

Actividades Científicas de la Real Academia de Medicina de Barcelona

(Mes de Octubre de 1952)

Día 14. — El académico corresponsal Dr. don Manuel MIRALBELL CENTENA desarrolló una conferencia con el título *Necesidad del estudio evolutivo de las pruebas tuberculínicas. Diferencias entre el vacunado y el contagiado*. Expone la necesidad de distinguir las reacciones tuberculínicas que se observan en los vacunados con BCG sanos y en los tuberculosos. Se han hecho diferentes estudios con soluciones de tuberculina al 1/1.000.000, 1/1.000 y 1/10 y en diferentes edades y sexos, y se ha examinado la reacción siempre después de las 48 horas, que significa el momento álgido de la misma.

Para estos estudios emplea el conferenciante la reacción de Mantoux, valiéndose de la tuberculina Pasteur, purificada o no, valiéndose de la última para la prueba de concentración. Se han hecho estos estudios entre 227 vacunados por vía subcutánea o intermuscular y 34 vacunados por vía digestiva, en todos los cuales, por no tener ningún motivo de contagio conocido, no existía otro motivo para el virage; luego 243 no vacunados, con alergia positiva; en total, 1.015.

El esquema del vacunado positivo empieza a las 24 o a las 48 horas; la pigmentación, en vez de ser roja, es rosada, y la mancha dura 6, 8 o 9 días.

Es característico que en el curso de los años la prueba debe hacerse con tuberculina más concentrada y continuarla hasta que desaparezca en su totalidad. En más de la tercera parte de los casos, persiste por espacio de 3 a 4 años, y si se emplea tuberculina concentrada, puede llegar hasta 7 u 8 años.

En la prueba de Mantoux existen dos elementos: uno central o noduloso, y otro periférico o eritematoso. Dicha pigmentación suele durar unos siete días, notándose mucho en los enfermos escrofulosos y no existiendo casi en los enfermos graves.

Si se practica una prueba con un cuarto de miligramo, puede provocarse una rubicundez, pero no un nódulo tan grande como el que se forma al tratar con tuberculina a un contagiado, tanto que en el segundo, como

hay más reacción, la duración del nódulo es más prolongada. Se puede decir que, incluso en los vacunados, el elemento nódulo es proporcional al grado de reacción sufrida.

El concepto que se tenía de que cuando un individuo se hace alérgico a la tuberculina ya lo será toda la vida, ha de variarse, diciendo que lo será si se producen nuevas infecciones, pero que si éstas no se presentan, su alergia desaparecerá en el curso de la vida.

Si a un enfermo tuberculoso grave se le atenúa la alergia, es señal de que corre peligro, y si aquélla desaparece totalmente, su pronóstico es fatal.

La hiperalergia no es beneficiosa para la enfermedad, considerando preferible el obtener alergias extremas o medias, siendo preferibles éstas. Las alergias no tienen, pues, significado estático, sino dinámico, y esto se expresa por la evolución de la misma en el curso de los años. Esta consideración tiene mucha importancia en el orden profiláctico, ya que la revalorización del Mantoux es la única que tenemos para saber si el individuo está vacunado y poder juzgar de cuál sea su estado.

En resumen puede decirse que el Mantoux del vacunado es diferente por los caracteres del cuadro, que permiten asegurar si ha tenido o no contacto virulento. El parelérgico reacciona frecuentemente con una alergia positiva en el curso de tres años.

De los dos elementos del Mantoux, eritema y nódulo, el primero representa la defensa, y el segundo valoriza la enfermedad, sobre todo por su duración. El concepto interesante es el de que la virulencia irá decreciendo si no hay un nuevo contacto.

El Dr. SAYE, después de felicitar al conferenciante por lo acabado de sus estudios, dice que los años transcurridos desde el empleo del BCG han permitido diferenciar la reacción del niño para decidir si su alergia es producto de la vacunación o es debida a la infección tuberculosa.

