

EL AMORTIGUAMIENTO ARTIFICIAL DE LOS DOLORES EN LOS FENOMENOS DE LA PARTURICION

EL DOLOR DEL PARTO.—El dolor acompaña a la contracción uterina como la sombra al cuerpo; y esto ha venido ocurriendo desde que Eva concibió a Caín. Escrito está en el *Génesis* ¹: «Y a la mujer dijo: Multiplicaré crecidamente las molestias de tu gravidez; con dolor parirás hijos, y tu propensión te inclinará a tu marido, el cual mandará en ti».

El dolor ha acompañado siempre al parto en la mujer. Todo hombre al nacer—dice Hoson—desgarra el seno de su madre y le causa los más vivos dolores.

Kiang-Yven, dió a luz el suyo sin desgarró, lesión ni dolor; porque el Tien quiso que brillara su poder y mostrar cuánto se diferencia el santo de los hombres.

La mitología nos dice que la Diosa Trivia, testiga de los dolores del parto de su madre Latona, pidió y obtuvo de Júpiter la gracia de guardar una virginidad perpetua y fué la virgen blanca (la Luna) que domina la gestación de las mujeres y de las hembras de los animales (Enrique Casas).

La Diosa Selene, horrorizada por los dolores del parto que sufrió su madre Theia para darle a luz, obtuvo de Zeus el don de la castidad perpetua. Pero en uno de sus paseos nocturnos, olvidó su voto de virginidad y amó al bello Endimión. Zeus le castigó a tener cincuenta hijos, los símbolos de los cincuenta meses del ciclo de las fiestas olímpicas, y a sufrir otras tantas veces los tormentos del parto que tuvo su madre. Estos cincuenta hijos fueron niñas, y, por lo tanto, llevaban y podían transmitir el suplicio de los dolores del parto.

Los griegos interpretaban los dolores del parto como el castigo por un pecado.

Siempre han sido temidos los dolores del parto y es lógico que la persona encargada de asistirlos haya intentado aminorar su violencia.

LOS PRIMEROS PASOS DE LA ANESTESIA OBSTETRICA.—En el siglo XIX, James Young Simpson descubre la anestesia obstétrica, después de haber oído hablar del cloroformo al químico Waldie, de Liverpool. El 4 de noviembre de 1847, lo empleó en una parturienta y he aquí lo sucedido, escrito por el propio Simpson:

«Era una mujer cuyo primer parto necesitó la fetotomía. En este su segundo parto hacía tres horas y media que había comenzado, cuando se inició la inhalación de cloroformo. El niño nació a los 25 minutos, durante el sueño de la madre y pocos minutos después expulsó la placenta; la enfermera se llevó al recién nacido a una habitación contigua. Cuando la parida se despertó lo hizo tranquilamente, y se consideró repuesta para seguir sufriendo; no sabía que fuese madre. Se le presentó al niño y se tardó en convencerla de que el parto había terminado durante su sueño y de que el niño que veía era su propio hijo».

Con este parto, asistido en Edimburgo, comenzaban los esfuerzos médicos para aliviar el dolor de la parturición.

En el año 1853, cuando la reina Victoria daba a luz su séptimo hijo, el príncipe Leopoldo, aceptó la analgesia clorofórmica. Desde entonces, la administración interminante de cloroformo para obtener una analgesia obstétrica, se denominó «cloroformo a la reina».

ACTUALIDAD DE LA ANALGESIA OBSTETRICA.—Después de muchos años sin progreso digno de mención, ha renacido con ímpetu el deseo de amortiguar los dolores del parto normal.

En el III Congreso Hispano-Portugués de Obstetricia y Ginecología, escuchamos de boca de sus autores los doctores Dexeus y Miguel la magnífica ponencia «Analgesia y Anestesia en el parto». Con este motivo, y en aquella memorable reunión, unos tocólogos se manifestaron partidarios, y otros no, de la analgesia obstétrica, aduciendo razones deontológicas, científicas, etc. En casi todas las escuelas del mundo, hay tendencia favorable a la analgesia obstétrica.

OPINION DE MARTIUS.—Según Martius, profesor de la Universidad de Goettingen (Alemania), el uso de analgésicos y anestésicos en el parto, es un problema de gran actualidad.

