectales o caudales) van al recto, los vesicales inferiores a la vejiga y los nervios vaginales a la vagina.

b) *Ramas musculares*.—Tienen su origen en el 4º nervio sacro y dan su inervación al músculo coxígeo, elevador del ano y al esfínter externo del ano. Los nervios del coxígeo y del elevador del ano pasan por las superficies pélvicas de estos músculos. El del esfínter externo pasa hacia atrás entre el elevador del ano y el coxígeo, da fibras a este último músculo en la parte posterior de la fosa isquio-rectal y además de los ramos adicionales al esfínter externo del ano, da filamentos cutáneos a la piel que recubre la porción comprendida entre el ano y el coxis.—(Morris).

c) *Rama terminal*. (Nervio pudendo interno).—Se origina ordinariamente de las divisiones primarias de los 2º, 3º y 4º nervios sacros. Sale de la pelvis por la parte inferior de la escotadura ciática mayor, rodea la espina ciática y penetra de nuevo a la pelvis por la escotadura ciática menor en el canal de Alcock, formado por la fascia del obturador en la pared lateral de la fosa isquio-rectal, situándose en la cara interna de la tuberosidad del isquion en donde se divide en sus ramas terminales.

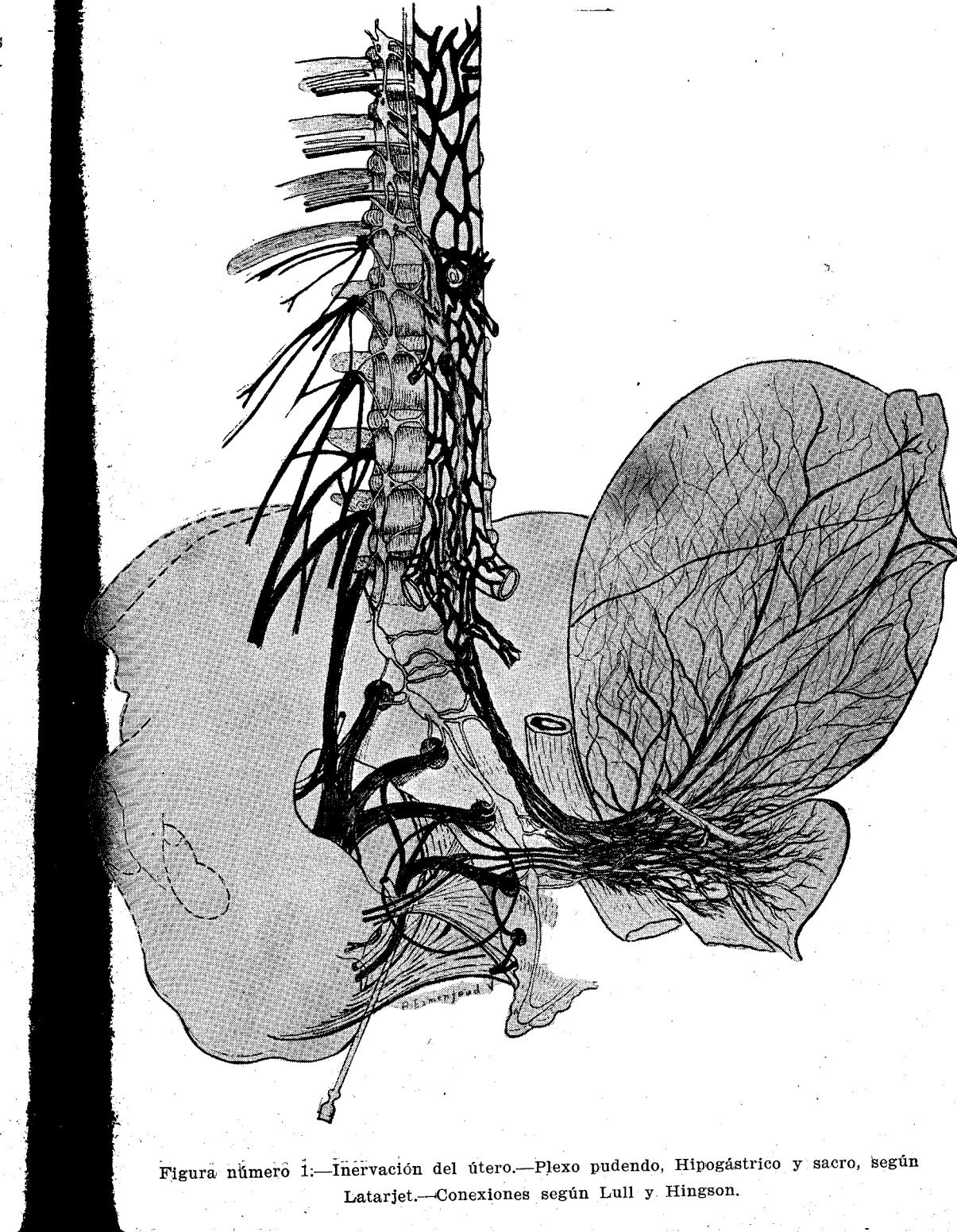
1º—*Nervio hemorroidal inferior*.—Que frecuentemente puede originarse de manera independiente de los 3º y 4º nervios sacros. Perfora el canal de Alecock en su parte media y se dirige hacia adelante por el tejido céluo-grasoso de la fosa isquio-rectal y termina en el esfínter externo del ano y en la piel que lo recubre.

2º—*Nervio perineal*. (O rama inferior).—Corre en una corta distancia en el canal de Alcock; desciende hacia la parte posterior del perineo, da algunos filetes a la parte anterior del esfínter anal y piel subyacente y un ramo voluminoso que se pierde en la piel del pliegue femoroperineal. Más adelante se divide en dos ramos: superficial y profundo.

a) *Rama superficial o cutánea*.—Se dirige oblicuamente hacia adelante y adentro entre la aponeurosis superficial (fascia de Colles) y la piel. Da ramos medios, laterales y labial posterior; la mayor parte de ellos atraviesan la pared del canal de Alcock en la parte anterior de la fosa isquio-rectal y de allí perforan la base del diafragma uro-genital y van a la parte superficial del triángulo uro-genital. La rama lateral bajo el transverso del perineo y la rama media pasa encima o a través de sus fibras. La rama lateral se anastomosa con el pudendo lateral largo y con el hemorroidal inferior. Los filamentos terminales de algunas ramas van a la piel de la parte anterior del perineo y labio menor.

b) *Ramo profundo o músculo-uretral.*—Se divide en varios filetes, uno o dos de ellos perforando la pared del canal, van a las fibras anteriores del esfínter y del elevador del ano. Las fibras restantes perforan la base del diafragma urogenital y vienen a colocarse en la parte superficial del triángulo isquio-bulbar. Las ramas motoras son el nervio del transverso, el nervio del isquio-clitorídeo y el nervio del bulbo-clitorídeo; las ramas sensitivas son un filete bulbar, que va al bulbo de la vagina y un filete uretral para la uretra.

3º—*Nervio dorsal del clítoris*. (O rama superior).—Sigue el trayecto de nervio pudendo interno en el canal de Alcock con los vasos pudendos internos por fuera la base del diafragma uro-genital y continúa hacia arriba y adelante entre sus fibras siguiendo el lado interno de las ramas isquio-pubianas por encima y afuera de los vasos. A poca distancia y detrás del arco del pubis, perfora la hoja anterior del diafragma uro-genital, dando una rama a los cuerpos caver-nosos del clítoris, pasa hacia adelante por debajo de la sínfisis y la raíz del clítoris, por fuera de su ligamento suspensor y se pierde en la mucosa del clíto-
ris, su capuchón y en la parte superior de los labios menores. Algunos filetes llegan a la cara ántero-interna de los labios mayores.



2) Plexo Sacro.

El plexo sacro da inervación al perineo mediante la rama perineal del ciático menor (o fémoro-cutáneo posterior). Una de sus ramas, el "nervio pudendo largo", que sale hacia adelante y en la parte media frente a la tuberosidad del isquion, en la margen lateral del perineo anterior, se dirige hacia el pliegue cutáneo que separa el perineo del muslo, perfora la fascia de Colles y penetra en el compartimiento anterior del perineo. Da en su trayecto filetes cutáneos a la nalga, perineo y parte interna y superior del muslo y termina en la piel del labio mayor. Se anastomosa constantemente con el perineal superficial.

3) Plexo Lumbar.

Interviene en la inervación cutánea de los labios mayores y región pubiana por los *Ramos Genitales* de los nervios Abdómino-genital mayor, Abdómino-genital menor y génito-crural.

ESTUDIO TOPOGRAFICO

El perineo ofrece el aspecto de un rombo de eje mayor antero-posterior y cuyos ángulos son el anterior, la sínfisis pública, el posterior, el coxis y los laterales, las tuberosidades isquiáticas, una línea trazada de una a otra tuberosidad, lo divide en perineo posterior y anterior.

A) Perineo posterior o ano-rectal.

Verdadero canal de dirección antero-posterior incluido en el surco interglúteo, en la posición ginecológica, tiene forma triangular cuya base va de una tuberosidad a otra y está formada por el borde posterior de los músculos transversos del perineo y los lados por los ligamentos sacro-ciáticos mayores. En su constitución intervienen: 1º—Los planos superficiales: a) la piel y el orificio anal; b) el tejido celular subcutáneo que contiene vasos y nervios dependientes del sistema pudendo interno. 2º—La fosa isquio-rectal y el esfínter externo del ano. En las fosas isquio-rectales se encuentra el tejido celulo-grasoso que la rellena y los vasos y nervios dependientes del sistema pudendo interno. 3º—La porción perineal del recto. El recto y la vagina se separan en la región perineal dejando entre ellos un espacio en forma de pirámide triangular llamado triángulo vagino-rectal, cuya pared anterior está formada por las caras posteriores de la vagina perineal y canal vulvar, la pared posterior por la cara anterior del recto perineal, su vértice está formado por la extremidad inferior del tabique vagino-rectal, su base, cutánea, está representada por el espacio comprendido entre la horquilla y el ano. Su área está ocupada por el núcleo fibroso-muscular del perineo. Este triángulo juega papel considerable en el parto, puesto que sostiene la mayor parte del empuje útero-

abdominal y gracias a su elasticidad se distiende poco a poco al mismo tiempo que dirige la salida y rotación de la presentación fetal; si su elasticidad es insuficiente, es el primero en desgarrarse.

B) Perineo anterior o uro-genital.

Tiene también forma triangular, cuyos bordes corresponden a las ramas isquio-púbicas (surco génito-crural), la base a la línea bi-isquiática (borde posterior de los músculos transversos superficiales), y el vértice a la parte posterior de la sínfisis.

Comprende: *Primer plano*.—Superficial: a) En la piel se encuentran las formaciones superficiales de la vulva: labios mayores y menores, canal vulvar, clítoris, vestíbulo, meato urinario, orificio inferior de la vagina e himen. b) En el tejido celular subcutáneo, que alcanza mayor espesor a nivel de los grandes labios, corren los vasos y nervios perineales superficiales dependientes del sistema pudendo interno en su mayor parte. c) Aponeurosis superficial o fascia de Colles.

Segundo plano.—Subaponeurótico o compartimiento bulbo-clitorídeo, cuyo suelo está formado por la aponeurosis perineal superficial, su bóveda por la aponeurosis media y las paredes laterales por las ramas isquio-púbicas. Está atravesado por la uretra y el canal vulvar. A derecha e izquierda se encuentran: las raíces de los cuerpos cavernosos, los bulbos de la vagina, las glándulas de Bartholin y los músculos superficiales del perineo (isquio-clitorídeo, bulbo-clitorídeo y transversos superficiales). Los vasos están representados por la arteria perineal profunda o bulbosa, las venas bulbosas y los linfáticos, tributarios de los del sistema pudendo interno. Los nervios vienen del pudendo interno (rama perineal).

Tercer plano.—Diafragma uro-genital, constituido por la aponeurosis perineal media.

Cuarto plano.—Prolongación anterior de la fosa isquio-rectal; situado por encima del diafragma uro-genital.

C) Perineo común.

Está formado por el elevador del ano y la fascia pélvica.

FISIOLOGIA DEL PERINEO

La musculatura perineal juega un papel muy importante en la regulación del segundo período del parto, la resistencia, que ella opone a la expulsión fetal, cumple el doble papel de permitir la distensión progresiva del suelo perineal y de provocar la rotación de la cabeza fetal para desprenderse. El mecanismo es el siguiente: el cilindro fetal inicia el descenso en la cavidad pélvica siguiendo la línea umbílico-coxígea, en tal forma que durante las contracciones uterinas va directamente a empujar el perineo posterior, resultante de lo cual es la dilatación anal, la distensión de la pared posterior de la vagina y el recha-

zamiento del coxis. La resistencia de dicho plano posterior hace que la cabeza adelantando en sentido antero-posterior, pase a ejercer su acción sobre el perineo medio.

El ejemplo más evidente del mecanismo de acción aquí ejercido es el del acordeón, que progresivamente se fuera distendiendo por uno de sus lados. Además de esta acción local sobre el perineo, el plano anterior de la vulva se dilata para permitir el paso normal del feto.

UTERO

Modificaciones muy grandes se encuentran en este órgano a finales del noveno mes del embarazo, cuyas características más salientes, describiré a continuación.

a) *Cuerpo*.—Su forma varía de una enferma a otra, según la forma primitiva del órgano, aunque en una abrumadora frecuencia, es la ovoide y la elíptica las que predominan; en otras raras ocasiones, se palpan surcos en el fondo del útero, desarrollo más marcado de un cuerno uterino, etc. La dirección primitiva sufre alteraciones en todos los sentidos, así: en el plano antero-posterior y principalmente en la posición de pie, se produce una flexión a nivel del istmo y consecutivamente la anteflexión del cuerpo uterino; en el plano sagital el fondo está inclinado hacia la derecha y en el plano transversal, una torsión en el mismo sentido. La capacidad cavitaria es de 5,000 a 6,000 c. c. y las medidas en el sentido de la altura y la circunferencia a través de la pared abdominal, son, respectivamente, de 32 cm. y de 90 cm. En casi todas las embarazadas normales, el fondo desciende en las dos o tres últimas semanas, a lo que se da el nombre de "caída del útero"; dicho descenso es debido al encamamiento de la presentación en la cavidad pélviana.

b) *Segmento inferior*.—Se llama así a una región intermedia entre el cuerpo y el cuello uterinos, cuya aparición está ligada al embarazo y se verifica al octavo mes en las primíparas y al final del noveno mes en las multíparas. Muchas teorías han tratado de explicar la causa de su formación; actualmente se acepta su origen a nivel de la porción del cuello uterino que se llama ISTMO, provocada su distensión por la penetración de la presentación en la excavación. Esta zona alcanza una altura que varía de 8 a 14 cms., siendo sus límites: en su parte superior el anillo fisiológico de retracción y en su parte inferior, el orificio interno del cuello uterino. Durante la ejecución de una cesárea, el examen macroscópico del útero pone rápidamente en evidencia el límite superior; los caracteres que marcan dicho límite entre él y el cuerpo, son: 1.—El peritoneo adhiere al músculo; 2.—Un seno venoso transversal; y 3.—Engrosamiento muscular.

c) *Cuello*.—En el embarazo a término, se encuentran en esta porción del útero alteraciones que pueden ser consideradas bajo el punto de vista histiológico, morfológico, situacional y de consistencia. La histología del cuello sufre modificaciones debido a la hipertrofia de las glándulas mucosas, cuya abundante secreción es a veces subjetiva y objetivamente demostrada; la red venosa se desarrolla también en una forma extraordinaria; el tejido muscular y conjuntivo casi no se alteran. En el aspecto morfológico se aprecia lo siguiente: unido al

aumento de volumen, se produce una ligera dilatación del orificio externo que permite, en las primíparas, el paso de un dedo, y, en las multíparas, el paso de dos dedos. La situación, aunque en la mayoría de los casos es central, es susceptible de desplazamientos en sentido antero-posterior o lateral. La consistencia blanda, típica del cuello a término, es el carácter más saliente de todos los señalados. Es debida al doble factor anatómico anteriormente dicho. La extensión que adquiere es tan grande, que dificulta en algunas ocasiones la limitación exacta del cuello.

d) *Inervación del útero*.—El útero tiene acción autónoma puesto que puede contraerse aisladamente, esta acción depende de las fibras musculares y de los ganglios situados en sus paredes; es influenciado además, por ciertas hormonas (pituitrina, luteína, foliculina, adrenalina), y por nervios extrínsecos que dependen del sistema simpático cerebro-espinal y del parasimpático (autónomos); según Lull y Hingson derivan de tres fuentes:

1.—*Fibras motoras de los ganglios superiores del simpático torácico*, que corren hacia abajo por los plexos celíaco, aórtico, nervio presacro, nervios hipogástricos y plexo hipogástrico (ganglios de Frakenhauser) y desde allí se distribuyen al útero formando dos grupos: 1º—Un grupo principal que llega al istmo y 2º—Un grupo secundario cuya rama principal es el nervio lateral del útero (Latarjet).