Sus estudios se refieren siempre a la vacunación por vía digestiva, que considera que con ella se logran los mismos resultados y se pueden obtener las mismas deducciones que con la vacunación intermuscular.

Hace ya bastantes años que estudiando el contenido gástrico se encontraban a veces contenidos gástricos en niños vacunados. A partir de entonces ya se atribuyó la hiperergia a la infección, y se pudo afirmar que aquélla es más tardía en el vacunado en medio bacilífero que en el no vacunado en medio no bacilífero. La alergia del vacunado es una alergia menos intensa y más breve.

Pregunta el Dr. SAYE qué es lo que se pretende evitar, si la enfermedad o la infección virulenta. Y se hace esta pregunta fundado en los casos de vacunación intensiva cuyos resultados son de tal categoría que obligan

a revisar una crítica y una conducta. Cree el Dr. SAYE que la vacunación, sea por la vía que sea, debe ser más o menos intensa según el medio en que viva el niño. De esta manera, se crea un tipo nuevo de vacunación por vía digestiva con el cual se llegan a obtener reacciones siempre negativas. Así, de los vacunados hace más de 14 años en medio supuesto sano, más del 40 % no han tenido reacciones positivas. En comparación con aquella cifra de vacunados que no tuvieron infección, los que no fueron vacunados la tuvieron en proporción elevada.

Si a un niño vacunado se le agota la alergia por haberle vacunado con dosis débiles o bien porque han transcurrido años, su reacción, que antes había sido positiva, se ha vuelto negativa. Si a éste se le revacuna, se obtiene un fenómeno de Koch pequeño, abotivo. Si a un niño revacunado, al hacerle la prueba tuberculínica, se comprueba un fenómeno de Koch relativamente intenso, se puede asegurar que nos encontramos ante una infección neta de BCG y virulenta.

Cree el Dr. SAYE que la revacunación debe de practicarse siempre, a menos de que el niño se halle afecto de un proceso activo o en reconocida inminencia morbosa.

El Presidente Dr. COROMINAS, después de agradecer al Dr. MIRALBELL la aportación de tan interesante tema y al Dr. SAYE la exposición del fruto de su larga experiencia en la práctica de la vacunación con el BCG, hace resaltar la importancia que para el futuro de la enfermedad tuberculosa tienen estos estudios experimentales, en especial el de las reacciones alérgicas e hiperérgicas de la vacuna de Calmette, con lo cual se puede seguir de una manera positiva el curso que pueda tener la infección tuberculosa, aunque aparentemente no dé señales de existencia, por lo cual considera que, demostrada hasta la saciedad la inocuidad de la vacunación por el BCG, debe de emplearse siempre en el recién nacido, sobre todo si lo ha sido en un medio sospechoso.

Día 28. — El Dr. don Juan María VILA CLARA MIR, académico corresponsal, desarrolla su conferencia bajo el tema *El aspecto endocrino de la obesidad*. Divide su conferencia en dos partes, en las que estudia las posibles relaciones entre glándulas endocrinas y obesidad en general, y su aspecto práctico.

Por lo que hace referencia a las glándulas endocrinas, las opiniones corrientes ocupan dos posiciones hasta cierto punto antagónicas. En la primera época de la endocrinología, era natural que se pretendiera explicar el origen de la obesidad por un trastorno hormonal, ya que al aparecer en la literatura médica un nuevo descubrimiento, se pretende con él explicarlo todo. De esta exageración se ha caído en la opuesta, llegándose a negar

toda influencia endocrina en la génesis de la gordura. Como siempre, la verdad se halla en el justo medio.

El conferenciante hace un resumen histórico del concepto de la obesidad y de las diferentes causas que se le han atribuido, desde la de retardo de nutrición, como pretendía Bouchrd, hasta la demostración de todo lo contrario, o sea, que lejos de ser un proceso de retardo de nutrición es un proceso activo, y que en lugar de ser debida a un déficit hormonal, es provocada por un exceso humoral.