Todo anestésico en el parto debe reunir dos condiciones:

1.^a No ser peligroso para la madre o el feto, y no determinar aumento del número de intervenciones obstétricas.

2.^a Que la enferma desee ser parteada con el anestésico, renunciando voluntariamente al parto habitual.

Después de la última guerra mundial que Alemania había padecido, se vió que en los demás países se había progresado mucho en la asistencia anestésica durante el parto. En Suecia se usaba el ON2 y en Inglaterra el tricloroetileno.

La escuela de Martius ha ideado un sencillo y práctico aparato para la administración del tricloroetileno, cuyo precio es de ocho marcos.

Según Martius, la gran ventaja del tricloroetileno es la de ser bastante inocuo. En la Universidad de Goettingen, se ha utilizado en trescientos casos. En la dilatación ideal da lugar a una analgesia completa, lográndose también una relajación de las partes blandas.

No dice Martius cuántas horas tiene sometidas a sus parturientas a la acción del tricloroetileno.

La tensión de la evaporación de los gases se logra en el aparato de Martius por el calentamiento con la mano. Parece ser que la expulsión se acorta. Las inspiraciones en este período se hacen entre las contracciones.

Informa Martius que, desde que emplea el tricloroetileno, hay menos escándalo en las salas de partos, y duran menos éstos.

CRITERIO DE DEXEUS.—Según Dexeus, director de la Maternidad de Barcelona, el dolor del parto, que forma grupo aparte entre todos los dolores que aquejan al hombre, puede aliviarse o suprimirse, siempre y cuando ello no represente riesgos para los intereses dobles que se juegan en el mismo.

Este alivio del dolor del parto significa la elección de un medio o recurso que no alargue la duración del parto normal, que no aumente el número de intervenciones tocológicas y que no comporte incremento en la mortalidad y morbilidad tanto materna como fetal.

NUESTRO CRITERIO.—Personalmente somos partidarios de llevar a la mujer un alivio para sus dolores, y enfocamos el problema desde los siguientes puntos de vista:

1.^o *Opinión de la parturienta.*—Muy respetable, puesto que ella es la que sufre y la que ha requerido nuestro auxilio.

2.^o *Aspecto deontológico.*—La Iglesia no se opone a las prácticas que

nos ocupan, mientras no suponga un peligro para la madre ni para el hijo. La solución en este terreno está en la elección de un método inofensivo.

3.º *Intensidad del dolor.*—Hay partos en que la paciente no siente la necesidad de que le amortigüen los dolores, porque éstos son llevaderos. Hay partos en que no cabe aplicar analgesia por no dar tiempo a ello; son los partos relámpagos en los que la parturienta echa el hijo en dos dolores allí donde se encuentra: en el tranvía, en un patio, etc. En cambio, hay partos penosísimos en los que la parturienta se retuerce y grita desesperada, atormentada por los dolores. Aquí es donde está indicado llevar un alivio a la doliente.

4.º *Medio ambiente.*—No sabemos, por no tener experiencia personal, cómo reaccionaba la mujer antigua y cómo reacciona la mujer salvaje ante el dolor. La mujer civilizada, ¿soporta peor el dolor? No lo sabemos. Pero en un siglo xx, ¿no desentonan los gritos desgarradores de una parturienta, en el marco de una clínica moderna?

Si en la vida actual no queremos soportar un dolor de muelas o de cabeza, ¿no es lógico que tratemos de buscar un alivio a los dolores del parto?

ESTADO ACTUAL DE LA ANESTESIA Y ANALGESIA OBSTETRICA.—Estella define la *anestesia general* como «una intoxicación provocada con fines terapéuticos, entre cuyos síntomas dominantes sobresalen la hipnosis profunda y la analgesia completa».

Anestesia significa supresión del dolor, pero con inhibición de la conciencia, es decir con sueño. *Analgesia* quiere decir, literalmente, privación del dolor, conservando la conciencia.

Las técnicas usadas en la actualidad son muy variadas; las más en boga son: la analgesia caudal, la inhalación de gases analgésicos y la administración de productos analgésicos por vía parenteral.