2.—*Fibras sensoriales del cuerpo del útero*, son fibras viscerales aferentes que van a los ganglios del undécimo y duodécimo segmentos dorsales para hacer sinapsis en los ganglios correspondientes.

3.—*Fibras sensoriales y motoras del segmento inferior, del cuello y canal pélvico* se encuentran en los plexos simpático y parasimpático que comunican con el 2º, 3º y 4º nervios sacros (plexo pudendo).

El bloqueo de los nervios que forman el plexo pudendo anulará, pues, el dolor producido por la distensión del canal pélvico, paraliza la musculatura del perineo y anula el tono de la musculatura lisa del cuello, pero no inhibe la contracción del cuerpo uterino ni anula el dolor de la contracción uterina.

FISIOLOGIA DEL UTERO

Durante el parto el útero se diferencia en dos porciones claramente distintas: 1º—*El cuerpo* o porción contrayente; 2º—*El segmento inferior y el cuello* o porción dilatante, separados por el anillo de contracción o de Bandl.

La parte superior o cuerpo es la parte activa, contráctil que se vuelve gruesa conforme avanza el parto, es firme y dura; durante la contracción el útero aumenta de longitud al mismo tiempo que disminuyen sus diámetros antero-posterior y transverso. El aumento de longitud se debe en parte a la distensión del segmento inferior y en parte al enderezamiento del feto, la disminución de los diámetros antero-posterior y transverso tiene por objeto enderezar al feto. La contracción uterina tiene dos objetivos: 1º—Dilatar el segmento inferior y el cuello; 2º—Lograr la expulsión del feto y la placenta.

Coadyuvan a estos fines de la contracción uterina, los ligamentos redondos, útero-sacros y anchos, que fijan y dirigen el útero de manera que su esfuerzo

sea efectivo; y la contracción de la pared abdominal que ayuda y completa la acción de la contracción uterina, sobre todo en el segundo período; cuando el feto está ya todo por debajo del anillo de retracción, la contracción tiene poco efecto, es entonces casi esencial la contracción de la pared abdominal para terminar la expulsión.

La parte inferior, cuello y segmento inferior, es la porción dilatante o pasiva, se convierte en un delgado tubo muscular y se canaliza hasta ponerse a ras de la vagina para formar así el canal del parto. Esta porción del útero se encuentra sometida a presión y distensión a cada contracción del útero, la presión líquida ejercida sobre la bolsa de las aguas hace que ésta sobresalga, se desaloja el tapón mucoso que se lleva consigo las porciones superficiales de la membrana mucosa del cuello, las grandes venas de la formación erétil del cuello son comprimidas y vaciadas y comienza así la canalización del cuello de arriba a abajo. En este proceso hay primero borramiento y después dilatación del cuello. El cuello que tenía 3 a 4 cm. de longitud llega a desaparecer y el canal cervical es reemplazado por un orificio cervical único representado por el orificio externo.

En el proceso de borramiento y dilatación, juegan poco papel la bolsa de las aguas y la presentación; la presencia de la bolsa de las aguas puede ser hasta perjudicial según Metzger. El papel principal en el proceso normal es jugado por la contracción uterina, las fibras longitudinales que se extienden como abanico en el cuello tiran del cuello hasta incorporarlo en el segmento inferior y como las fibras que van al orificio interno son más cortas que las que llegan hasta el externo, es este el que comienza a dilatarse y el canal cervical que al principio tiene forma de cono de vértice superior, se convierte en canal cilíndrico primero y por último en cono de vértice inferior con un solo orificio, el externo. Cuando el borramiento es total, empieza o continúa la dilatación y el orificio externo se abre hasta ponerse a ras de la vagina. Con la dilatación del orificio externo coincide la elevación hacia el abdomen del cuello y al llegar a la dilatación completa, ya no puede ser alcanzado por el dedo, y la bolsa de las aguas se rompe, comenzando entonces el segundo período o de expulsión, y, para el cumplimiento normal de este, es que ha sido necesaria la formación del canal vagino-segmentario o conducto del parto.

CAPITULO II

BLOQUEO PUDENDO

a) Consideraciones generales.

La droga ideal para la analgesia y anestesia obstétrica, no ha sido encontrada todavía. A pesar de que en la actualidad se han hecho numerosas investigaciones, no ha sido posible hallar la que reúna todas las condiciones requeridas, es decir, aquella que no interfiriendo el mecanismo normal del parto, procure absoluto alivio durante todos los períodos de éste. La droga ideal sería la que pudiendo ser administrada en cualquier tiempo del parto y tipo de trabajo, permitiera a éste seguir su curso sin alteraciones en el número, calidad y duración de las contracciones, además de permitir a la paciente conservar lucidez y fuerza suficientes para colaborar con el médico en el momento necesario; debe ser tan inocua que no provoque daño alguno inmediato ni lejano a la madre y al feto. Desgraciadamente no hay ninguna capaz de suprimir todos los dolores sin algún peligro, y por lo tanto, ningún parto puede ser absolutamente indoloro.

Casi todos los medicamentos usados con el objeto de suprimir el dolor, prolongan peligrosamente el parto, otros producen sueño o excitación, algunos son tan peligrosos que su empleo se limita al segundo período.

Se ha tratado de salvar estas dificultades, combinando los analgésicos y anestésicos con los ocitócicos. Su empleo ha quedado y debe quedar todavía en manos especializadas y este es uno de sus graves inconvenientes, sobre todo, en nuestro ambiente, donde es ínfimo el número de parturientas que comprendan la necesidad de ser atendidas por el experto en la materia.

El parto breve y analgésico, método ideado por el Dr. Arturo Zeceña y desarrollado brillantemente por el Dr. Alejandro Recinos en su trabajo de Tesis, es una verdadera conquista para la ciencia y una victoria sobre el dolor. El método ha dado buenos resultados en sus manos, pero el uso de la pituitrina atemoriza todavía, y no sin razón, a los prácticos.

Los anestésicos por inhalación, solamente son usados durante el segundo período del parto, porque sería peligrosa su administración prolongada. Los analgésicos (barbitúricos, morfina-escopolamina), durante el primero. La anestesia por infiltración, puede ser usada durante la segunda parte del primer período y el segundo período y por esta razón es necesaria su combinación con los analgésicos, y como pueden disminuir la energía de las contracciones uterinas, se hace necesaria, algunas veces, la administración de ocitócicos; antes de entrar, pues, en la descripción de la técnica de su administración, es necesario conocer las propiedades más importantes de los medicamentos usados para la anestesia y para la corrección de sus malos efectos.

Procaína o Novocaína (Clorhidrato de para-amino-benzoil-dietil-aminoetanol).

Pequeños cristales incoloros, solubles en el agua. Anestésico local activo de poca toxicidad, que actúa más sobre los nervios sensitivos que sobre los nervios motores. Es un anestésico de profundidad, actúa poco sobre las superficies mucosas. Su acción vaso-dilatadora debe corregirse con adrenalina.

La acción anestésica se produce a los 5 ó 10 minutos y dura de una a dos horas. Las soluciones acuosas son neutras y muy irritantes, se alteran al calor y por lo tanto se deben esterilizar por tindalización o agregando reductores.

En nuestra práctica hemos utilizado una fórmula análoga a la de Bridel:

Novocaína (clorhidrato)	1 gramo
Sol. de Clorhidrato de Adrenalina al 1 X 1000 . .	X Gotas.
Sol. oficial de Bisulfito de Sodio.	0.3 c. c.
Sol. isotónica de cloruro de Sodio (7.5 X 1000 y	
Acido Benzoico al 2 X 1000, c. s. p.	100 c. c.

Por la dificultad de preparación, se usó en seguida:

Procaína (cristales)	1 gr. en ampolla de 10 c. c.
Suero Fisiológico.	100 c. c.

La solución se prepara en el momento en que se necesita y puede agregarle una gota de Solución de Adrenalina al 1 X 1000, por cada 10 c. c.

Hemos empleado suero fisiológico y no agua destilada para hacer la solución, porque la solución al 1%, sería hipotónica y según Takats, esta solución hemoliza los glóbulos rojos, rompe el tejido conjuntivo y las células adiposas y podría producir necrosis en los tejidos. Clínicamente, según De Lee, "se observa una marcada induración del tejido celular sub-cutáneo con prolongada hiperemia de la piel y aún llega a ocurrir que se abra una herida perfectamente aséptica."

La patogenia de la acción anestésica de la Procaína y los otros anestésicos locales, no ha sido bien estudiada todavía (Lundy). Entre las teorías para explicarla, la más avanzada es la de Meyer-Overton, que según Fourneau, puede resumirse en lo siguiente:

- a) Ningún compuesto químico indiferente, puede tener acción narcótica sobre el protoplasma vivo;
- b) El primer efecto principia sufriendo rápida y gran extensión en aquellas células que contienen una gran proporción de lipoides y en aquellas que son responsables de grandes funciones;
- c) La intensidad de la acción narcótica depende:
 - 1.—De una afinidad física entre la sustancia narcótica y los lipoides;
 - 2.—En su afinidad con otros constituyentes, particularmente el agua.

La teoría química de Venvorn y Burker, atribuye también gran importancia a la solubilidad de los lipoides, pero según ella, el anestésico ejerce además, una acción depresora sobre la sustancia nerviosa, suprimiéndole su oxígeno y produciendo un estado de sofocación que se acompaña de parálisis.

La teoría físico-química de Matthews y Lilly, para la cual, según este último autor: "la acción anestésica es debida primariamente, a una modificación de la plasma-membrana de la célula o de los elementos irritables, única manera como estas membranas se hacen más resistentes hacia ciertos agentes que provocan rápido aumento de su permeabilidad" y, según Matthews, el protoplasma puede volverse inirritable por el arrancamiento intracelular de receptores oxigenados que lo ocupan.

Adrenalina.—La Adrenalina es un polvo cristalino, blanco, ligeramente amargo, casi insoluble en el agua. Su sal más usada es el clorhidrato de adrenalina en solución al 1 X 1000. Su acción es fugaz y se manifiesta por una excitación electiva del simpático en la que dominan las reacciones vasculares (vaso-constricción). En realidad, su acción es anfótropa; excita electivamente el sistema simpático, pero actúa también, secundariamente, sobre el parasimpático. Su acción vaso-constrictora es de orden periférico más que central y se demuestra por la palidez de la zona de inyección y la detención de las hemorragias de los pequeños vasos. Su acción es rápida e intensa. La vaso-dilatación secundaria por parálisis de los vaso-constrictores, puede neutralizar los efectos de la vaso constricción inicial. Eleva la tensión arterial al principio y luego esta desciende por debajo de la tensión inicial, remontando por último a su cifra normal. Acelera el corazón y el ritmo respiratorio.

Sobre el útero, produce primero excitación y después relajamiento; relaja el cuello uterino y el anillo de constrictión fisiológica.

Prolonga la acción de los anestésicos locales y combate su acción depresora sobre el corazón y la respiración.

En el bloqueo pudendo, hemos empleado X gotas de solución de adrenalina al 1 X 1000 o sea medio miligramo, en 100 c. c. de la solución anestésica. No en todos los casos puede usarse la adrenalina, porque en algunos sería peligrosa, como por ejemplo, en la hipertensión y la eclampsia.

Heroína (Clorhidrato de diacetil-morfina o diamorfina).—Polvo cristalino, blanco, inodoro, amargo, soluble en el agua y alcohol. Derivado sintético de la morfina. Es un hipno-analgésico y antidiáfractico. Como analgésico es de 2 a 3 veces más activo que la morfina por su acción sobre los centros sensitivos. Disminuye los movimientos respiratorios con aumento de duración y amplitud de la inspiración, por depresión del centro respiratorio.

La acción analgésica máxima se alcanza a la media hora de puesta una inyección de heroína, su acción es, pues, rápida e intensa y persiste durante 3 ó 4 horas; produce un estado de euforia, sin depresión o irritabilidad mental o psíquica (morfina, barbitúricos); no disminuye la intensidad de las contracciones uterinas y no aumenta la incidencia de asfixia fetal (excepto en prematuros, donde está contraindicada).

Se administran dosis mínimas: de 0.005 gr. de heroína en inyección hipodérmica durante el primer período del parto, cuando la dilatación del cuello

llega a 3 ó 4 cm. de diámetro. (Si a la paciente se le mantiene en cuarto semi-oscuro y sin ruido, se obtiene el sueño crepuscular como con la morfina-escopolamina, pero sin sus inconvenientes). Se obtiene así la supresión de los dolores del primer período y un estado mental especial de la paciente, muy útil para suprimir el miedo o la aprensión en aquellas que antes de su parto habían sido asustadas por parientes u otras personas incultas como tan frecuentemente ocurre con las primerizas.

La inyección debe ponerse por lo general, durante las 3 ó 4 horas que preceden inmediatamente al parto, para evitar la asfixia del recién nacido, pero algunos autores (Curtis, J. Lund y John W. Harris), dicen que no hay gran diferencia en la frecuencia de la asfixia fetal cuando es administrada entre 1 y 5 horas que preceden al parto, otros (Stander), llegan hasta las 6 horas y permiten la repetición de una dosis igual o algo menor a las 3 ó 4 horas de la primera. En nuestra práctica hemos utilizado, de heroína, una sola dosis de 0.005 gr. a lo más, 3 ó 4 horas antes del parto.

Pituitrina. (Ocitocina o Pitocina).—Hormona del lóbulo posterior de la hipófisis que produce contracciones del útero cuando éstas ya se han iniciado. Su actividad aumenta con el tiempo del embarazo; en un útero sin embarazo, en reposo, es inactiva; al final del embarazo puede provocar el parto.

Debe utilizarse solamente cuando el trabajo está avanzado, la cabeza encajada, el cuello blando y parcialmente borrado y dilatado. La mayoría de los autores la contraindican en el primer período, pero cuando se llenan las condiciones anteriores y hay paro del trabajo por inercia, puede permitirse su empleo. Ha sido empleada con éxito durante el primer período después de la anestesia epidural (parto breve y analgésico), y la hemos utilizado después de la anestesia por bloqueo pudendo con un éxito casi constante y sin ninguna consecuencia que lamentar.

