

werden, und zum Studium dieser biologischen Verhältnisse benötigen wir die Hilfe der micro-physischen Chemie, und ist es verständlich, dass die Arbeiten, um die Verkrebsung zu erklären, in diesem Sinne orientiert werden müssen. Glücklicherweise kennen wir ja auch schon eine grosse Anzahl wichtiger Hypothesen, wie zum Beispiel die Bedeutung der zellulären Membrane mit Bezug auf ihre Durchlässigkeit, als eine derjenigen Bedingungen, die das Leben derselben regulieren; die Bedeutung der Beziehungen des protoplasmischen Kerns, und die Bedeutung der photo-elektrischen Effekte als anregende Ursache für die Veränderungen, die das regulierende Gleichgewicht für die Unterhaltung und die Reparierung der Gewebe verändern. Die irritierenden Agenten, die die Verkrebsung erklären, sind mannigfacher Art: physischer, mechanischer, chemischer, biologischer (Keime).

Im zweiten Teil seiner Arbeit bringt der Autor eine ganze Reihe praktischer, in der Klinik gemachter Erfahrungen, die die Idee bestätigen, dass der Cancer eine lokale Erscheinung ist, nachdem unter den fünftusend cancerösen Personen keine Daten zusammengetragen werden konnten, die auf einen gemeinsamen Faktor in der Crasie... hinweisen, mit Bezug auf Drüsen-Störungen, Vererbung, usw. Nur die Syphilis ist das einzige Gebiet, auf welchem der grösste Teil der Kanzer-Erkrankungen eine gemeinsame Grundlage gegeben werden kann, obgleich wiederum verständlich wird, dass dadurch nur eine Veranlagung geschaffen wird, denn ausserdem ist gewöhnlich noch irgend ein irritierender Agent notwendig, der den Beginn der lokalen Lesion erklärt, obgleich zuweilen dieser Agent in den lokalen von der Infektion selbst verursachten Lesionen zu suchen ist.

Die klinischen Untersuchungen beweisen die Möglichkeit den irritierenden Agenten zu studieren in den Fällen von Krebserkrankungen in Gegenden, die leicht beobachtet werden können.

Die Tatsache, dass die Hystologie oft Krebserscheinungen an Geweben zeigt, die aber sofort wieder heilen, wenn man rechtzeitig die irritierende Ursache entfernt, beweist die Bedeutung der Funktion der Gewebe in der Krebserkrankung, von dem Moment an, in dem die rein cancerösen Zellen in ihrer Evolution stillstehen bleiben und sich normalisieren.

Die vermutete störende Aktion der glandulären Veränderungen ist durch die klinische Untersuchungen nicht nachzuweisen. Der Organismus reagiert und trägt das seinige dazu bei, sich gegen den Krebs zu verteidigen, ohne dass jedoch den im Körper befindlichen Flüssigkeiten eine besondere Aufgabe zufällt.

Vom Krebs wissen wir jetzt schon genug, um denselben zu verstehen, obgleich diejenigen Personen, die auf eine einfache Ursache zurückgehen wollen, sich mit komplexen Lösungen nicht zufrieden geben. Wir wissen, dass es anfänglich um eine lokale Erkrankung handelt, die durch verschiedene Agenten hervorgerufen wird; wir wissen, dass die Gewebe nicht von dem Begriff der cancerösen Zelle getrennt werden kann, dass der Organismus durch den lokalen cancerösen Fokus empfindlich gemacht wird, bis schliesslich die canceröse Krisis des ganzen Organismus eintritt. Was wir noch nicht wissen, ist der intime Vorgang der Verkrebsung und ist es möglich, dass man letzten Endes in das Eigenleben der Zelle eindringen muss, zu welchem Zwecke man von der Hypothese, die sich mit der elektro-chemischen Theorie beschäftigt, nicht abgehen kann.

## CRÓNICA

### COMENTARIO ESTADÍSTICO DE LA OBRA MATERNAL DEL INSTITUTO DE LA MUJER QUE TRABAJA (Años 1921-1926)

por los doctores

S. DEXEUS FONT

Ex-profesor Auxiliar de obstetricia en la Universidad de Zaragoza, Correspondiente de la Real Academia de medicina