Es tan importante el estudio que hizo el Dr. VILACLARA de la historia de este problema, que preferimos no comentarlo y remitir al lector el texto íntegro de esta conferencia, que ha sido publicado en el número anterior de *Anales*.

(Mes de Noviembre de 1952)

Día 11. — El académico numerario, muy ilustre Sr. Dr. D. Antonio PUIGVERT trató de *Prostatectomía perineal. Indicaciones, accidentes y secuelas*. Empezó diciendo que hay temas, en medicina, que parecen viejos, pero que, posiblemente a fuerza de viejos, les sucede lo que al vino, que van adquiriendo prestigio, cosa que ocurre con el tratamiento de la afección prostática.

Ha habido dos o tres momentos en el estudio y tratamiento de esta cuestión, que parecía haberse llegado ya a la meta; pero luego, nuevas aportaciones revolucionaban todo lo que se había aceptado como nuevo y parecía que todo se derrumbaba, para volver a reaparecer nuevamente. Esto ocurre con el tema elegido.

La prostatectomía perineal ya es vieja, y la repetición práctica de la misma ha permitido al conferenciante, acuciado por otros investigadores, a mejorar su técnica. De los cuatro métodos seguidos para la extirpación de la próstata, el de utilizar la vía perineal había caído casi en desuso, pues en estos últimos tiempos eran muchos los urólogos que no la habían ensayado o ni siquiera la haban presenciado. Pero es indudable que hay casos en que es indispensable practicarla cuando los enfermos no pueden soportar otro tipo de operación. Los que la han perfeccionado coinciden en su bondad y la recomiendan para ancianos, asmáticos, cardíacos, depauperados, etc., ya que es la que menores riesgos ofrece y menos daña a las vías respiratorias, pues permite toser y sentarse en la cama sin el menor ries-

go, por cuya razón bien merece que el cirujano le dedique sus mejores esfuerzos.

Entre 790 enfermos operados por el conferenciante, la incontinen-
cia postoperatoria alcanzó al 40 %, desapareciendo a los 13 días, y sólo
el 13 % llegó a los 30 días. Naturalmente que esta vía necesita un mejor
adiestramiento del cirujano, pues cuanto más se despeguen los tejidos del
recto menos peligros se corre de lesionarlos, y si el cirujano se aparta del
mismo, aunque se produzcan hemorragias se puede continuar la liberación
del bulbo fuera del espacio rectal. No afecta de una manera decidida a la
función sexual, cosa que, por otra parte, tampoco debe de tenerse muy en
cuenta, pues lo que importa es corregir el trastorno urinario. En unos casos
reaparece la potencia genésica, que había desaparecido, y el enfermo pa-
rece que se ha rejuvenecido después de operado.

Está indicada también en los pacientes obesos, que no pueden sopor-
tar otros métodos. Además, el riesgo de la celulitis, que se observa en la
retropúbica, aquí carece de importancia.

Se puede operar con azoemias de 0,50 a 2,50. La sutura y la sonda
permanente impiden que la orina se filtre y complique la operación. Los
cálculos vesicales no constituyen contraindicación, ya que pueden extraerse
fácilmente a través del cuello. En cambio, la contraindican los tumores,
por cuya razón es necesario extirpar el tumor además del adenoma.

El diagnóstico clínico debe completarse mediante cistogramas y pie-
logramas, que revelan la posible existencia de otras lesiones, y con el exa-
men cistoscópico para averiguar la posible existencia de tumores. Confir-
mado el diagnóstico, la conducta del cirujano deberá atenerse al estado
del paciente. Si hay hiperazoemia, se aplicará un tratamiento antiinfeccio-
so, y si la infección es importante, se practican lavados vesiculares con so-
luciones antisépticas débiles.