Durante el segundo período, está indicada solamente en los casos de inercia secundaria, para estimular las contracciones uterinas, ha sido preferida al fórceps cuando la presentación es alta, no así cuando la presentación ha descendido bien. Si el parto progresó bien durante el segundo período, no es usada, pero en rigor, podría permitirse cuando éste es lento.

Con el empleo de la pituitrina, puede obtenerse éxito solamente si se llenan bien las condiciones para su empleo, si se dominan bien sus indicaciones y contraindicaciones y si se respetan las reglas de su administración (poner dosis pequeñas, 2 ó 3 Unidades; suspenderla cuando las contracciones se hacen fuertes y no aplicar más de 5 a 6 dosis; no repetir las dosis con intervalos menores de 15 a 20 minutos); y si se vigila constantemente el útero y el foco, podrán evitarse muchos desastres (ruptura del útero), ya que las contracciones muy fuertes pueden suprimirse con un anestésico general (éter).

Solución Antiséptica S. T., 37 (Sharp & Dohme).—Es un poderoso antiséptico que corresponde a la fórmula siguiente:

Hexilresorsinol	1 Gr.
Glicerina.	300 c. c.
Agua destilada C. S. P.	1000 c. c.

El hexilresorsinol es un derivado de la serie química de los alcohol-resorsinas, enérgico bactericida fenólico, 200 veces más activo que el fenol sin aumento de la causticidad y toxicidad. Su acción es debida a que disminuye la tensión superficial y aumenta así la capacidad de penetración de la solución (Rossello). Se disuelve bien en la solución acuosa-glicerinada en las proporciones citadas, lo que tiene gran influencia sobre su acción bactericida, ya que disminuye la tensión superficial del agua, pero es poco soluble en ella, en cambio disminuye poco la tensión de la glicerina, pero es más soluble. Su acción germicida se ejerce al contacto en 15 segundos.

Por ser un bactericida enérgico, muy poco irritante, estable, y que penetra fácilmente en las anfractuosidades de los tejidos por su baja tensión superficial y además porque no arde al ser depositado sobre las mucosas y las heridas, hemos utilizado la Solución S. T. 37. para hacer la antisepsia preanestésica de la vulva, vagina y región anal.

b) Material empleado.

- 1 aguja de 10 cm. de longitud B. D. o M. P. o simplemente una aguja de punción lumbar.
 - 2 Jeringas B. D. de 20 c. c. con agarrador de anillos.
 - 1 ampolla de 1 gr. de Procaina cristalizada.
 - 1 frasco de 100 c. c. de suero fisiológico para disolver la Procaina, o
 - 1 frasco de 100 c. c. de Novocaina al 1 \times 100, con X gotas de Adrenalina.
 - 1 ampolla de Adrenalina en solución al 1 \times 1000.
 - 1 pinza de anillos.
 - 1 frasco de solución antiséptica S. T. 37 (Sharp & Dohme).
 - 1 frasco de Merthiolate (Lilly).
- Torundas de algodón.
- Material y ropa necesarios para atender todo parto.

La preparación de la solución anestésica, se hace disolviendo los cristales de Procaina en 10 c. c. de suero, que luego se mezclan con el suero fisiológico, y se agregan en seguida X gotas de la solución de Adrenalina al 1 \times 1000.

c) Cuidados pre-anestésicos.

Son los mismos cuidados que deben tenerse en la atención de todo parto. Debe insistirse en lo siguiente:

- 1.— Lavado rectal de un litro de agua tibia con 30 gramos de jabón líquido.
- 2.— Razurado de la región vulvar.
- 3.— Limpieza y lavado antiséptico de la vulva, parte superior de los muslos y región perineal, con solución de bichloruro de mercurio al 1 \times 1500.
- 4.— Sondeo vesical aséptico.

d) Técnica de la anestesia.

- 1.— Colocar a la enferma en posición ginecológica exagerando un poco la flexión de los muslos sobre el abdomen.
- 2.— Antisepsia de la región vulvar y anal con una torunda de algodón empapada en solución antiséptica S. T. 37 (Sharp & Dohme).
- 3.— Antisepsia de la región perineal, hipogástrica y mitad superior de los muslos, con tintura de Merthiolate.
- 4.— Vestir convenientemente a la enferma. (El cirujano se viste en la forma habitual, pero calzándose dos pares de guantes superpuestos).
- 5.— Hacer dos puntos dérmicos con la solución anestésica, en el punto medio entre el ano y las tuberosidades isquiáticas (Utilizar aguja fina).
- 6.— Se introduce el dedo índice de la mano izquierda en el recto y se palpa la espina ciática izquierda y la aguja de 10 cm. de longitud, se introduce a través del botón dérmico en dirección horizontal hasta el contacto del dedo que se encuentra situado en la ampolla rectal. Con este dedo guía, se dirige entonces la aguja hasta un punto situado abajo y afuera de la espina ciática, con lo cual se introduce la aguja en el interior del conducto de Alcock. Habitualmente se alcanza la espina a una profundidad de 7 a 9 cms.
- 7.— Se inyectan 15 c. c. de la solución anestésica, habiendo tenido el cuidado de aspirar antes, porque es muy fácil pinchar los vasos pudendos internos que acompañan al nervio en el interior del canal de Alcock.
- 8.— Se retira la aguja lentamente hasta la piel y se va inyectando los 5 c. c. restantes, contenidos en la jeringa de 20 c. c.
- 9.— Sin sacar la aguja, se cambia de dirección y se dirige lateralmente hacia atrás del ano. Se carga de nuevo la jeringa con 20 c. c. de la solución y retirándola de nuevo hasta la piel, se inyectan 5 c. c. Se anestesia así el nervio hemorroidal inferior.
- 10.— Se dirige la aguja de nuevo hacia adentro, al rafe ano-bulbar, hasta la línea media y retirándola nuevamente, se inyectan 5 c. c. Se anestesia de ese modo, el centro fibroso del perineo.
- 11.— Se cambia la aguja de dirección y se dirige lateralmente hacia afuera, hacia la tuberosidad isquiática, aquí se inyectan otros 5 c. c. anestesiando así, el nervio cutáneo-femoral posterior.
- 12.— Se retira la aguja nuevamente hasta la piel y se dirige hacia adelante a través del labio mayor, introduciéndola en toda su longitud. Se inyectan los 5 c. c. restantes, con lo que se bloquean las ramas genitales del abdómino-genital mayor, menor y génito-crural.
- 13.— Se carga la jeringa con 10 c. c. de la solución, se retira la aguja hasta la piel, inyectando en su recorrido, 5 c. c.
- 14.— Se introduce la aguja ahora más profundamente para inyectar los 5 c. c. restantes en el triángulo isquio-bulbar.
- 15.— Se retira el dedo del ano y se procede a quitarse el guante contaminado.
- 16.— Se repiten las anteriores maniobras del lado derecho.

Procediendo de esta manera se inyectan en total, 100 c. c. de la solución anestésica al 1% y la aguja ha sido introducida, únicamente dos veces (Figura Número 2).

e) Acción de la anestesia.

La anestesia tarda en establecerse de 5 a 10 minutos, después de los cuales la relajación del perineo es ya completa, al cabo de otros 10 minutos, cede la espasticidad del cuello y comienza a dilatarse, llegando a la dilatación completa, por lo general, al cabo de 20 ó 30 minutos si no se paran las contracciones uterinas.

La duración de la anestesia, cuando no se utiliza adrenalina, es más o menos de 30 a 60 minutos; con adrenalina, tienen una duración mínima de una hora y media, habiendo casos en los que ha durado más de dos horas.

Habitualmente, para moderar los dolores de la última parte del primer período, hemos puesto una ampolla de 0.005 gr. de heroína. Cuando las contracciones uterinas se han hecho regulares cada 5 minutos y fuertes, y el cuello uterino tiene de 3 a 4 cm. de dilatación, se hace el "bloqueo pudendo." Cuando la espasticidad del cuello ha cedido y comienza la dilatación, se rompe la bolsa de las aguas artificialmente, si no se hubiera roto con anterioridad espontáneamente. Cuando el cuello se ha dilatado a los 15 ó 20 minutos, si las contracciones uterinas han disminuido en intensidad, se ponen 2 ó 3 Unidades de pituitrina, que pueden repetirse a los 15 minutos, si éstas no han adquirido suficiente intensidad.

f) Variantes de la técnica.

Una variante de la técnica, consiste en introducir dos dedos en la vagina y palpar la espina ciática, sirviéndose de ellos como guías para dirigir la aguja al lugar indicado (L. A. Bunim). En este caso es necesario hacer una meticulosa antisepsia vaginal; hemos empleado para estos casos, torundas empapadas en solución antiséptica S. T. 37 (Sharp & Dohme).

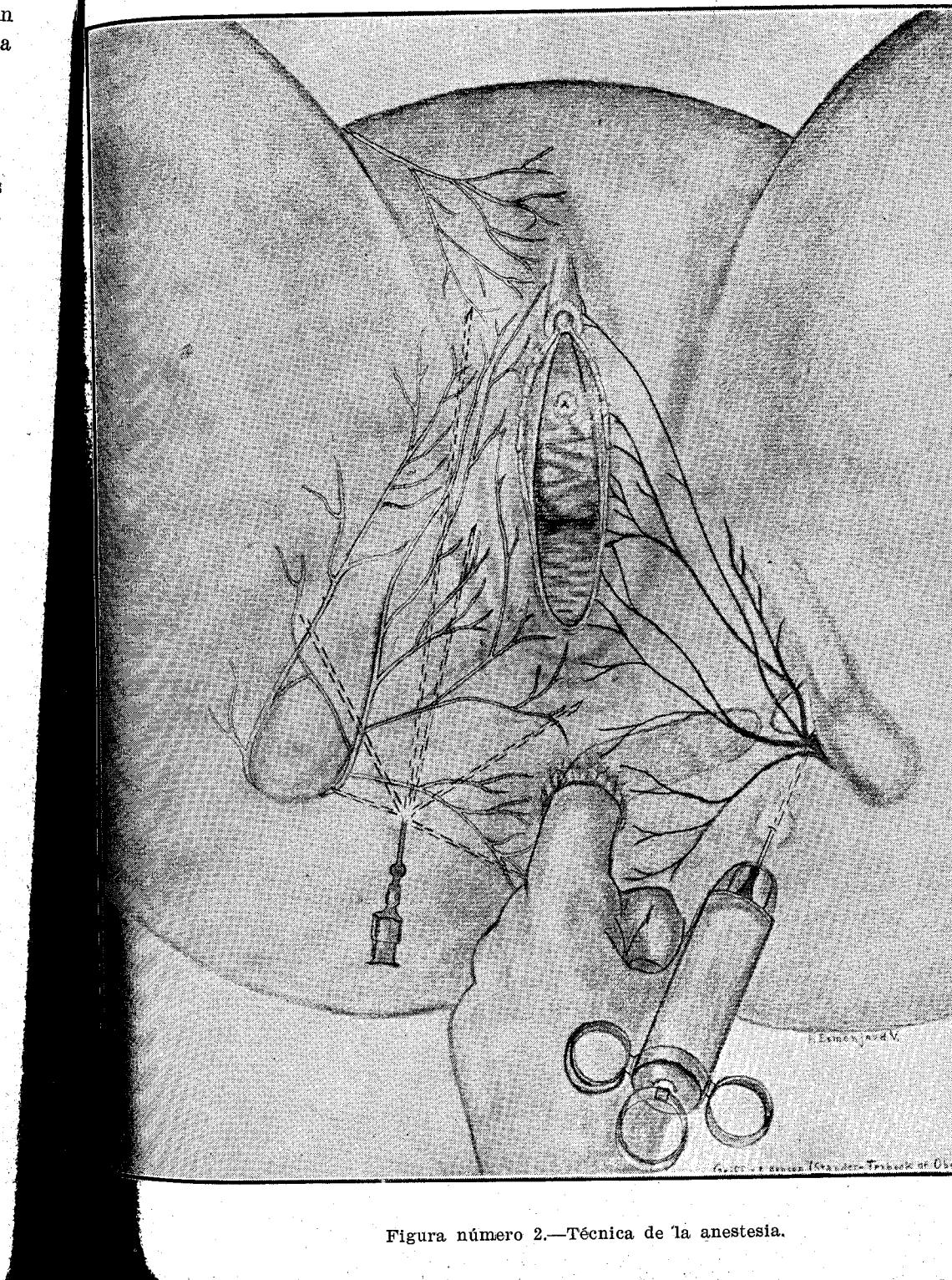


Figura número 2.—Técnica de la anestesia.

CAPITULO III

VENTAJAS

Greenhill dice al respecto de la anestesia local por infiltración, lo siguiente: "En todas partes del mundo se emplea cada vez más en obstetricia la anestesia local por infiltración; es alentador el que así suceda porque muchas desgracias maternas y fetales son imputables a los anestésicos. Es una lástima que no se sirvan de esta anestesia mayor número de médicos, pues es la que ofrece más garantía de seguridad."

La anestesia pudenda tiene todas las ventajas de una anestesia por bloqueo:

I.—Participa de todas las ventajas de la anestesia local:

- a) Es segura y por sí misma no ocasiona mortalidad materna ni fetal.
- b) De técnica sencilla, puede ser utilizada en hospitales, como en la práctica privada, sobre todo si se carece de personal entrenado en la administración y vigilancia de una anestesia general.
- c) La parturienta permanece despierta y puede colaborar con el partero en la prevención de desgarros de la vulva y perineo, evitando episiotomías.
- d) No hay complicaciones generales:

1.—Pulmonares, que le puedan ser atribuídas directamente, lo que es de especial importancia en las enfermas que sufren de afecciones de estos órganos, como tuberculosis, bronquitis, asma e influenza.

2.—No se producen malos efectos sobre órganos vitales como hígado, sistema nervioso central, corazón y aparato circulatorio.

3.—No se producen trastornos gastro-intestinales después de la operación.

- e) No se necesita ningún cuidado especial post-anestésico.
- f) La paciente puede ingerir líquidos e hidratos de carbono antes de la operación, durante la misma o inmediatamente después, si fuere necesario.
- g) No hay asfixia del feto, cosa frecuente con los anestésicos generales.
- h) No hay necesidad de apresurarse durante la operación, puesto que la anestesia dura perfectamente una hora y media.
- i) Los tejidos tienen que ser manipulados con mucho cuidado y delicadeza, lo que es una ventaja para la paciente.
- j) Hay menos infección en las heridas puesto que disminuye la traumatización y no está disminuida la resistencia general del organismo.
- k) El campo operatorio sangra menos y la pérdida de sangre es despreciable.
- l) La reconstrucción plástica es más fácil porque la infiltración hace que se destaquen de manera prominente las líneas de la lesión que ha de ser reparada.

- m) No se perturban la acción del útero, de la pared abdominal ni la respiración.
- n) Es más económica que cualquier anestésico general.

II.—La anestesia del pudendo tiene, además, las siguientes ventajas:

- a) Produce relajación considerable del canal pélvico, se facilita así el paso del feto en el segundo período, acortándolo y haciendo más breve la compresión de la cabeza en este período; evita también las episiotomías y en caso necesario, pueden ser efectuadas sin necesidad de otro anestésico.
- b) Produce la relajación del cérvix y su rápida dilatación, cuyas ventajas son incalculables.
- c) El segundo período del parto se hace sin dolor o por lo menos casi sin dolor.
- d) Puede ser utilizada en todos los casos en que está contraindicada una anestesia general:

1.—En las pre-eclampsias, eclampsias y otras toxemias en las que se necesita acelerar el parto y que son particularmente susceptibles de presentar neumonías.

2.—Tuberculosis.

3.—Neumonía.