y

J. FARRIOLS CENTENA

Médico de la Casa de M. de Maternología de Barcelona

Este trabajo está destinado a dar a conocer la actividad de la Obra Maternal. Desde enero de 1921, en que se inauguró la Obra, hasta el 31 de diciembre de 1926, hemos practicado 1.352 asistencias. Dichas asistencias han sido llevadas a cabo por el personal de comadronas adscrito a nuestras visitas, bajo nuestra vigilancia inmediata. El control de la marcha del embarazo y del puerperio entra de lleno en nuestra esfera de acción. La comadrona actúa solamente bajo nuestra tutela inmediata y bajo reglas técnicas por nosotros dictadas y para los casos normales casi podríamos decir standardizadas. En el momento del parto, la asistencia es llevada a cabo por la comadrona si se trata de una eutocia, con la obligación por parte de esa de llenar una hoja clínica, a compás del desarrollo de las diversas fases de aquél. En el puerperio, está encargada de notar las curvas de temperatura y de pulso, además de los distintos datos de interés para la evolución de aquél (involución uterina, subida de leche, caracteres de los loquios, caída del cordón, lactancia, etc.). Esta forma de proceder, insituída desde la fundación de la Obra y seguida después rutinariamente, tiene la ventaja de proporcionar una mayor veracidad en los datos suministrados por las matronas. Nos es permitido suponer que aquellas no se ajustarían siempre a la verdad si permitiéramos que las hojas clínicas y las gráficas fuesen llenadas después de verificado el parto o transcurrido el puerperio. Es además satisfactorio entrar en posesión de los antecedentes de la enferma sin tener que recurrir a los datos proporcionados por la familia, que no siempre responden a la realidad. En caso de distocia, la comadrona estará siempre presente y la falta de aquellas quizás no se hará sentir con tanta intensidad; pero no es así si somos llamados para un puerperio patológico, pues en el momento de nuestra visita es muy fácil que la comadrona no esté presente. Esta manera de proceder proporciona entonces el doble beneficio de una mayor exactitud técnica y una economía de tiempo, factor éste nada despreciable.

La gráfica de temperaturas que lleva anexos los datos referentes al parto es incorporada a la historia clínica de que dispone naturalmente toda embarazada al ingresar al Dispensario. Al ser dada de alta, después del reconocimiento practicado a las 6 sema-

nas, es archivado para la confección de la estadística.

Nuestras 1.352 asistencias se reparten en la siguiente forma (teniendo independencia técnica nuestras visitas, desglosaremos los datos de ambos: V. F., significa visita Dr. FARRIOLS; V. D., visita Dr. DEXEUS).

CUADRO I

Años	Asistencias		Total asistencias
	V. F.	V. D.	
1921	9	11	20
1922	36	42	78
1923	72	60	132
1924	107	129	236
1925	170	197	367
1926	193	326	519

En a suma global los partos y los abortos están representados por las siguientes cifras:

CUADRO II

Partos		Abortos		Total
Número	Por ciento	Número	Por ciento	
1299	96	53	4	1352

V. F.—El número de asistencias, así como las complicaciones de interés más notorio observadas en dicha visita, están especificadas en el siguiente cuadro. Constan asimismo las intervenciones obstétricas, con distinción de su naturaleza y el número de madres y fetos perdidos.

CUADRO III

Partos asistidos	587
Partos distócicos	43
Fórceps	28
Versiones	4
Extracciones podálicas...	6
Fetotomías...	1
Cesáreas	3
Fetos muertos...	5
Fetos muertos después de nacidos...	3
Eclampsias	2
Infecciones puerperales graves...	3
Infecciones puerperales leves	8
Flebitis	1
Abscesos de la mama	3
Púerperas muertas de infección	2
Muerte repentina por embolia...	1
Abortos	12
Raspados por retención post-abortum	4
Mola vesicular	1
Suturas periné en partos normales...	12
» » » » distócicos...	39

En resumen: 0'51 % de mortalidad materna y 1'3 % de mortalidad fetal.

V. D.—En el estudio estadístico del movimiento de esta visita, haremos una primera distinción entre la patología del embarazo, parto y puerperio por una parte y la terapéutica por otra (véanse cuadros IV y V).

CUADRO IV

a) Patología del embarazo

Tuberculosis	5
Lúes	14
Diabetes	1
Nefritis crónica	1
Litiasis biliar	1
Hematuria...	1
Hidramnios	1
Embarazo ectópico y quiste del ovario...	1
Mola hidatídica	2
Abortos	41

b) Patología del parto

Partos prematuros...	15
Presentación de cara	2
Presentación podálica	22
Estrechez pélvica	10
Procidencia del cordón...	3
Hipertonía uterina	2
Eclampsia...	1
Placenta previa	1
Distocia por feto voluminoso	2
Lesiones vulvo-perineales	52
Desgarro tabique recto-vaginal...	1
Retención placentaria	2
Hemorragias del alumbramiento	5

c) Patología del puerperio

Hemorragia tardía del puerperio	1
Puerperio febriles...	45
Linfagitis de la mama...	19
Abscesos de la mama	2

CUADRO V

Terapéutica

Fórceps	42
Versión interna	4
Exacción podálica...	2
Alumbramiento artificial	4
Perineorrafia	52
Perineotomía	1
Episiotomía	10
Pubiotomía	1
Cesárea	5
Histerectomía	1
Sutura cuello uterino	1
Laparatomía por embarazo ectópico y quiste del ovario	1
Extracción cotiedones...	2
Pituitrina	6
Raspados	7
Analgesia obstétrica	10
Anestesiás rasquídeas	9

CUADRO VI

a) Madres muertas: 3

De infección puerperal...	2
De shock post-partum en enferma analgesiada con somníféne	1

b) Fetos muertos: 34

Muertos antes de comenzar el parto	9
» durante el parto	11
» » los 8 primeros días	14