En los distendidos, hay hematuria, y mientras la hemorragia conti-
núa no puede operarse, de manera que es necesario examinar al enfermo
cada 24 ó 28 horas, ya que a pesar de vaciado el contenido, la tasa de
urea sanguínea puede persistir aumentada, toda vez que la hematuria pue-
de ser renal. Esta hematuria es debida a fenómenos provocados por el
descenso súbito de la tensión.

Deben dejarse transcurrir de 2 a 4 semanas hasta alcanzar la esta-
bilización de la función renal, siempre en la medida de lo posible, pero
sin olvidar que aquélla es deficitaria. El tratamiento será sintomático. En
caso de hipoazoemia, recomienda el conferenciante la aplicación de la sonda
permanente, sin necesidad de emplear antihemorrágicos, ya que la hemo-
rragia cesa por sí sola. Actualmente se ha abandonado el uso de opiáceos,

pues, aparte de su escasa utilidad, dificultan la evacuación intestinal y sólo consiguen provocar molestias.

Por lo que respecta a los posibles accidentes operatorios, debe tenerse en cuenta la herida del bulbo uretral, que se produce al apartarse del recto. Basta dar un punto para cerrar la herida y seguir hacia atrás para cortar el bulbo. Es posible también provocar una herida del recto si se intenta despegar las fibras del mismo adosadas a la cara posterior y que en aquel momento el enfermo haga un esfuerzo involuntario y produzca el desgarro, contratiempo que puede corregirse en el acto mediante una sutura.

Otro de los contratiempos es el desgarro de la cápsula prostática, incidente que carece de trascendencia y que se corrige mediante la sutura.

Entre las posibles complicaciones postoperatorias debe tenerse en cuenta la hemorragia, accidente excepcional y que suele carecer de importancia. Pero, en algunos casos, puede tenerla, ya que los coágulos de sangre pueden obstruir la luz de la sonda y dificultar la micción. Esta se restablece con la práctica de lavados y extracción de los coágulos.

Una cuarta parte de los enfermos suele presentar fiebre después de la operación, que llega a los 38°, y en algunos llega a alcanzar, el primer día, los 40°, cosa sin importancia, ya que es debida a los fenómenos de absorción local. Si persistiera, podrían darse antibióticos y antitérmicos.

En los operados por esta vía son raras las complicaciones pulmonares, ya que el operado suele sentarse en la cama la misma tarde del día de la operación. Cuando se usaban sondas de goma eran frecuentes las uretritis y periuretritis, cosa que hoy se evita con el empleo de sondas plásticas.

Es poco frecuente que se produzca fístula uretrorrectal, pero puede curarse con éxito completo. Un 20 % de operados acusan incontinencia de orina durante la primera semana; en otros llega esta molestia a persistir por espacio de dos o tres semanas, pero luego desaparece.

Por lo que respecta a la impotencia, no es mayor que con los otros métodos de tratamiento; ya se ha dicho que el objeto de la prostatectomía no es curar este estado, que el enfermo ya presentaba antes, sino curar la retención urinaria.

El Dr. PUIGVERT proyectó, en el curso de su disertación, una magnífica película en colores de una prostatectomía perineal, por la que el público médico que llenaba la sala de conferencias, pudo darse cuenta de la extraordinaria destreza operatoria de nuestro ilustre académico.

Día 18. — *Analgesia obstétrica y anoxia fetal* fué el título de la conferencia que dió este día el académico numerario muy ilustre Dr. Don Pedro NUBIOLA. Justifica el conferenciante la aportación de este tema el

hecho de que por periódicos y revistas se ha dicho que era peligroso y antinatural calmar el dolor de la mujer en el acto del parto. Y este asunto se ha discutido en academias médicas y fuera de ellas. Existen casos en los cuales es prudente aliviar los dolores del parto; para ello es preciso hacer un distinguo entre la analgesia y la anestesia.