4.—Diabetes.

5.—Insuficiencia cardíaca.

6.—Afecciones altas del aparato respiratorio.

7.—Hiper-tiroidismo.

e) El músculo uterino no es afectado por la anestesia, de modo que no se perturban sus contracciones, lo que, unido a la relajación del canal pélvico, facilita el parto en la presentación de nalgas.

f) Disminuye la necesidad de extracción manual de la placenta.

g) Disminuye la incidencia de las hemorragias post-partum.

CAPITULO IV

ACCIDENTES

I.—*Inyección del anestésico en un vaso sanguíneo.*—a) Especialmente en los que acompañan al nervio pudendo interno, en el interior del conducto de Alcock, es frecuente herirlos y es un buen signo por el que se puede tener la seguridad de estar en el lugar exacto. b) En las numerosas venas del perineo. Este accidente da lugar a síntomas alarmantes, afortunadamente de brevísima duración, pero que pueden ser graves.

Puede evitarse; y, es condición necesaria, aspirar siempre antes de la inyección, no se debe inyectar mientras no se esté seguro de estar fuera de los vasos. Si se aspira sangre, debe retirarse un poco la aguja, aspirar nuevamente y si no sigue saliendo, inyectar; además, no debe inyectarse mientras se introduce la aguja y sí, solamente, alirla retirando.

II.—*La aguja puede romperse durante la inyección.*—Este accidente se evita usando únicamente buenas agujas y no viejas y oxidadas; además la aguja se rompe siempre junto al pabellón por lo que debe procurarse no insertar la aguja en toda su longitud.

III.—*La punta de la aguja puede hacer salida dentro de la vagina o ampolla rectal*, con lo cual se infectaría y corre el operador el riesgo de pincharse el dedo.

Es muy fácil al operador dirigir la aguja con el o los dedos guías, de tal manera que este accidente sólo podría ocurrir por una torpeza del mismo.

IV.—*Idiosincrasia a la Novocaina*, que afortunadamente es muy rara.

CAPITULO V

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES

I.—INDICACIONES

A.—Maternas

En general debe ser usada en todos los casos en los que convenga acelerar el parto por sufrimiento materno.

1) PARTO PROLONGADO

La morbilidad y mortalidad materna e infantil aumentan con la prolongación del parto, más aún cuando hay necesidad de terminarlo operatoriamente.

La causa principal del parto prolongado es la inercia uterina.

En el primer período hace que el cuello tarde varios días en dilatarse, el parto resulta así prolongado en forma indebida, exponiendo a los peligros de agotamiento e infección a la madre, sufrimiento e infección al feto. La flora bacteriana aumenta de virulencia y se ha comprobado su emigración a las partes altas del conducto pélvico, sobreviene la fiebre en la madre y si las membranas no están rotas, el feto corre poco peligro de infección, pero ordinariamente a causa de los desesperados esfuerzos de la parturienta, se rompe la bolsa de las aguas y el parto se produce con la reanudación de los dolores, pero las criaturas nacen ya infectadas. Según R. Gordon Douglas y H. J. Stander: "En 85 nacidos muertos se comprobó bacteriemia y la mayoría nació al cabo de un parto largo, durante el cual se infectó la madre; rara vez se halló lesión orgánica que explicara la muerte, cuya causa fué, por tanto, la sépticemia." Para estos autores: "la infección en el parto fué casi siempre endógena, transmitiéndose del aparato genital de la madre, al feto por diversas vías." Greenhill señala una prueba más "de la perniciosa repercusión sobre el niño y la madre del parto prolongado: si el curso de la vida de los niños nacidos en estas condiciones se siguiera durante algunos años, se hallaría que son aún en mayor número los daños inferidos, pues indudablemente, muchos sufren lesiones encefálicas de consecuencias tardías."

La atonía en el segundo período, es la causa de las contracciones abdominales débiles, la compresión de las vísceras pélvicas y la asfixia del feto.

En el tercer período, es causa de retenciones placentarias.

La debilidad materna, el sufrimiento y el agotamiento nervioso, pueden ser la causa de la inhibición de las contracciones uterinas, lo que unido a la resistencia que puede ofrecer el cuello y a la debilidad de la musculatura uterina por sobre-distensión o primiparidad tardía, pueden ser la causa del parto prolongado.

En estos casos, se debe poner fin a tal estado de cosas después de haber apreciado justamente la situación, y, cuando la expectación ya no es razonable, se elige el método que menos perjudique a la parturienta y al feto.

En la prevención del agotamiento, son útiles los barbitúricos y los opiáceos, pero en el segundo período, la terapéutica debe ser más activa, me parece lógico en estas circunstancias hacer la combinación siguiente:

a) Poner una ampolla de 0.005 gr. de heroína, con lo cual se calma la excitación, se adormita a la enferma y se disminuyen los dolores;

b) Hacer el "bloqueo pudendo", después de 15 minutos a media hora de la inyección de heroína;

c) Si se ha adquirido una dilatación de 4 a 6 centímetros del cuello y hay bolsa entera, romperla. A los 15 minutos de puesta la anestesia y con dilatación completa o casi completa, se ponen 2 ó 3 Unidades de Pituitrina, que pueden repetirse a los 10 ó 15 minutos, vigilando continuamente el útero y el feto.

En esta forma se logra que las contracciones uterinas se hagan fuertes, rítmicas y armónicas, al mismo tiempo que se suprime la resistencia que ofrece el cuello y el perineo al paso del feto.

Naturalmente no hay que descuidar el reponer las fuerzas de la enferma y como medidas coadyuvantes, pueden agregarse las infusiones azucaradas la inyección de suero glucosado y el gluconato de calcio.

Si el feto está muerto, se puede utilizar el fórceps de Willet, porque la tracción del cuero cabelludo, la dilatación del cuello y la flacidez del perineo, permiten la pronta extracción del feto sin necesidad de medios tan traumáticos como la basiotripsia o cráneo-clasia.

2) DISTOCIAS DEL CUELLO

Una breve descripción de las distocias del cuello es esencial para comprender su enorme importancia, por el riesgo que hacen correr a la madre y a su hijo, y, la situación molesta y difícil en que colocan al tocólogo.

a) *Alargamiento hipertrófico o edematoso.*—El cuello forma un tumor a veces saliente en la vulva, blanduzco, de coloración rosada, frecuentemente ulcerado, en el cual se encuentra el orificio externo; al tacto se siente el cuello muy alargado y se llega difícilmente a los fondos de saco cuando se busca su continución con el cuerpo del útero. Amasándolo y reintegrándolo en la vagina desaparece rápidamente.

b) *Aglutinación o conglomeración del orificio externo.*—En este caso, hay falta de dilatación del orificio externo debido a las pocas fibras circulares, el cuello se adelgaza por la presión que ejerce la presentación; al hacer el tacto puede dar la impresión errónea de una dilatación completa, pero recordando como dice Metzger, que todo orificio tiene sus bordes y explorando cuidadosamente, puede encontrarse el agujero casi imperceptible, apoyando con la pulpa del dedo, puede algunas veces dilatarse, en algunos casos es necesaria la exploración con el espéculo y se ve entonces una zona roja en medio de la cual se encuentra el agujero por el cual sale una pequeña cantidad de moco.

c) *Rigidez funcional o espasmódica*.—Trastorno de la fisiología normal del cuello que resiste a dilatarse a pesar de las frecuentes solicitudes para ello.

Debido a que se encuentran pocas fibras musculares que circundan el orificio externo del cuello, muchos autores niegan su existencia, pero se ve frecuentemente en el parto provocado, en el que a pesar de las contracciones rítmicas y energéticas, el cuello rehusa dilatarse; puede verse también en el parto a término. —(Metzger).

Siguiendo la magistral descripción de Metzger, vemos que en un primer período el cuello se adelgaza y se borra, se pone tenso pero rehusa dilatarse a consecuencia de las contracciones uterinas ineficaces, irregulares y dolorosas muchas veces; de las malas presentaciones occípito-posteriores, cara, frente, cejas o nalgas; mala inclinación del útero o mala calidad de los tejidos. Puede así prolongarse tanto el parto, que la parturienta se angustia primero, luego se impacienta y se agita, demanda la intervención del médico ya sea pidiendo anestesia, operación o la extracción del niño. En este momento puede haber una desgaradura mínima del cuello, el espasmo cede y el parto sobreviene pronto; pero más frecuentemente la enferma excitada, no escucha las súplicas del que la atiende, puja, hace esfuerzos expulsivos, siempre vanos, y sobreviene el segundo período, que comienza por la ruptura de la bolsa de las aguas, el cuello se espesa por un infiltrado edematoso que da la impresión de que su orificio se hubiera cerrado. De este modo se prolonga el primer período del parto, pero todo depende del grado de rigidez y del edema.

1.—Si es solamente en la porción vaginal del cuello y las contracciones se hacen vigorosas, el segmento inferior y el cuello se dilatan hasta el sitio de la obstrucción y al cabo de un tiempo más o menos largo, se logra una dilatación cervical satisfactoria para el paso del feto; en caso contrario se detiene el parto, muere el feto, y, si llega a desgarrarse el cuello, el parto sobreviene; si no, la presentación desciende en el perineo y hace aparecer el cuello por la vulva entreabierta como un enorme tumor violáceo que estalla antes de producirse el parto. Otras veces la rigidez cervical es inextensible y se efectúa la ruptura en la unión de la porción blanda y la rígida y el cuello se desprende circularmente, parcial o totalmente, en forma de roldana y la infeliz mujer pierde su cuello. (Caso raro, pero se encuentran 33 de ellos en la literatura médica).

2.—Si el edema avanza en la porción supravaginal del cuello y en el segmento inferior, da origen a distocia grave: el útero generalmente se fatiga, sobreviene la inercia, la infección amniótica y las hemorragias del alumbramiento; pero si el útero refuerza sus contracciones, el segmento inferior cede y sobreviene la ruptura uterina o sea: ¡la más grave de las complicaciones obstétricas!

d) *Rigidez orgánica o anatómica*.—Es la consecutiva a una infección o traumatismo anterior del cuello, cervicitis crónica, lesiones cicatriciales consecutivas a cáusticos, cauterios o amputaciones, sífilis, senilidad, adherencias de las membranas al orificio interno y cáncer del cuello.

Las cervicitis son frecuentemente la causa de la conglutinación del cuello.

Las lesiones cicatriciales dan lugar a distocias graves, pero la imbibición gravídica puede llegar a ser suficiente para su reblandecimiento, con todo, frecuentemente es necesario recurrir a la vía abdominal.

La primípara tardía, se considera por lo general, un caso obstétrico difícil y ciertamente a consecuencia del endurecimiento fibroso del cuello, falta la dilatación propia del órgano y esta se hace lenta y a veces incompleta, a esto puede agregarse aún para dificultar más la embarazosa situación, que, a consecuencia de la menor vitalidad de la mujer vieja, las contracciones uterinas son débiles y que la bolsa de las aguas se rompe frecuentemente en forma prematura.

La sífilis transforma el cuello de tal manera, que puede dar origen a una rigidez insalvable por transformación en un tubo fibroso inextensible, y por lo tanto no dilatable.

La adherencia de las membranas al orificio interno, dice De Lee, "es causa frecuente de que se retrase la dilatación ya que impide que entren en acción las fibras dilatadoras. La rigidez moderada y la aparente, son debidas a contracciones ineficaces, a causa de la prolongación del parto, y, alguna vez, por perturbaciones circulatorias, el cuello uterino se engruesa, endurece y se vuelve inelástico y algunas veces edematoso, de resultas de lo cual no progresará el parto en varias horas, y, a no ser que se lleve a efecto el tratamiento adecuado, no progresará la obstrucción."

Del cáncer del cuello y la distocia producida por él, no podemos ocuparnos en esta tesis.

e) *Pequeño cuello cónico*.—Describo por Metzger quien asegura que no es incompatible con la preñez. Para este autor la dilatación sigue en este caso un proceso particular que él llama "lenticular o puntiforme" porque el orificio externo queda pequeño mientras desaparece el interno y la cavidad cervical queda convertida en una especie de cono hueco de vértice inferior.

Las lesiones del cuello son sumamente frecuentes ya que ni en estado perfectamente normal resiste la enorme dilatación que experimenta durante el parto al paso de la cabeza fetal.—(De Lee).

Los desgarros se descubren en partos normales y aunque pueden pasar desapercibidos, otras veces la hemorragia que sigue a la expulsión los delata.

Son más frecuentes en casos de rigidez del cuello; después de la dilatación manual o instrumental, en los casos de dilatación rápida como en el parto precipitado o extracción operatoria sin estar completa la dilatación; cuando el volumen de la cabeza es grande o hay pequeño cuello cónico congénito.

Son más frecuentes en las partes laterales del cuello y en la parte posterior; sobre las razones de que así suceda, no entraremos en detalles.

Tratamiento.—Los medios que se han propuesto para subsanar las distocias del cuello, son todos sumamente traumatizantes y peligrosos, una que otra vez, no queda otro recurso que emplearlos, investigando bien la indicación y comenzando por los más fáciles y menos dañinos a la madre y al feto; son ellos:

- 1.—Dilatación manual;
- 2.—Metrerurisis;
- 3.—Dilatación instrumental (Bossi);
- 4.—Incisiones de Dührssen;
- 5.—Cesárea vaginal; y
- 6.—Cesárea por vía abdominal.

En casos de estrechez pélvicas concomitante o frente a una obstrucción cervical indilatable, no queda otro recurso que la cesárea.

En los demás casos, previstas las anomalías que pueden dar origen a una distocia cervical como, la mala calidad de los tejidos, cuello rígido, presentaciones defectuosas o inclinación anormal del útero; debe procederse al bloqueo pudendo con novocaína; si el trabajo ha sido largo y agotador, lo mejor es poner primero heroína para calmar a la enferma y regularizar las contracciones, y, luego, a los 15 minutos, la anestesia pudenda, hecho esto, se puede tomar recurso de otros pequeños procedimientos; corregir las malas presentaciones si es posible, y las inclinaciones anormales del útero, si el cuello está borrado y no se dilata, la presión con la yema del dedo índice en el orificio hace saltar el tapón mucoso y la aglutinación cede, en caso de adherencias de las membranas se deben, con el mismo dedo, despegarlas suavemente del segmento inferior. Normalmente con la anestesia el espasmo cede y la dilatación comienza a progresar a los 10 minutos, llegando a ser completa a los 20 ó 30 minutos.

Cuando la rigidez llega al segundo período y el edema está muy avanzado, la dilatación progresará más lentamente y se hace completa más o menos en una hora, muchas veces no queda sino un reborde edematoso en el labio anterior, se puede entonces durante una contracción, rechazarlo por encima de la presentación, apoyando fuertemente los dedos sobre el reborde mientras la cabeza desciende, hasta que bruscamente se siente huir de los dedos.

Pero si el edema avanza, la anestesia no puede hacer nada contra la dificultad mecánica y lo mejor es drenar el edema mediante una pequeña incisión de Dürhssen en el labio anterior, o una incisión horaria, como recomienda De Lee a las 10, 2 ó 6 horas, una es generalmente suficiente y el cuello se dilata rápidamente.

Cuando el parto se detiene, es necesaria la aplicación de forceps, la cual puede hacerse sin agregar ningún otro anestésico, pero si se ha dejado transcurrir el tiempo, inhalación de éter a dosis obstétricas es necesaria solamente durante la extracción; la episiotomía, si es que ha sido necesaria, puede corrientemente suturarse todavía bajo la acción del anestésico local.

3) DISTOCLIAS CAUSADAS POR VAGINA, VULVA Y PERINEO

I.—*La vagina* puede ser causa de distocia y aunque frecuentemente no es de consideración, es útil tenerlo siempre en cuenta.