La analgesia caudal continua tiene el inconveniente de necesitar la parturienta una continua vigilancia, lo que resulta incómodo para el tocólogo.

La inhalación de ciertos gases tiene la desventaja de que los aparatos para su administración son extranjeros y carísimos, resultando además difícil conseguir botellas de repuesto.

NUESTRA EXPERIENCIA PERSONAL.—En la clínica de mi maestro Anderodias (Bordeaux) empleábamos el clásico «cloroformo a la reina».

En Freiburg i. Br. empleábamos el «Pernocton» con magníficos resultados; aproximadamente a mitad del parto, inyectábamos endovenosamente 5 centímetros cúbicos de Pernocton, y las parturientas dormían con la mayor placidez de 3 a 5 horas; las más de las veces, cuando despertaban se encontraban con el hijo a su lado.

Desde que salí de Alemania, me ha sido imposible conseguir una sola ampolla del preciado farmaco, que se fabrica al otro lado del llamado «telón de acero».

Hemos sido los únicos en España, en experimentar el Hexacompal, producto suizo, para el acortamiento de la duración del parto y aminoración de la intensidad de los dolores. Obtuvimos buenos resultados sin tener que lamentar el más mínimo accidente materno-fetal ².

Con el betaglicerofosfato de sosa, administrado intravenosamente, hemos obtenido acortamiento de la duración del parto, pero no aminoración de los dolores ³.

Acortamiento de la duración del parto normal y amortiguamiento de los dolores, lo hemos obtenido con la Dolantina o Demerol ⁴.

Con el tricloroetileno obtenemos mejor analgesia que con la dolantina, aunque creemos que el citado tricloroetileno no acorta la duración del parto normal. En la redacción de «Clínica y Laboratorio» obra ya un trabajo mío titulado *Treinta y seis casos personales de aminoración del dolor en el parto normal, por medio del tricloroetileno*. No hemos tenido que lamentar accidente alguno materno ni fetal.

Hemos practicado la analgesia caudal según técnica de la Maternidad de Guatemala (Drs. Zedeña y Recinos), pero no hemos quedado muy satisfechos.

Ultimamente hemos realizado con gran éxito en tres partos la analgesia dada a conocer en 1946 por Parmley y Adriani; en los dos casos la supresión del dolor fué absoluta desde el momento de la inyección intradural (mitad del parto); las pacientes conversaban tranquilamente con nosotros y tuvieron la expulsión completamente indolora de sus hijos vivos.

Creemos que hoy la analgesia de elección es la proporcionada por el *tricloroetileno*. Su administración es sencilla, cómoda e inofensiva. Aproximadamente a mitad del parto, dejamos el aparato «H. M.» junto a la cabecera de la parturienta y ella misma se aplica la mascarilla en cada dolor. El dolor no se suprime, pero es más llevadero.

Preveemos que este método de analgesia obstétrica se va a extender rápidamente por todo España. Creemos asimismo que pronto podremos ofrecer a las madres, analgesias más perfectas que la del tricloroetileno.

JOSÉ CARDÚS

1. *Sagrada Biblia*, trad. Bover-Cantera, t. I, pág. 47.
2. CARDÚS, *El acortamiento de la duración del parto normal por medio del Hexacompal*, «Revista Española de Obstetricia y Ginecología» (noviembre 1947).
3. CARDÚS, *El papel del betaclicerofosfato sódico en la clínica obstétrica*, «Clínica y Laboratorio» (octubre 1945); ID., *La acción clínica úteroespasmolítica del betaglicerofosfato sódico*, «Revista Española de Obstetricia y Ginecología» (abril 1946).
4. CARDÚS, *El acortamiento de la duración del parto normal por medio de la dolantina*, «Revista Española de Obstetricia y Ginecología» (noviembre 1946); ID., *Cuarenta casos personales de acortamiento de la duración del parto por medio de la dolantina*, «Toko-ginecología práctica» (marzo 1947); ID., *Sesenta casos personales de acortamiento de la duración del parto normal por medio de la dolantina*, «Revista de Información Médico-Terapéutica», números 21-22, 1947; ID., *Ochenta casos personales de acortamiento de la duración del parto por medio del D-140*, «Revista Mexicana de Cirugía, Ginecología y Cáncer» (mayo 1948).