Las objeciones que se han hecho a este proceder son de dos clases: unas de tipo religioso, pues Dios dijo a la mujer: "parirás tus hijos con dolor", y, por lo tanto, alguien ha dicho que contravenir a este mandato es falta grave. Pero el conferenciante dice que ha creído que esta manera de pensar no es exacta, pues Dios no dijo con cuántos ni qué clase de dolores debían pasar, y no hay duda de que las pobres mujeres los pasan aunque sea con la analgesia.

Se ha dicho que debía tenerse en cuenta la influencia psíquica; es decir, opinan que es un bien que la mujer tenga conocimiento del parto, que sufra y que todo ello deje un poso que dure toda su vida, haciendo más afianzada la maternidad. Pero no hay madre que no sepa que aquellos son sus hijos y que tenga necesidad de aquella influencia psíquica. Un especialista americano dice que si el parto se produce sin dolor se produce un vacío perjudicial para la madre. Y un profesor parisién, el día de apertura de curso, pronunciaba las siguientes palabras: "Si a una mujer embarazada se la duerme durante el parto, nace su hijo, se le coloca en una incubadora y sólo se le enseña alguna vez, y aun desde lejos, esta mujer no tiene ninguna noción de que es madre". Pero dice el Dr. NUBIOLA que debe distinguirse entre tomar a una mujer y dormirla de manera que no se entere de nada, o tan sólo aliviarle el dolor sin que llegue a perder la noción de las cosas. Debe distinguirse también de mujeres. Las hay, de tipo neurótico, que dicen que no quieren sufrir, y en este caso hay que hablarles claro y desengañarlas, diciéndoles que sólo conseguirán evitar el sufrimiento con anestesia profunda en una cesárea o parto forzado, y que, de otro modo, si el parto es normal, sólo se procurará aliviarlo.

En realidad, el tipo de analgesia que interesa es el de aliviar el dolor, sin llegarlo a suprimir del todo.

El parto tiene sus períodos, y en el de dilatación y expulsivos puede ser conveniente cargar un poco la mano, pero sin que la mujer llegue a perder la noción de las cosas, pudiendo conversar con los asistentes y aun tomar bebidas para calmar la sequedad de la boca.

Esta es la analgesia, o sea que se alivia el dolor, pero sin llegar a suprimirlo del todo, salvo en momentos, por segundos, para evitar que tenga un dolor exagerado, sobre todo en el período de expulsión.

Se muestra refractario al empleo de anestesia por inhalación, inyec-

ción, etc., pues ninguno de ellos satisface por completo y todos son más o menos tóxicos. En definitiva, se muestra partidario del llamado parto a la reina, o sea del empleo del cloroformo a dosis pequeñas sin necesidad de aparatos complicados y empleando la menor cantidad posible de anestesia, o usando sólo la necesaria para lograr la remisión de los dolores intensos.

El peligro que pueda correr el feto con esta manera de obrar es poco menos que nulo. Aquél deriva de la falta de oxígeno, que si es muy intensa puede llegar a producir la anoxia. Cita estadísticas numerosas que demuestran que la acción del cloroformo administrado a la parturienta a pequeñas dosis no influye absolutamente en la salud ni en el estado psíquico futuro del hijo.

El detalle de esta conferencia podrá encontrarse en el número de agosto de ANALES DE MEDICINA Y CIRUGIA, pero no estará de más repetir las conclusiones a que llegó el ilustre conferenciante.

1.º La analgesia durante el parto está indicada tanto desde el punto de vista científico como del humano y religioso.

2.º Carecen de fundamento las objeciones a la práctica de la analgesia en parte normal.

3.º A pesar de la serie de agentes modernamente ensayados, reúne las mayores ventajas la inhalación clorofórmica.

4.º La mayor parte de alteraciones, especialmente del aparato respiratorio fetal, que pueden ser atribuidas al empleo de la analgesia deben considerarse dependientes de la anoxemia.