Una de las causas más importantes, es la estenosis de la vagina ya sea debida a atrecia, estrechamientos cicatriciales, diafragmas, tabicamientos o infecciones. Puede también encontrarse rigidez vaginal en las mujeres que llevan mucho tiempo de casadas y no han tenido hijos, en las prostitutas, en las mujeres que padecen de frigidez sexual y en las primerizas tardías. Los tumores de la vagina pueden también causar estrechez y por eso dificultar la salida del producto de la concepción.

Todas estas, son causas de desgarros vaginales a veces de consideración. La anestesia pudenda reblandece y relaja las paredes vaginales ayudando así a las fuerzas naturales a vencer la rigidez, a blandir y dilatar la vagina; suprime también, y es cosa muy importante, el elemento dolor. Todas las operaciones necesarias para el paso del feto, pueden ser hechas bajo esta anestesia, así pueden hacerse incisiones radiadas en los diafragmas, cortar los tabiques, puncionar o extirpar los quistes y enuclear los tumores. Además, cuando sea necesario, pueden practicarse profundas incisiones vagino-perineales que luego serán reparadas.

II.—*La vulva* también puede ser causa de distocia por estenosis congénita o cicatricial. El himen puede presentarse con sólo una perforación puntiforme. Pueden encontrarse también, bridas que dividen la vulva verticalmente, lo mismo que edemas sobre todo, a nivel de los grandes labios, y várices.

Todas estas anomalías pueden dificultar la salida del feto, y la anestesia pudenda evita el espasmo, el dolor, y, permite la resección de las bridas y la episiotomía amplia, con lo que se obviarán todas las dificultades.

III.—*El perineo* es también causa frecuente de distocias, pues la tercera parte de muertes fetales en la presentación de vértece, son causadas por la lentitud del parto al llegar la cabeza al perineo (Seitz), y si la mujer ha puja prematuramente, se agota, se excita, sobreviene el sufrimiento fetal y su muerte dentro del seno materno.

La rigidez que causa esta detención del trabajo, puede ser espasmódica u orgánica. La espasmódica es producida por el espasmo de los elevadores sobre todo, en las mujeres que padecen de vaginismo; al hacer el tacto se encuentran duros cuerdas gruesas que son los bordes de los elevadores, cuyo contacto es doloroso y aumenta el espasmo, a menudo es provocada por una lesión mínima, como la Fisura del himen o excoriaciones vulvo-vaginales.

La rigidez orgánica puede ser debida a cicatrices, a lesiones de partos anteriores u operaciones (miorrafia, episiotomía), que han creado una atresia anatómica; a la sífilis o a la hipertrofia muscular.

Siempre que se compruebe que la lentitud del segundo tiempo del parto se deba a una rigidez del suelo pélvico (y no a estrechez pélvica, mala rotación, desproporción feto-materna o atonía uterina), hay que actuar pronto, pues la asfixia del feto es inminente.

La anestesia pudenda, rápidamente ejecutada, permite hacer la episiotomía y evitar así la aplicación de forceps, el cual puede ponerse en caso necesario.

4) PRE-ECLAMPSIA Y ECLAMPSIA

Está indicada la anestesia pudenda en la pre-eclampsia y la eclampsia, cuando es deseable una dilatación más rápida del cuello y se necesita acelerar el parto.

En la pre-eclampsia, si a pesar del tratamiento adecuado, no mejora la paciente, y se establecen los signos de inminencia de eclampsia como son: aumento súbito de la tensión arterial, albuminuria y peso, así como la generalización del edema, cefalalgia, fosfeno, amaurosis, alteraciones retinianas, dolor epi-

gástrico, sacudidas musculares, somnolencia, insomnio, náuseas, vómitos y oliguria. De Lee recomienda entonces la administración del suero glucosado hipertónico y grandes dosis de sedantes. Si no hay mejoría en 24 horas, se pone fin al embarazo; para lo cual se administra aceite de ricino, quinina y enemas jabonosos calientes; puede ser necesario romper la bolsa de las aguas y poner un metrurínter en el útero; en estos casos puede ser útil la anestesia del pudendo para acelerar la dilatación del cuello, reblanecer el perineo y poder practicar una pronta extracción, pudiéndose, si es necesario, practicar episiotomía y aplicación baja de forceps. Ya que los anestésicos por inhalación están contraindicados por las lesiones que producen en el hígado, el peligro de neumonía por aspiración, etc., esta anestesia adquiere un gran valor. Si hay inminencia de convulsiones durante el parto, se pondrán 0.015 gr. de morfina, que pueden repetirse si fuera necesario.

En los casos graves de eclampsia, puede aplicarse también esta anestesia en el momento del parto; ayuda así considerablemente al tratamiento conservador.

5) DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE LA PLACENTA

Cuando se presenta esta gravísima complicación durante el parto, debe ponerse en práctica el tratamiento aconsejado por De Lee, que consta de tres fines: a) contener la hemorragia; b) contrarrestar el estado anémico y el choque; y c) vaciar el útero.

Para contrarrestar el estado anémico y el choque, haremos: 1.—Transfusión de sangre; 2.—Suero glucosado isotónico o hipertónico endovenoso; 3.—Suero salino subcutáneo; y 4.—Poner morfina.

Para contener la hemorragia lo mejor es: primero, vaciar el útero (para esto, hay varios procedimientos a emplearse en relación con el caso que se presente); segundo, colocar un torniquete o compresor abdominal.

Si el trabajo está avanzado y el cuello no está completamente dilatado, es útil poner la anestesia pudenda para acelerar la dilatación, al mismo tiempo puede ponerse forceps de Willet para acelerar el parto, y se ponen una o dos dosis de extracto pituitario. Si las membranas no están rotas, se hace, como primera indicación, la maniobra de Puzos.

6) PLACENTA PREVIA

En la placenta previa marginal o lateral, puede haber sufrimiento fetal debido a la anoxemia provocada por la compresión de la placenta por el feto. La extracción inmediata puede no estar indicada debido a que no hay dilatación completa del cuello. Si la hemorragia se hace abundante, habría necesidad de contrarrestarla y entonces se haría necesaria la extracción del feto y todos los procedimientos que se emplean tienen por objeto comprimir el sitio placentario, estimular las contracciones uterinas y facilitar el parto. La maniobra de Puzos, metrurisis o forceps de Willet, pueden ser combinadas útilmente con el "bloqueo pudendo" y por lo general, esta anestesia tiene las mismas

indicaciones que aquellos procedimientos. En general, puede decirse que está indicada cuando el cuello está parcialmente dilatado, la placenta es marginal o central parcial y existe hemorragia. En estos casos es útil la combinación con el forceps de Willet, si la bolsa de las aguas está rota; si no, Puzos primero y Willet a continuación.

7) AFECCIONES CARDIACAS

Si una afección cardíaca ha permitido llegar la gestación a término, deben extremarse los cuidados durante el trabajo del parto, pues la facilidad de caer en descompensación en estos momentos es grande.

Si la paciente ha sido debidamente preparada (reposo, digitalización, etc.), el caso tiene más probabilidades de salir con éxito; pero siempre debe tenerse a mano todo lo necesario para prevenir las complicaciones, como oxígeno, sueros, analépticos y cardiotónicos; porque un corazón hasta aquí perfectamente compensado, puede caer súbitamente en insuficiencia.

En el segundo período, las contracciones uterinas aumentan la presión arterial y durante los esfuerzos expulsivos asciende la arterial y también la venosa, ya de por sí aumentada durante el embarazo, debido a que se ejerce mayor presión abdominal sobre el territorio esplánico; la presión arterial puede caer a 50 ó 40 mm. de mercurio en el momento de romperse las membranas y esta fluctuación de la presión, es la que produce los efectos desastrosos sobre el miocardio, dando lugar a la aparición de síntomas de insuficiencia cardíaca, colapso, edema pulmonar y muerte. El vaciamiento súbito del abdomen es lo que explica estos accidentes.

Así, pues, durante el parto deben vigilarse atentamente: la presión arterial, el pulso y la respiración, para darse cuenta por medio de sus alteraciones (caída tensional, irregularidad o debilidad del pulso, disnea, cianosis), el efecto que producen las contracciones, sobre el organismo materno.

La expulsión breve produce rápidas descompensaciones, pero el parto prolongado es también nefasto pues los esfuerzos durante el segundo período, hacen caer a la paciente fácilmente en descompensación.

Por lo tanto, es útil la anestesia de los pudendos, precedida de una ampolla de morfina-escopolamina o heroína. Dilatado el cuello se procede a la ruptura de las membranas, haciendo todo lo posible porque el líquido amniótico salga lentamente, evitando así la descompresión brusca. Se debe evitar que la enferma haga esfuerzos expulsivos, porque hay que recordar que la anestesia pudenda no suprime la sensación táctil y por lo tanto subsiste el estímulo para pujar. Si la presentación fuera de nalgas, se hace extracción podálica, pero si fuera vértece, forceps cuando la cabeza llega al perineo.

8) PARTO ESPONTANEO-ANALGESICO

El "bloqueo pudendo" puede ser usado durante el segundo período del parto para obtener la expulsión sin dolor, teniendo además, la ventaja de hacer más breve su duración.

Especialmente en primíparas, jóvenes o viejas, cuando la dilatación del cuello es lenta y los tejidos poco elásticos por falta de la imbibición gravídica, hacen este período más lento y doloroso.

La anestesia dilata el cuello, relaja el perineo, la distensión forzada en el momento de la expulsión de la cabeza es menos dolorosa o complementamente indolora, los desgarros perineales son menos frecuentes, si éstos se presentan o se hace episiotomía, pueden suturarse sin necesidad de recurrir a otro anestésico.

Esta anestesia es más ventajosa que la anestesia local recomendada por De Lee para el parto espontáneo; la aguja no es insertada nada más que dos veces en lugar de las varias reinserciones que requiere la técnica de De Lee, además su técnica es más precisa y menos complicada.

La técnica que hemos usado para obtener el parto espontáneo y analgésico, es la siguiente:

- a) Preparación de la paciente en la forma habitual: lavado rectal, sondeo vesical, preparación de la región (razurado, antisepsia, etc.)
- b) Se pone 1 ampolla de 0.005 gr. de heroína, 3 a 4 horas antes del momento calculado del parto. No es necesaria pero prepara convenientemente el ánimo de la parturienta como hemos expuesto anteriormente y suprime las molestias del primer período.
- c) Hacer el bloqueo pudendo en el momento en que el cuello tiene más o menos 3 á 4 cm. de dilatación y las contracciones se presentan cada cinco minutos y son fuertes y rítmicas.

Algunas veces los dolores se hacen más lentos y las contracciones más débiles y por eso es necesario en algunos casos:

- d) Poner 2 ó 3 Unidades de Pituitrina cuando la espasticidad del cuello ha cedido, por lo general 15 minutos después de puesta la anestesia, las cuales pueden repetirse una o dos veces más.

En algunos casos puede hacerse una aplicación de forceps bajo (forceps en la vulva), y episiotomía, bajo la acción misma de la anestesia pudenda.

9) APPLICACION BAJA DE FORCEPS Y EPISIOTOMIA

La aplicación baja de forceps puede ser hecha con el bloqueo pudendo, pero, además de las condiciones necesarias para toda aplicación de forceps, se deben llenar, para no ir al fracaso, las siguientes:

- 1.—Dilatación completa del cuello uterino;
- 2.—Cabeza en el suelo pélvico, (cuando la presentación separa los pilares del elevador); y
- 3.—Cabeza en rotación anterior completa.

Presenta las siguientes ventajas sobre otros métodos de anestesia:

- 1.—No presenta los inconvenientes de los anestésicos generales.
- 2.—Pérdida de la sensibilidad dolorosa.

3.—Flacidez del perineo.

- 4.—Conservación de la sensibilidad táctil, por lo que muchas veces no se pierde el reflejo perineo-abdominal y la paciente siente necesidad de pujar.
- 5.—La enferma está despierta y no tiene miedo, puesto que no siente dolor y en este sentido puede colaborar con el operador haciendo esfuerzos expulsivos en el momento en que se hace tracción con el forceps.
- 6.—Puede hacerse episiotomía para evitar desgarros innecesarios.
- 7.—Puede ser utilizada en casos en que un anestésico general esté contraindicado (eclampsia, neumonía, tuberculosis pulmonar, etc.)
- 8.—La aplicación tiene que ser hecha con cuidado y suavidad porque cualquier maniobra brusca molestaría a la paciente, lo que resulta de utilidad, puesto que así se traumatiza menos a la madre y al feto.
- 9.—No se hace necesario ayudante anestesista, por lo que es muy útil en la práctica privada, sobre todo rural.

Para evitar la excitación de la paciente ante lo aparatoso de una aplicación de forceps, puede ponerse antes una ampolla de morfina o heroína que preparan convenientemente su ánimo.

De Lee y Greenhill recomiendan esta anestesia para la práctica de la "aplicación profiláctica del forceps" y dan las razones siguientes para explicar este proceder:

- 1.—Reducir los esfuerzos muscular y nervioso del segundo período del parto.
- 2.—Evitar la excesiva distensión del suelo pélvico y de la fascia adyacente.
- 3.—Ahorrar sangre.
- 4.—Evitar al feto las funestas consecuencias de la prolongada compresión cerebral y de la congestión ex-vacuo.

Son pues "finalidades profilácticas" que puede llenar muchas veces por sí sola la anestesia pudenda con la episiotomía profiláctica.

10) PARTO DE NALGAS

La presentación de nalgas ocasiona alta mortalidad aún poniendo en práctica el tratamiento adecuado (5%). Puede ser mortal la asfixia provocada por la compresión del cordón umbilical entre el cuerpo o la cabeza y el cuello uterino, por su estiramiento, por el desprendimiento prematuro de la placenta, por la aspiración de mucosidades (líquido amniótico o sangre), a la primera inspiración del feto que puede ser provocada por el aire frío al salir el cuerpo fetal o las manipulaciones del tocólogo; por la dilación del parto.

En la presentación pélviana, el parto suele ser más lento que en la de vértice, debido a que por la blandura de la presentación, el encajamiento es menos perfecto, el borramiento y la dilatación del cuello son menos rápidos y completos, son más frecuentes los desgarros del cuello y del suelo pélvico, que está mal preparado para el paso de la cabeza, puesto que no ha sido suficiente-

mente distendido, y, la cabeza última pasando rápidamente produce a veces hasta desgarraduras del recto. Como la intervención es necesaria con más frecuencia, aumenta el índice de infección y de hemorragias del alumbramiento.

Por todas estas razones, la atención de un parto de nalgas debe ser esmerada y cuidadosa, la anestesia de los pudendos es un medio útil para salvar muchas dificultades, puesto que relaja el canal pélvico sin relajar el útero, además, estando despierta la paciente, ésta puede colaborar en la expulsión del feto, lo que siempre es muy necesario. Ayuda también a la dilatación más rápida y completa del cuello, que es condición muy importante para impedir la tardanza del segundo período. Puede también forzarse la distensión del perineo por medio de un colporínter colocado en la vagina (De Lee), sin molestia alguna para la enferma, además de evitar la ruptura de la bolsa en tanto que la dilatación no se ha completado.

Operando de este modo, con anestesia pudenda, se puede obtener la expulsión espontánea en la presentación de nalgas; y en caso necesario, en primíparas o en casos de rigidez perineal, puede hacerse sin molestia alguna la episiotomía profiláctica y practicar la Ayuda Manual. (Según De Lee y Greenhill: "estos son los casos ideales para anestesia pudenda por bloqueo.")