5.º Aun cuando no puede negarse la toxicidad de todos y cada uno de los agentes anestésicos, puede considerarse evitado el peligro por medio de una buena técnica de administración.

6.º Es la observación atenta del latido del feto lo que permite reconocer el estado de sufrimiento del mismo.

7.º La anoxia, además de poder causar la muerte del feto y de producir lamentables lesiones que amenacen su vida en los primeros días después del nacimiento, puede tener, más tarde, importante repercusión en la vida del individuo.

El P. PUJULA dice que la frase evangélica: parirás los hijos con dolor, no debe considerarse como un precepto, sino como un castigo por la falta cometida. Moralmente, no podría eludirse un precepto; pero siempre es lícito suavizar los castigos; de manera que el tocólogo no debe tener ningún escrúpulo en calmar los dolores de la parturienta si lo considera necesario. De todas maneras, cree que si puede prescindirse de ello es preferible.

Cree que el peligro de las analgesias no reside en ellas mismas, sino

en la persona que las aplica y en la manera de hacerlo; debe tenerse mucha práctica, ya que fácilmente puede exagerarse el efecto y, moralmente, no puede repudiarse la idea de calmar el dolor, pero siempre a condición de que no se perjudique ni a la madre ni al hijo; por esta razón debe serse muy parco en el empleo de la anestesia, por inyección intravenosa de sustancias que pueden ser peligrosas.

El Dr. AGUSTÍ, académico corresponsal, cree que el peligro de la simple analgesia es nulo; pero si en una cesárea, por ejemplo, se da demasiada cantidad de cloroformo, puede resultar peligroso. En su larga experiencia, no ha visto ocurrir ningún accidente cuando el parto ha sido normal. Pero, en partos muy prolongados o en accesos de eclampsia es difícil decir si la muerte la ha provocado el cloroformo o ha sido debida a otras causas. Cree también que lo importante es seguir una buena técnica aplicando todos los cuidados necesarios, en cuyo caso el peligro será nulo si la mujer se halla en buenas condiciones. Tampoco acepta la anestesia por inyección intravenosa.

El académico corresponsal Dr. GARRIGA ROCA dice que debe estudiarse este problema desde un doble punto de vista: primero, si la anestesia se aplica por la necesidad de intervenir quirúrgicamente; segundo, si lo único que se pretende es lograr una analgesia para disminuir o suprimir los dolores de un parto normal.

Lo primero es importante, porque es necesario saber distinguir si las lesiones o muertes fetales habrán sido debidas al hecho de la intervención o a la acción del anestésico. Cree que la anestesia no es letal para el feto si ha sido bien administrada; pero el Dr. GARRIGA ha visto producirse un síncope por anestesia raquídea, que permitió recuperar a la madre, pero perdiéndose el feto.

Si se piensa que en el feto no es el aparato respiratorio, sino el sistema nervioso el más lábil, se ha de plantear la cuestión en el terreno de los posibles efectos inmediatos y de los tardíos. Se ha dicho que muchas perturbaciones mentales e incluso trastornos de crecimiento eran atribuibles a aplicaciones de forceps, etc. ¿Puede ser? Antes, el tocólogo se preocupaba únicamente de la distocia, sin pensar en el futuro del nuevo ser; los pediatras son los que deben decir cuál pueda ser el futuro de los hijos tenidos con partos intervenidos o simplemente analgésicos.

No puede creerse en los efectos inmediatos de una analgesia, ya que una mujer embarazada puede ser operada de apendicitis, etc., con anestesia total y el feto no se resiente de ello. Lo que no sabemos es lo que pueda pasar el día de mañana, de suerte que es muy conveniente averiguar si los

niños que presentan alteraciones sumáticas o defectos de desarrollo han sido habidos en partos intervenidos o solamente analgesiados.