En mi opinión, en toda primípara con presentación de nalgas debiera ser aplicada esta anestesia y la episiotomía, creo que así se salvarían muchas vidas.

11) DESGARROS PERINEALES

En la sutura de los desgarros perineales de segundo y tercer grado, puede ser útil la anestesia pudenda por una de estas dos razones:

1.—Un anestésico general puede estar contraindicado (si no lo estuviera, siempre es más conveniente el bloqueo por las razones ya citadas).

2.—Una anestesia puramente local puede ser insuficiente o difícil de ejecutar.

La solución de Procaina usada, puede ser más débil que la corriente; empleando 100 c. c. de solución al 0.5% con 10 gotas de adrenalina, se obtienen buenos resultados.

En una sutura efectuada con esta anestesia, se tienen además de las ventajas ya citadas, las siguientes:

1.—El campo operatorio sangra menos.

2.—La reconstrucción plástica es más fácil porque la infiltración hace que se destaque de manera prominente las líneas de la lesión que ha de ser reparada (De Lee).

3.—No hay necesidad de apresurarse puesto que la anestesia dura una hora y media perfectamente.

4.—La sutura debe hacerse con suavidad y cuidado, lo que resulta una ventaja porque así se disminuyen el traumatismo y la infección.

5.—El operador tiene cierta calma de la que no puede darse el lujo con el uso de un anestésico general.

B.—Fetales:

1) SUFRIMIENTO FETAL

Las irregularidades marcadas o progresivas de los latidos fetales o salida de meconio, con cuello insuficientemente dilatado o rigidez perineal, son indicaciones de intervenir, pues la vida fetal está en peligro.

Es un deber ineludible en todo parto, proteger la vida del feto, constantemente amenazada y la auscultación es un medio eficaz de darnos cuenta del sufrimiento de éste. Normalmente hay de 120 a 160 pulsaciones del corazón fetal por minuto.

Las causas más frecuentes del sufrimiento fetal, son: la asfixia en primer término y luego el edema y la hemorragia cerebral, y, éstos son más frecuentes durante el segundo período del parto.

Las causas de la asfixia durante el parto pueden ser:

1.—Causas sofocantes: son las que interrumpen el abastecimiento de Oxígeno:

a) Contracciones vigorosas y prolongadas del útero que impiden la renovación de la sangre placentaria; se observa al final del segundo período, cuando el parto se prolonga por rigidez del cuello, del suelo pélvico, pelvis estrecha, tetanismo uterino o empleo de oclóticos;

b) Disminución del área placentaria por retracción del útero;

c) Compresión del cordón umbilical;

d) Compresión de la placenta por la cabeza o cuerpo fetal;

e) Desprendimiento prematuro de la placenta;

f) Ruptura de los vasos placentarios; y

g) Narcosis, anemia o asfixia de la madre.

2.—Causas paralíticas: provocadas por la compresión del encéfalo, interna por hemorragia o fractura; externa por pelvis estrecha o rigidez perineal. Las dos pueden provocar la compresión del centro respiratorio y subsecuentemente, la asfixia fatal. Los narcóticos y los gases anestésicos paralizan el centro respiratorio.

Las manifestaciones principales del sufrimiento fetal, son las alteraciones de los ruidos cardíacos fetales y la salida de líquido amniótico mezclado con meconio reciente.

Las alteraciones de los ruidos cardíacos pueden ser en su ritmo, frecuencia, regularidad e intensidad. Durante la contracción, al principio late con mayor frecuencia, se vuelve lento en su acento y vuelve a acelerarse cuando se desvanece hasta que poco a poco recupera su ritmo normal. Estas manifestaciones son más evidentes cuando se rompen las membranas y las contracciones son intensas. La lentitud es evidente al pasar la cabeza por el estrecho superior y el suelo pélvico. Un retardo súbito o persistente de 100 u 80 latidos por minuto, durante la contracción uterina, es señal de una estimulación del vago. Una aceleración continua de más de 160 por minuto o el cambio repentino de la lentitud cardíaca a rapidez excesiva, denotan parálisis del vago. Las irregu-

laridades consistiendo en unos latidos fuertes primero, seguidos de otros cortos y débiles y la baja intensidad del tono, son signos de mal pronóstico para la vida del feto.

La salida de líquido amniótico con meconio reciente de color verde mar, oscuro y grumoso, es un signo evidente de sufrimiento fetal y de inminencia de asfixia intra-uterina. Muchas veces precede este signo a las alteraciones de los ruidos cardíacos fetales. En la presentación de nalgas, puede no tener gran significación.

Otro signo de sufrimiento fetal, son los movimientos convulsivos respiratorios que se ven durante el parto de nalgas.

Signos menos importantes son los movimientos fetales activos, soplo funicular intenso y persistente, debilidad del pulso en el cordón umbilical o miembros del feto.

Se puede decir que cuanto más corto es el tiempo que el feto ha sufrido, más fácil es la recuperación del niño, porque la asfixia es menos grave. Es más frecuente la asfixia en los prematuros primogénitos o cuando hay rigidez del perineo o cuando el parto es prolongado o se ha tenido la necesidad de terminarlo operatoriamente.

Cuando se encuentra uno ante un estado de sufrimiento fetal, el parto debe ser atendido con cuidado, se debe proscribir el empleo de analgésicos, ocitóicos y anestésicos generales; deben evitarse también las expulsiones y extracciones precipitadas, la prolongación del segundo período del parto y la aplicación de forceps; en este caso, la anestesia pudenda da más garantías que los demás procedimientos, porque dilata el cuello y produce flacidez perineal, con lo que se acorta la duración del segundo período del parto y se disminuye la compresión de la cabeza fetal en su paso por el suelo pélvico.

2) PROCIDENCIA DEL CORDON

Cuando hay procidencia del cordón, éste puede ser comprimido por la cabeza fetal y se manifiestan los signos de sufrimiento, consistentes en irregularidades de los latidos o soplo funicular intenso y persistente a la auscultación. Si el parto está avanzado y es imposible la reposición del cordón y el cuello no está completamente dilatado, es útil la anestesia pudenda.

II.—CONTRAINDICACIONES

- 1.—Estrechez pélvica.
- 2.—Feto gigante.
- 3.—Hidrocefalia.
- 4.—Presentación transversa.
- 5.—Presentación de cara, mento-posterior y frente, naso-posterior.
- 6.—Amplias adherencias cicatriciales vulvo vaginales.
- 7.—Tumores previos.
- 8.—Placenta previa central.
- 9.—Infecciones de la región perineal.
- 10.—Estados de excitación extrema, neurosis y psicosis.

OBSERVACIONES

Observación Número 1.

J. P. G., 19 años, ingresa: 8-XI-45; 5 hs. 20 m., por dolores.

Gesta.—1. Para: 0. Abortos: 0. U. R.: ??. Parto probable: ?

Trabajo.—Principio espontáneo: 7-XI-45; 22 horas.

Diagnóstico.—P. V. O. I. D. P. Paro del trabajo.

Complicaciones.—Rigidez y edema del cuello.

Tratamiento.—Bloqueo pudendo. Episiotomía. Forceps.

Examen Físico.—Estado general: Bueno. Tem.: 37°. Pulso: 80. T. A.: 130/70.

Examen Obstétrico.—Pelvimetría: BE. 23.5 cm. BC. 26 cm. BT. 31 cm. Baud. 18.5 cm. Perineo: Normal. Vagina: Normal.

Examen Abdominal.—AU. 30 cm. CU. 90 cm. Edad embarazo por examen: 9º mes.

PROGRESO DEL TRABAJO

Fecha	Hora	Tacto	Cuello	Bolsa	Present.	Altitud	Rotación
8-XI	5hs.20'	V	Borrado 1cm.	E	V.D.	—	1
" "	9hs.	R	4 cm.	E	V.D.	0	8hs.
" "	10hs.	R	4 cm.	E	V.D.P.	0	8hs.
" "	11hs.	R	5 cm.	E	O.I.D.P.	0	8hs.
" "	11hs.30'	V	Edema 5 cm.	R	O.I.D.P.	0	8hs.
" "	12hs.	V	Reborde	R	O.I.D.P.	0	9hs.
" "	12hs.30'	V	Dil. completa	R	O.I.D.P.	0	9hs.
" "	13hs.5'	PARTO					

VIGILANCIA DEL TRABAJO

Fecha	Hora	Foco	Pulso	T. A.	Temp.	Int. y dur. contrac.	Tratamiento
8-XI	5hs.20'	B	80	130/70	37		
" "	9hs.	B	80	—	—	Fuert. c/10'×40''	
" "	10hs.	B	—	—	—	Fuert. excit. 5'×65''	
" "	11hs.	B	—	—	—	c/5'	
" "	11hs.30'	Irreg.	90	—	37.3	c/3'	Bloq. pudendo.
" "	12hs.	Irreg.	90	—	—	c/2'×30''	Episiotomía. Eter. (10 m.) Fórceps.
" "	13hs.5'	PARTO					

Principia	Termina	Duración	Tratamiento
1er. Per.: 7-XI; 22hs.	8-XI; 12hs.30'	14hs.30m.	Bloqueo pudendo.
2º Per.: 8-XI; 12hs.30'	8-XI; 13hs. 5,	35m.	Episiotomía. Eter (10').
3er. Per.: 8-XI; 13hs. 5'	8-XI; 13hs.15'	10.m	Fórceps.

Duración total del trabajo 15hs.15m.

Placenta y membranas.—Completas.

Niño.—A término. Sano. Respiró espontáneamente. Sexo: Masculino.

Sutura episiotomía.—Terminó: a las 23 horas sin anestesia adicional.

Puerperio.—Normal, afebril. Sutura: buena.

Salida.—20-XI-45.

Observación Número 4.

A. G., 30 años. Ingresa: 21-XI-45 a la 1 hora y 10 minutos por dolores. Gest: 1. Para: 0. Abortos: 0. U. R.: 1-III-45. Parto probable: 7-XII-45.

Trabajo.—Principió espontáneo: 20-XI-45 a las 18 horas.

Diagnóstico.—P. P. S. I. D. P. (nalgas completas).

Complicaciones.—Ninguna.

Tratamiento.—Bloqueo pudendo. Episiotomía.

Examen Físico.—Estado General: Bueno. Temp.: 36.9°. Pulso: 88.

T. A.: 120/80.

Examen Obstétricos.—Pelvimetría: BE. 23 cm.; BC. 29 cm.; BT. 31 cm.; Baud. 18 cm. Perineo: Normal. Vagina: Normal.

Examen Abdominal.—AU. 30 cm.; CU. 81 cm.; Edad embarazo por examen: 8½ meses.

PROGRESO DEL TRABAJO

Fecha	Hora	Tacto	Cuello	Bolsa	Presentación	Altitud	Rotación
21-XI	1h.	V	4 cm.	E	Nalgas comp.	—	—
" "	3hs.	V	9 cm.	R	Nalgas comp.	+ 1	—
" "	3hs.15'	V	Dil. Comp.	R	Nalgas comp.	+ 1	—

VIGILANCIA DEL TRABAJO

Fecha	Hora	Foco	Pulso	T. A.	Temp.	Int. y Dur.	Tratamiento
21-XI	1h.	B	88	120/80	36°9	—	
" "	3hs.	B	88	120/80	36°9	—	Bloqueo pudendo.
" "	3hs.35'	—	—	—	—	—	Episiotomía.
" "	3hs.45'	PARTO	—	—	—	—	

DESCRIPCION DEL PARTO

Presentación de nalgas completa; expulsión de pies, tracción ligera de éstos. Episiotomía. Extracción de las nalgas, asa del cordón. Extracción de hombros. Extracción de brazos; maniobra de Moriceau.

Alumbramiento con neo-ginergeno a los 5 minutos.

	Principió	Terminó	Duración	Tratamiento
1er. Per.: 20-XI;	21-XI; 18hs.	3hs.15'	9hs.15m.	Bloqueo pudendo.
2º Per.: 21-XI; 3hs.15'	21-XI; 3hs.45'	30m.		Episiotomía.
3er. Per.: 21-XI; 3hs.45'	21-XI; 3hs.50'	5m.		Neo-ginergeno.
Duración total del trabajo				9hs.50m.

Alumbramiento.—Placenta y membranas: completas.

Niño.—A término. Sano. Respiró espontáneamente. Sexo: masculino.

Sutura episiotomía.—(Sin anestesia adicional). Principió: 3 horas 50 minutos. Terminó: 4 horas 30 minutos.

Puerperio.—Normal. Sutura: buena.

Salida.—28-XI-45.

Observación Número 5.

J. A. G., 18 años. Ingresa: 21-XI-45 a las 5 horas por dolores.

Gest: 1. Para: 0. Abortos: 0. U. R.: 23-II-45. Parto probable: 30-XI-45.

Trabajo.—Principió espontáneo: 20-XI-45 a las 22 horas 30 minutos.

Diagnóstico.—P. V. O. I. D. P.

Complicaciones.—Trabajo irregular. Sufrimiento fetal.

Tratamiento.—Bloqueo pudendo. Episiotomía.

Examen físico.—Estado General: Bueno. Temp.: 36.7°. Pulso: 104.

T. A.: 120/60.

Examen Obstétrico.—BE. 24 cm.; BC. 25.5 cm.; BT. 30 cm.; Baud. 19 cm.; Bi-isq. 105 cm. P. R. P. + de 10 cm. Arco: abierto. Perineo: normal. Vagina: pequeña.

Examen Abdominal.—AU. 32 cm.; CU. 89 cm. Edad embarazo por examen: 9º mes.

PROGRESO DEL TRABAJO

Fecha	Hora	Tacto	Cuello	Bolsa	Present.	Altitud	Rotación
21-XI	5hs.20'	V	1 cm.	E	P.V.T.	E	—
" "	16hs.15'	V	6 cm.	E	—	O	—
" "	19hs.	V	Dil. Comp.	R	—	+ 1	—
" "	21hs.	V	Dil. Comp.	R	O.T.D.	+ 2	—
" "	21hs.30'	V	Dil. Comp.	R	O.P.	+ 2	12hs.
" "	22hs.50'	PARTO	—	—	—	—	—

VIGILANCIA DEL TRABAJO

Fecha	Hora	Foco	Pulso	T. A.	Temp.	Int. y dur.	Tratamiento
21-XI	5hs.20'	130	78	—	37°	Suaves.	
" "	16hs.15'	158	104	120/60	36°7	Suaves. 3'×45"	
" "	19hs.	152	110	120/60	36°8	Fuert. 1'×50"	
" "	21hs.	158	120	120/60	37°	Fuert. 2'10"×40"	
" "	21hs.30'	158	120	120/60	37°	Muy fuert. 5'×40"	
" "	22hs.	—	—	—	—	—	Bloq pudendo y Episiotomía.

DESCRIPCION DEL PARTO

A dilatación completa, el trabajo se hizo irregular, a las 22 horas, hubo expulsión de meconio; anestesia pudenda; se trató de colocar forceps, que fué difícil por sobreexitación de la enferma y por falta de relajación uterina; se dió éter y se colocó nuevamente el forceps en ántero-posterior. Episiotomía lateral izquierda, extracción y sutura de episiotomía. La inhalación de éter se sostuvo a dosis obstétricas débiles durante la extracción, solamente 10 minutos.

<i>Principia</i>	<i>Termina</i>	<i>Duración</i>	<i>Tratamiento</i>
1er. Per.: 20-XI; 22hs.30'	21-XI; 19hs.	20hs.30m.	
2º Per.: 21-XI; 19hs.	21-XI; 22hs.50'	3hs.10m.	Bloq. pudendo. Episiotomía. Fórceps.
3er. Per.: 21-XI; 22hs.50'	21-XI; 22hs.55'	5m.	Neo-ginergeno.
Duración total del trabajo			24hs.25m.

Placenta y membranas.—Completas.

Niño.—A término. Respiró espontáneamente. Sexo: Femenino.

Puerperio.—Febril. (Infección de la sutura).

Salida.—27-XI-45.

Observación Número 6.

M. R., 21 años. Ingresa: 28-X-45, a las 9 horas por dolores.

Gesta: 1 Para: 0. U. R.: 26-I-45. Parto probable: 2-XI-45.

Trabajo.—Principió espontáneo: 21-XI-45; 19 hs. Embarazo a término.

Diagnóstico.—P. V. O. I. I. A.

Complicaciones.—Distocia del cuello y vagina (espasmos).

Tratamiento.—Heroína. Bloqueo pudendo.

Examen Físico.—Estado General: Bueno. Temp. 36°. Pulso: 80. T. A.: 125/80.

Examen Obstétrico.—Pelvimetría: B. E. 22½ cm.; B. C. 25 cm.; B. T. 33 cm.; Baud. 19 cm.; Bi-isq. 11 cm. Perineo: Rígido. Vagina: espasmo.

Examen abdominal.—A. U. 32 cm.; C. U. 103 cm. Edad del embarazo por examen: 9º mes.

PROGRESO DEL TRABAJO

<i>Fecha</i>	<i>Hora</i>	<i>Tacto</i>	<i>Cuello</i>	<i>Bolsa</i>	<i>Present.</i>	<i>Altitud</i>	<i>Rotación</i>
22-XI	21hs.	V	4 cm.	E	V.	+ 1	—
23-XI	0h.30'	R	6 cm.	E	O.I.I.A.	+ 1	2 hs.
" "	1h.30'	R	6 cm.	E	O.I.I.A.	+ 1	2 hs.
" "	2hs.	R	6 cm.	E	O.I.I.A.	+ 1	2 hs.
" "	2hs.30'	V	D. Comp. R. Art.	V.A.		+ 2	12 hs.
" "	2hs.45'	PARTO					

VIGILANCIA DEL TRABAJO

<i>Fecha</i>	<i>Hora</i>	<i>Foco</i>	<i>Pulso</i>	<i>T. A.</i>	<i>Temp.</i>	<i>Int. y dur.</i>	<i>Tratamiento contrac.</i>
22-XI	21hs.	132	80	—	—	—	—
23-XI	0h.30'	132	80	125/80	36°6	Irreg. c./3'×55" Heroína.	c./3'×45" Calmada,
" "	1h.30'	B	80	125/80	36°6	sonnolenta.	c./2'×45" Bloqueo pudendo.
" "	2hs.	B	80	125/80	....	c./1' Episiotomía.	c./1' Episiotomía.
" "	2hs.30'	—	—	—	—	—	—
" "	2hs.45'	PARTO					
		<i>Principió</i>	<i>Terminó</i>	<i>Duración</i>		<i>Tratamiento</i>	
1er. Per.: 21-XI; 19hs.		23-XI; 2hs.30'		56hs.		Heroína. Bloq. pudendo.	
2º Per.: 23-XI; 2hs.30'		23-XI; 2hs.45'		15m.		Episiotomía.	
3er. Per.: 23-XI; 2hs.45'		23-XI; 2hs.55'		10m.		Egotrato endovenoso.	
Duración total del trabajo						56hs.25m.	

Placenta y membranas.—Completas.

Niño.—A término. Sano. Respiró espontáneamente. Sexo: Femenino.

Sutura episiotomía.—Principió: 3 horas. Term.: 3 horas 30 minutos. Sin anestesia adicional.

Puerperio.—Normal, afebril.

Salida.—1-XII-45.

Observación Número 7.

M. C. N., 23 años. Ingresa: 26-XI-45 a las 19 horas 15 minutos por dolores fuertes.

Gesta: 1. Para: 0. Abortos: 0 U. R.: 15-II-45. Parto probable: 22-XI-45.

Trabajo.—Principió espontáneo: 26-XI-45 a las 8 horas 45 minutos.

Diagnóstico.—P. V. O. I. D. P.

Complicaciones.—Rigidez perineal. Placenta previa marginal.

Tratamiento.—Bloqueo pudendo. Episiotomía.

Examen Físico.—Estado General: Bueno. Temp. 37° Pulso: 70. T. A.: 120/90.

Examen Obstétrico.—Pelvimetría: BE. 23 cm.; BC. 25 cm.; BT. 27.5 cm.; Baud. 19 cm.; Bi-isq. 10.5 cm. Perineo: Rígido.

Examen Abdominal.—AU. 32 cm.; CU. 90 cm. Edad embarazo por examen: 9º mes.

PROGRESO DEL TRABAJO

<i>Fecha</i>	<i>Hora</i>	<i>Tacto</i>	<i>Cuello</i>	<i>Bolsa</i>	<i>Present.</i>	<i>Altitud</i>	<i>Rotación</i>
26-XI	20hs.45'	V	9 cm.	E	V	+ 1	8hs.
" "	24hs.	R	10 cm.	E	V	+ 1	8hs.
27-XI	0h.35'	V	Dil. Comp.	R	V	+ 2	8hs.
" "	0h.55'	PARTO					

VIGILANCIA DEL TRABAJO

Fecha	Hora	Foco	Pulso	T. A.	Temp.	Int. y dur. contrac.	Tratamiento
26-XI	20hs.45'	125	65	120/90	37°	c./10'×30"	—
" "	24hs.	140	84	140/90	37°	c./5' fuertes.	Heroína.
27-XI	0h.15'	140	80	—	37°	—	Bloqueo pudendo.
" "	0h.40'	140	—	—	—	—	Episiotomía.
" "	0h.55'	PARTO	—	—	—	—	—

Principio	Terminó	Duración	Tratamiento
1er. Per.: 26-XI; 8hs.45'	27-XI; 0h.35'	15hs.50m.	Heroína. Bloq. pudendo.
2º Per.: 27-XI; 0h.35'	27-XI; 0h.55'	20m.	Episiotomía.
3er. Per.: 27-XI; 0h.55'	27-XI; 1h.10'	15m.	Ninguno.

Duración total del trabajo 16hs.25m.

Alumbramiento.—Natural. Placenta y membranas: completas. Sangre perdida: 200 c. c.

Niño.—A término. Sano. Respiró espontáneamente. Sexo: masculino.

Sutura Episiotomía.—(Sin anestesia adicional). Principio: 1 hora 15 minutos. Terminó: 1 hora 25 minutos.

Puerperio.—Normal, afebril. Sutura: buena.

Salida.—2-XII-45.

Observación Número 8.

M. E., 27 años. Ingresa: 27-XI-45 a las 4 horas 20 minutos por dolores suaves.

Gesta: 2. Para: 1. Abortos: 0. U. R.: ? Parto probable: ?

Trabajo.—Principio espontáneo: 26-XI-45 a las 22 horas.

Diagnóstico.—P. V. O. I. D. P.

Complicaciones.—Rigidez y edema del cuello.

Tratamiento.—Bloqueo pudendo. Incisión del cuello.

Examen Físico.—Estado General: Bueno. Temp.: 37°. Pulso: 80. T. A.: 130/80.

Examen Obstétrico.—Pelvimetría: BE. 24 cm.; BC. 28 cm.; BT. 32 cm.

Baud.: 19 cm.; Bi-isq.: 11 cm. Perineo: Normal. Vagina: Normal.

Examen Abdominal.—AU. 34 cm.; CU. 95 cm. Edad embarazo por examen: a término.

PROGRESO DEL TRABAJO

Fecha	Hora	Tacto	Cuello	Bolsa	Present.	Altitud	Rotación
27-XI	6hs	V	Grueso, duro	1 cm.	E	V.	Rechazable
" "	14hs.	R	6 cm.	E	V.	—	—
" "	16hs.20'	R	6 cm.	E	O.I.D.P.	+ 1	—
" "	17hs.	R	Edema. 6 cm.	E	O.I.D.P.	+ 1	—
" "	17hs.45'	V	Edema enorme	R?	O.I.D.T.	+ 1	9hs.
" "	18hs.15'	V	10 cm.	R	—	—	—

VIGILANCIA DEL TRABAJO

Fecha	Hora	Foco	Pulso	Temp.	T. A.	Int. y durac. contrac.	Tratamiento
27-XI	6hs.	B	80	36°5	130/80	c./15' suaves	—
" "	17hs.	140	80	36°5	130/80	c./5' fuert.	Heroína
" "	17hs.30'	140	80	36°5	130/80	c./3'×40"	—
" "	17hs.45'	140	80	—	—	c./3'×40"	Bloqueo pudendo
" "	17hs.50'	140	80	—	—	c./1'×40"	—

DESCRIPCION DEL PARTO

De las 14 horas a las 17, permaneció con dolores fuertes, cuello: 6 cms. de dilatación; bolsa entera, cabeza encajada, excitación y gritos de desesperación de la enferma que pujaba a pesar de las múltiples súplicas que se le hicieron para que dejara de hacer esfuerzos inútiles. A las 17 horas se puso una ampolla de heroína, a los 10 minutos, la enferma se adormeció y se calmaron los dolores permaneciendo buenas las contracciones. A las 17 horas 45 minutos, el examen reveló aumento del edema del cuello (al tacto se sentía como si se hubiese cerrado), edema también de la pared vaginal anterior. Se preparó y vistió a la enferma; fué imposible extraer orina por sondeo vesical. Se hizo el bloqueo pudendo, se calmaron los dolores de distensión perineal; a las 18 horas 15 minutos la dilatación había avanzado a 10 cms. y se rompió la bolsa de las aguas. Se repite la tentativa, infructuosa, de sondeo vesical; ya sólo se encuentra edematizado el borde anterior del cuello. A las 19 horas se hace incisión del cuello entre dos pinzas de anillos, en la dirección de las 2 horas, hasta el fórnix vaginal; a las 19 horas 15 minutos dilatación completa; se borra el rodete anterior del cuello, pero persiste el edema y la coloración violácea de la pared vaginal anterior prolapsada. A las 19 horas 50 minutos PARTO. Niño con una circular de cordón; respiró espontáneamente. Alumbramiento a los 5 minutos. Como el útero subió por encima del ombligo, se hizo expresión y se puso 1 ampolla de ergotrató endovenoso; salieron pocos coágulos y se formó el globo de seguridad de Pinard. A las 20 horas 20 minutos se hizo la sutura, sin necesidad de anestesia adicional.

Principio	Terminó	Duración	Tratamiento
1er. Per.: 26-XI; 22hs.	27-XI; 19hs.15'	21hs.15m.	Heroína. Bloqueo pudendo. Incisión del cuello.
2º Per.: 27-XI; 19hs.15'	27-XI; 19hs.50'	35m.	
3er. Per.: 27-XI; 19hs.50'	27-XI; 19hs.55'	5m.	Ergotrató endovenoso.

Duración total del trabajo 21hs.55m.

Alumbramiento.—Natural. Placenta y membranas: completas.

Niño.—A término. Sano. Respiró espontáneamente. Sexo: femenino.

Puerperio.—Normal, afebril.

Salida.—3-XII-45.

Observación Número 9.

J. G., 18 años. Ingresa: 27-XI-45 a las 19 horas 45 minutos por dolores. Gestas: 1 Para: 0. Abortos: 0. U. R.: 20-II-45. Parto probable: 27-XI-45.

Trabajo.—Principió espontáneo: 27-XI-45; 17 horas. Embarazo a término.

Diagnóstico.—P. V. O. I. I. P.

Complicaciones.—Parto prolongado. Distocia del cuello. Sufrimiento fetal.

Tratamiento.—Bloqueo pudendo. Episiotomía.

Examen Físico.—Estado General: Bueno. Temp.: 37.2°. Pulso: 85 T. A.: 130/80.

Examen Obstétrico.—Pelvometría: BE. 23 cm.; BC. 27.5 cm.; BT. 31 cm.; Baud. 19 cm.; Bi-isq. 11.5 cm. Perineo: Normal. Vagina: Normal. (P. R. P. + de 10 cm.)

Examen Abdominal.—AU. 32 cm.; CU. 100 cm.; Edad embarazo por examen: 9º mes.

PROGRESO DEL TRABAJO

Fecha	Hora	Tacto	Cuello	Bolsa	Present.	Altitud	Rotación
27-XI	20hs.30'	V	2 cm.	E ?	V.I	0	—
28-XI	20hs.25'	V	4 cm.	E ?	V.I.	0	—
29-XI	19hs.	V	7 cm.	R	O.I.I.P.	0	4 hs.
" "	20hs.30'	V	7 cm.	R	O.I.I.P.	+ 2	4 hs.
" "	21hs.30'	V	Dil. Cómpr.	R	O.I.I.P.	+ 2	4 hs.
" "	22hs.	PARTO					

VIGILANCIA DEL TRABAJO

Fecha	Hora	Foco	Pulso	T. A.	Temp.	Int. y dur. contracciones	Tratamiento
27-XI	20hs.30'	150	85	130/80	37°2	Muy suaves.	—
28-XI	20hs.25'	B	—	—	—	10'×20" suaves.	—
29-XI	17hs.	154	96	—	37°5	2'×60" fuertes.	Enema.
" "	19hs.	150	—	—	—	2'×60" fuertes.	Heroína.
" "	20hs.30'	150	90	130/80	37°	2'×60"	Bloq. pudendo.
" "	21hs.	145	80	—	37°	2'×60"	
" "	22hs.	PARTO					

Principio	Terminó	Duración	Tratamiento
1er. Per.: 27-XI; 17hs.	29-XI; 21hs.30'	52hs.30m.	Herofina. Bloq. pudendo.
2º Per.: 29-XI; 21hs.30'	29-XI; 22hs.	30m.	Episiotomía.
3er. Per.: 29-XI; 22hs.	29-XI; 22hs.10'	10m.	

Duración total del trabajo 53hs.10m.

Parto prolongado con sufrimiento fetal (foco irregular y meconio).

Placenta y membranas.—Completas. Sangre perdida: 100 c. c.

Niño.—A término. Nació asfixiado, se recuperó rápidamente con aspira-

ción de flemas y baño caliente. Sexo: masculino.

Sutura episiotomía.—(Sin anestesia adicional). Principió: 22 horas 5 minutos. Terminó: 22 horas 30 minutos.

Puerperio.—Normal, afebril. Sutura: buena.

Salida.—5-XII-45.

Observación Número 10.

F. F., 30 años. Ingresa: 29-XI-45 a las 23 horas 30 minutos por dolores.

Gestas: 4. Para: 3. Abortos: 0. U. R.: ? Parto probable: ?

Trabajo.—Principió espontáneo: 29-XI-45; hora: ?

Diagnóstico.—Embarazo en el curso del 6º mes. P. V. O. P.

Complicaciones.—Atonía uterina. Hemorragia del alumbramiento.

Tratamiento.—Bloqueo pudendo. Forceps (Luikart). Analepsina. Transfusión. Sueros. Penicilina.

Examen Físico.—Estado general: Grave. Temp. 35°. Pulso: 102. T. A.: 60/b ? (Neumonía lobar izquierda. Edema de las piernas).

Examen Obstétrico.—Pelvimetría: Normal (multipara). Perineo: Desgarradura antigua. Vagina: Normal.

Examen Abdominal.—Edad embarazo por examen: 8º mes.

PROGRESO DEL TRABAJO

Fecha	Hora	Tacto	Cuello	Bolsa	Present.	Altitud	Rotación
29-XI	23hs.30'	V	Dil. Comp.	E	V	+ 1	Antero-posterior. 12hs.