El Profesor RAMOS, académico numerario, después de felicitar al doctor NUBIOLA por su interesante aportación, dice que la patología del recién nacido está cambiando rápidamente en nuestros días, conociéndose hoy enfermedades que antes eran totalmente ignoradas.

Por la lectura de libros antiguos se ve que antiguamente se atribuían al parto y a las anestias alteraciones fetales que no tienen nada que ver con aquéllos y se va descubriendo que cada día son menos los trastornos fetales que puedan atribuirse al acto del parto. Desde luego, la práctica demuestra ya de una manera evidente que son cada día más numerosos los niños que han nacido en partos asistidos con analgesia que no presentan la menor alteración.

Conviene en que el peligro de la anestesia está más en la manera de practicarla que en ella misma; y si un niño nacido de un parto asistido con analgesia presenta algún trastorno, debe buscarse en cualquier otra causa el origen del mismo, pero no en la analgesia.

El Dr. BIEL, académico corresponsal, dice que la brillante sesión de esta noche hará que se disipen muchas dudas, ya que, si realmente algunos tocólogos tenían todavía sus reservas y sus dudas que infundían al público, después de lo dicho esta noche, y por la autoridad de quienes lo han dicho, deben quedarse disipadas todas las dudas.

Quizá sería conveniente que se vulgarizara más el empleo de otros medios de analgesia menos peligrosos que el cloroformo, aunque éste lo sea tan poco. Quizá debería darse mayor popularidad al empleo del óxido nítrico y del trileño.

Debe darse mucha importancia a la duración del parto, pues es indudable que si el parto se prolonga demasiado puede ser peligroso para el hijo y aun para la madre. El tocólogo que sabe su obligación no debe permitir nunca que un parto se prolongue demasiado.

Las alteraciones del ritmo cardíaco y la expulsión de meconio no deben asustar demasiado, pero sí incitar a intervenir con dilatación bimanual y rotura de la bolsa de las aguas y no debe esperarse a que se dilate o se rompa y dé paso a un feto con sufrimiento de varias horas y quizá con lesiones cerebrales, que serán más peligrosas de lo que pueda ser después de una aplicación de forceps.

El Dr. TERRADES, académico numerario, dice que no ha visto jamás ningún accidente en los partos asistidos con cloroformo y éter, como tampoco los ha visto en la administración de opiados, que emplea algunas veces para prevenir un aborto.

Ha hecho intervenciones quirúrgicas en quistes de ovario en período de gestación, cuya intervención en algunos ha durado hasta una hora y el embarazo ha seguido normalmente hasta el fin sin que se notara nada de particular en el feto; lo cual demuestra que la analgesia no influye sobre aquél, aunque su vida intrauterina sea de pocos meses.

Debe tenerse presente que al acortar un parto con grandes dolores por contractilidad intempestiva del útero se presta un gran favor al feto. Moralmente, no hay ninguna razón para proscribir la analgesia ya que en muchas ocasiones es en beneficio de la vida del feto.

El Dr. MIRALBELL, académico corresponsal, confirma también la idea de que no debe establecerse ninguna relación directa entre los posibles estados patológicos del feto y la analgesia que haya podido emplearse en el acto del parto.

Al agradecer el Dr. NUBIOLA las frases que le han dirigido sus compañeros de academia y los importantes datos que han aportado a su conferencia, añade que en toda esta cuestión de los dolores del parto tiene gran influencia la psicosis de la mujer y refiere algunas anécdotas muy curiosas que avalan esta afirmación. Dice que si las mujeres pudieran desprenderse de todas las exageraciones que se han dicho respecto a este acto normal, tendrían mucho menos miedo. Es indudable que, a veces, los dolores son realmente intensos y, por lo tanto, si la analgesia permite disminuir su intensidad se hace un bien a la madre y al feto. Es necesario que cuando se descubra una lesión fetal se indague concienzudamente cuál pueda ser la causa de ella, entre estas tres: influencia de un accidente obstétrico, intervención obstétrica y la posible acción del analgésico.