VIGILANCIA DEL TRABAJO

Fecha	Hora	Foco	Pulso	T. A.	Temp.	Int. y dur. contracciones	Tratamiento
29-XI	23hs.30'	rápido regular	débil	60/?	35°	Dolores muy suaves, muy espaciados. La enferma no responde.	Analepsina, 2 amp. Suero, gluc. hipert. 250 c. c. Calgluquina 1 amp. Transfusión: 250 c. c. de sangre. Suero mixto endovenoso 1 litro.

DESCRIPCION DEL PARTO

Por el estado casi agónico y por neumonía, se aceleró el parto con anestesia pudenda y aplicación de forceps (Luikart). Alumbramiento rápido. Atonía uterina y hemorragia post-partum abundante; se pone 1 ampolla de neoginergeno en el cuello y se hace compresión del útero con una mano en la cavidad y otra sobre la pared abdominal. Otra ampolla de neoginergeno en la pared uterina a través de la pared abdominal.

<i>Principio</i>	<i>Terminó</i>	<i>Duración</i>	<i>Tratamiento</i>
1er. Per.: ?	29-XI; 23hs.30'	?	—
2º Per.: 29-XI; 23hs.30'	30-XI; 0h.05'	35m.	Bloq. pudendo. Fórceps.
3er. Per.: 30-XI; 0h.05'	30-XI; 0h.10'	5m.	—

Duración total del trabajo ?

Alumbramiento.—Natural. Placenta y membranas: completas. Sangre perdida: más de 500 c. c.

Niño.—Aproximadamente: 5º mes. Respiró espontáneamente.

Puerperio.—Febril (actualmente convalece de la neumonía).: 9-XII-45.

Observación Número 11.

M. A., 28 años. Primigesta.

Exámenes.—General y Obstétrico: Normales.

Diagnóstico.—P. V. O. I. I. A.

<i>Principio</i>	<i>Terminó</i>	<i>Duración</i>	<i>Tratamiento</i>
1er. Per.: 24-IX-45; 18hs.	25-IX; 2hs.25m.	8hs.25m.	Heroína a las 0h.10'. Bloqueo pudendo: 1h.35' con 4 cm. de dilatación. Pituitrina, 2.5U. 2h.15'
2º Per.: 25-IX; 2hs.25'	25-IX; 3hs.	35m.	Pituitrina, 2.5 U. 2hs.35'
3er. Per.: 25-IX; 3hs.	25-IX; 3hs.10'	10m.	Ninguno.

Duraciónn total del trabajo 9hs.10m.

Parto espontáneo-analgésico.

Niño.—A término; respiró espontáneamente.

Salida.—1º-X-45.

Observación Número 12.

M. del C. G., 20 años. Parto prematuro.

Exámenes.—General y Obstétrico: Normales.

Diagnóstico.—P. V. O. I. D. P.

<i>Principio</i>	<i>Terminó</i>	<i>Duración</i>	<i>Tratamiento</i>
1er. Per.: 11-X-45; 24hs.	12-X-45; 7hs.	7hs.	Bloqueo pudendo con 6cm. de dilatación a 6hs.30'
2º Per.: 12-X; 7hs.	12-X; 8hs.15'	1h.15m.	Episiotomía.
3er. Per.: 12-X; 8hs.15'	12-X; 8hs.30'	15m.	Ninguno.

Duración total del trabajo 8hs.30m.

Parto espontáneo-analgésico.

Niño.—Séptimo mes. Respiró espontáneamente.

Observación Número 13.

A. L., 20 años. Primigesta.

Exámenes.—General y Obstétrico: Normales.

Diagnóstico.—P. V. O. I. I. A.

<i>Principio</i>	<i>Terminó</i>	<i>Duración</i>	<i>Tratamiento</i>
1er. Per.: 11-X-45; 20hs.	13-X; 2hs.30'	28hs.30m.	Bloqueo pudendo con 9cm. de dilatación. Pituitri- na, 3 U: 2hs.10'
2º Per.: 13-X; 2hs.30'	13-X; 3hs.10'	40m.	Pituitrina, 3 U: 2hs.40'
3er. Per.: 13-X; 3hs.10'	13-X; 3hs.15'	5m.	Ninguno.

Duración total del trabajo 29hs.15m.

Parto.—Espontáneo-analgésico.

Niño.—A término. Sano. Respiró espontáneamente.

Salida.—18-X-45.

Observación Número 14.

A. G., 18 años. Primigesta.

Exámenes.—General y Obstétrico: Normales.

Diagnóstico.—P. V. O. I. I. A.

<i>Principio</i>	<i>Terminó</i>	<i>Duración</i>	<i>Tratamiento</i>
1er. Per.: 14-X-45; 4hs.	14-X; 10hs.30'	6hs.30m.	Bloqueo pudendo con 4cm. de dilatación a 10hs.5' y Pituitrina, 3U a 10hs.30'
2º Per.: 14-X; 10hs.30'	14-X; 11hs.5'	35m.	Pituitrina, 3U: 10hs.45' Episiotomía.
3er. Per.: 14-X; 11hs.5'	14-X; 11hs.8'	3m.	Egotrato endovenoso.

Duración total del trabajo 7hs.8m.

Parto espontáneo-analgésico.

Niño.—A término, sano. Respiró espontáneamente.

Observación Número 15.

T. V. Primigesta.

Exámenes.—General y Obstétrico: Normales.

Diagnóstico.—P. V. O. I. I. A.

<i>Principio</i>	<i>Terminó</i>	<i>Duración</i>	<i>Tratamiento</i>
1er. Per.: 17-X-45 19hs.	18-X; 18hs.43'	23hs.43m.	Bloq. pudendo con 10cm. de dilatación: 18hs.30'. Ruptura artificial de la bolsa de las aguas.
2º Per.: 18-X; 18hs.43'	18-X; 19hs.	17m.	Ninguno.

Duración total del trabajo 24hs.12m.

Niño.—A término. Sano. Respiró espontáneamente.
Parto.—Espontáneo-analgésico.

Observación Número 16.

J. A., 18 años. Primigesta.

Exámenes.—General y Obstétrico: Normales.

Diagnóstico.—P. V. O. I. I. A.

Principio	Terminó	Duración	Tratamiento
1er. Per.: 23-X-45; 16hs.	24-X; 2hs.	10hs.	
2º Per.: 24-X; 2 hs.	24-X; 2hs.35'	35m.	Heroína a la 1h. Bloq. pudendo con 4 cm. de dilatación a 1h.25'. Pituitrina, 3U: 1h.45'. Pituitrina, 3U: 2h.
3er. Per.: 24-X; 2hs.35'	24-X; 2hs.50'	15m.	Pituitrina, 3U: 2hs.20' Ninguno.
Duración total del trabajo			10hs.50m.

Parto.—Espontáneo-analgésico.

Niño.—A término. Respiró espontáneamente.

Salida.—30-X-45.

Observación Número 17.

L. S. Primigesta.

Exámenes.—General y Obstétrico: Normales.

Diagnóstico.—P. V. O. I. I. A.

Principio	Terminó	Duración	Tratamiento.
1er. Per.: 20-X-45; 19hs.	21-X; 5hs.	10hs.	Bloq. pudendo con 3 cm. de dilatación: 4hs.20'. Ruptura artificial bolsa de las aguas: 4hs.50'
2º Per.: 21-X-45 5hs.	21-X; 5hs.55'	55m.	Ninguno.
3er. Per.: 21-X; 5hs.55m.	21-X; 6hs.25'	30m.	Expresión.
Duración total del trabajo			11hs.25m.

Parto.—Espontáneo-analgésico.

Niño.—A término. Sano. Respiró espontáneamente.

Observación Número 18.

M. R. de A.

Exámenes.—General y Obstétrico.—Normales.

Diagnóstico.—P. V. O. I. I. A.

Principio	Terminó	Duración	Tratamiento
1er. Per.: 15-XI-45; 4hs.	15-XI; 12hs.30'	8hs.30m.	Heroína a las 11 hs. Bloq. pudendo: 12hs.8'.
2º Per.: 15-XI; 12hs.30'	15-XI; 13hs.5'	35m.	Pituitrina, 3U: 12hs.45'
3er. Per.: 15-XI; 13hs.5'	15-XI; 13hs.10'	5m.	Rupt. artificial bolsa de las aguas: 12hs.30'.

Ninguno.

Duración total del trabajo 9hs.10m.

Parto.—Espontáneo-analgésico.

Niño.—A término. Sano. Respiró espontáneamente.

Salida.—20-XI-45.

Observación Número 19.

B. P.

Parto.—Efectuado el 7-X-45.

Complicación.—Desgarro perineal 2º grado.

Tratamiento.—Anestesia pudenda y sutura.

Resultado.—Sutura buena: 15-X-45.

Observación Número 20.

M. G., Primípara.

Parto.—Efectuado el 8-X-45.

Complicación.—Desgarro perineal 2º grado.

Tratamiento.—Anestesia pudenda y sutura.

Resultado.—Sutura buena: 14-X-45.

Observación Número 21.

O. B., Primípara.

Parto.—Efectuado el 16-X-45.

Complicación.—Desgarro perineal 2º grado.

Tratamiento.—Anestesia pudenda y sutura.

Resultado.—Sutura buena: 24-X-45.

Observación Número 22.

J. C. Primípara.

Parto.—Efectuado el 27-X-45.

Complicación.—Desgarro perineal 2º grado.

Tratamiento.—Anestesia pudenda y sutura.

Resultado.—Sutura buena: 1-XI-45.

Observación Número 23.

G. R. Primípara.

Parto.—Efectuado el 10-XI-45.

Complicación.—Desgarro perineal 3er. grado.

Tratamiento.—Anestesia pudenda y sutura.

Resultado.—Sutura buena: 17-XI-45.

Observación Número 24.

M. I. L.

Parto.—Efectuado el 11-XI-45.

Complicación.—Desgarro perineal 2º grado.

Tratamiento.—Anestesia pudenda y sutura.

Resultado.—Sutura buena: 16-XI-45.

Observación Número 25.

J. C. Primípara.

Parto.—Efectuado el 14-XI-45.

Complicación.—Desgarro perineal 3er. grado.

Tratamiento.—Anestesia pudenda y sutura.

Resultado.—Sutura buena: 22-XI-45.

Son auténticas,

DR. FERNANDO SILVA PEÑA.

DR. ARTURO ZECEÑA M.

CONCLUSIONES

- 1º—La anestesia por “Bloqueo Pudendo” tiene numerosas ventajas en Obstetricia, como son fácil y rápida ejecución, inocuidad para madre y feto, etc. (Véase ventajas), y los accidentes que pueden producirse son perfectamente evitables.
- 2º—La anestesia no modifica el curso normal del parto, como ocurre con otros métodos de anestesia y analgesia obstétricas.
- 3º—Puede ser utilizada en los partos eutópicos y en algunos distópicos, ventaja real sobre otros métodos de anestesia donde una ligera desviación de la normalidad (rigidez del cuello por ejemplo) lleva casi seguramente al fracaso.
- 4º—Es útil principalmente en las distocias del cuello y partes blandas, en el parto de nalgas, aplicación baja de forceps y otros casos de urgencia. (Véanse indicaciones).
- 5º—Debiera ser usada en nuestro medio por su economía, facilidad de ejecución y, para reducir el exagerado número de anestesias generales muchas veces injustificadas.
- 6º—Su éxito es casi constante, pero en caso de fracaso, cualquier anestésico general puede ser usado, con la ventaja de que la dosis empleada será más reducida, lo mismo que el tiempo de su administración.

ALBERTO ESMENJAUD V.

Imprímase,

DR. C. MAURICIO GUZMÁN,

Decano.

BIBLIOGRAFIA

- Albanese, A. R. Munist, L., Fernández Luna, D.*—Progresos anuales en la Práctica médico-quirúrgica: Obstetricia, 1944.
- Bland, P. B. and Montgomery, T. L.*—Practical Obstetrics, 3^a Ed. 1940.
- De Lee-Greenhill.*—Principios y práctica de Obstetricia, 8^a Ed. 1945.
- Fabre.*—Precis d'Obstétrique.
- Greenhill, J. P.*—Anuario de Obstetricia y Ginecología, 1943.
- Lundy.*—Clinical Anesthesia, Ed. 1944.
- Lull, C. B. and Hingson, R. A.*—Control of pain in childbirth.
- Metzger.*—L'accoucher Moderne, 2^a Ed. 1936.
- Moragues Bernat, Jaime.*—Clínica Obstétrica.
- Morris.*—Human Anatomy, 10^a Ed.
- Recinos, Alejandro.*—Parto breve y analgésico (Tesis, 1943).
- Richaud y Hazard.*—Precis de Therapeutique et Pharmacologie.
- Rosello, Héctor J.*—Terapéutica y Farmacodinamia.
- Stander, H. J.*—Text Book of Obstetrics, 3^a Ed. 1945.
- Testut-Latarjet.*—Tratado de Anatomía Humana, 8^a Ed.
- Testut-Jacob.*—Tratado de Anatomía Topográfica.
- Testut-Jacob.*—Atlas de Anatomía.
- Urnes, Magnus P. and Timerman, H. J.*—Breech Delivery A. comparative Study of local and general anesthesia.—J. Am. Med. Ass. 1937, 109: 1616.
- Hingson, R. A. and Edwards, W. B.*—Continuous caudal anesthesia in obstetrics.—Am. J. Surg.
- Gellhorn.*—Local anesthesia in Gynecology and obstetrics.—Surg. Ginec. & Obst. Chicago, 1927, 45: 105-109.
- Bunim, L. A.*—Anestesia del nervio pudendo interno en la distocia del cuello. Am. Jour. of Obst. & Ginec.—1943, 45: 805.
- Journal of the American Medical Association, Enero, 1943, Junio, 1944.—Artículos.

PROPOSICIONES

<i>Anatomía Descriptiva</i>	.....	Inervación uterina.
<i>Anatomía Topográfica</i>	.....	Perineo en la mujer.
<i>Anatomía Patológica</i>	.....	Kraurosis vulvar.
<i>Bacteriología</i>	.....	Estreptococo.
<i>Botánica Médica</i>	.....	Cornezuelo del Centeno.
<i>Clinica Quirúrgica</i>	.....	Examen ginecológico.
<i>Clinica Médica</i>	.....	Auscultación pulmonar.
<i>Física Médica</i>	.....	Esfigmomanómetro.
<i>Fisiología</i>	.....	Del Utero.
<i>Higiene</i>	.....	Del Embarazo.
<i>Histología</i>	.....	Del Utero.
<i>Medicina Legal y Toxicología</i>	.....	Intoxicación por barbitúricos.
<i>Obstetricia</i>	.....	Distocias de partes blandas.
<i>Parasitología Médica</i>	.....	Tricomonas Vaginalis.
<i>Patología General</i>	.....	Edema.
<i>Patología Médica</i>	.....	Neumopatías agudas.
<i>Patología Quirúrgica</i>	.....	Inversión del Utero.
<i>Patología Tropical</i>	.....	Accesos perniciosos palustres.
<i>Pediatría</i>	.....	Toxicosis.
<i>Psiquiatría</i>	.....	Demencias.
<i>Técnica Operatoria</i>	.....	Operación cesárea baja.
<i>Química Biológica Médica</i>	.....	Metabolismo del agua.
<i>Química Médica Inorgánica</i>	.....	Cloruro de sodio.
<i>Química Médica Orgánica</i>	.....	Novocaína.
<i>Terapéutica Farmacológica</i>	.....	Heroína.
<i>Terapéutica Clínica</i>	.....	Tratamiento de las Neumopatías agudas.