## CUADRO VII

*Fetos muertos antes del parto : 9*

Lúes y macerados... ..	4
Lúes, sin macerar... ..	1
Macerado con 4 vueltas de cordón... ..	1
Nefritis crónica... ..	1
Prematuro de 7.º mes... ..	1
Macerado por causa desconocida... ..	1

## CUADRO VIII

*Fetos muertos durante el parto : 11*

Por Placenta previa... ..	1
» infección amniótica y hipertonia uterina... ..	1
» prociencia del cordón abandonada... ..	1
» » » en estrechez pélvica... ..	1
» estrechez pélvica. Parto rápido. Fórceps... ..	1
» parto de nalgas. Parto fácil y rápido... ..	1
» duración excesiva (3 días). Inercia. Parto espontáneo... ..	1
Por duración excesiva. Fórceps... ..	1
» asistencia defectuosa... ..	2
» causa desconocida... ..	1

## CUADRO IX

*Fetos muertos después del parto : 14*

Por prematuridad... ..	2
» » y lúes... ..	2
» » y mellizos... ..	2
» lesión meningo-encefálica después de parto espontáneo... ..	1
Por lesión meningo-encefálica después de fórceps (traumatismo obstétrico) en estrechez pélvica... ..	2
Por esclerema a los 5 días, después de versión interna en estrechez pélvica... ..	1
Por asfixia blanca después de parto de nalgas... ..	1
» asistencia defectuosa, casárea por estrechez, asfixia blanca y falta de personal para reanimarle... ..	1
Por neumonía a los 12 días. Mala conformación: intestino abocado en la vagina... ..	1
Por causa desconocida... ..	1

Los datos expuestos arrojan en esta visita una mortalidad materna de 0,41 % y una mortalidad fetal de 4,6 %.

\* \* \*

No dejan de tener interés los anteriores datos, aunque expuestos con un detalle que a primera vista pudiera parecer excesivo, por proceder de servicios en los cuales la previsión médica puede llevarse a cabo con una perfección difícilmente igualable. En las estadísticas de las Maternidades y Servicios de Obstetricia de los Hospitales Generales figuran en efecto, tanto las enfermas ingresadas de urgencia en el momento del parto como las que llevan unas semanas y unos meses de reposo en el establecimiento durante los últimos meses de la gravidez. Entre las primeras cabe además distinguir las que ingresan en trabajo de parto normal de las que sufren distocia, no siendo raro que estas últimas hayan experimentado uno o más intentos de extracción antes de su ingreso. Esto da a los resultados expuestos un valor muy relativo si no se hace una distinción terminante entre estas dos categorías de enfer-

mas: las asiladas con tiempo en la clínica y las procedentes del exterior. Existe, además, el dato, que debe ser tenido en cuenta, que las ingresadas con anterioridad al parto, lo son, en general, pocas semanas antes del mismo, excepto en los casos patológicos de la gestación. Todos estos factores son un obstáculo para poder precisar el papel bienhechor que la tutela médica practicada contemporáneamente con el comienzo del embarazo o por lo menos desde sus primeros meses puede ejercer sobre la vida y la salud de la madre y del hijo.

Nosotros estamos, por el contrario, en condiciones inmejorables para señalar la cuantía de los beneficios obtenidos con esta labor. El reglamento obliga a las afiliadas a consultar en el sexto mes, a lo más tardar; pero muchas de ellas acuden más tempranamente, sea para la vigilancia de un embarazo normal, sea para la corrección de alguna molestia o complicación. Evidente es, de todas maneras, que la cortedad de nuestras series no nos permite sentar conclusiones definitivas. La publicación de las estadísticas en años sucesivos, probablemente más nutridas que las actuales, darán mayor vigor o rectificarán nuestras primeras adquisiciones.

Las buenas condiciones en que nos encontramos para ejercer una eficaz profilaxia tocológica dependen pues, por una parte, de la instauración temprana de nuestra tutela. Pero faltaría a la verdad si no añadiese seguidamente el valor que representa para nuestra labor la colaboración con las demás visitas del Instituto (medicina, radiología, laboratorio, etc.), entre las que descuella por su eficacia de inteligencia con la Obra Maternal la de Sifiliografía que dirige nuestro amigo el Dr. CARRERAS.

Nos encontramos, pues, en condiciones óptimas para conducir el embarazo hasta su término natural, despistando una presentación fetal anormal, una estrechez pélvica, una cardiopatía, una toxemia, una sífilis, etc., con la mayor rapidez posible e instaurar el tratamiento adecuado con igual celeridad. El comienzo temprano de nuestra labor y la continuidad de la misma durante el curso del embarazo son, pues, factores primordiales, pero no exclusivos. No podemos pasar por alto el subsidio maternal, cuya percepción representa una ayuda social de gran valor y que hace más fácil el cumplimiento de las disposiciones médicas. Permite aquél observar un reposo más duradero antes y después del parto, atender mejor ciertas prescripciones higiénicas y dietéticas y moverse en un ambiente de euforia moral dentro del cual la Maternidad puede anunciarse bajo auspicios favorables. No insistimos sobre la cuantía del subsidio ni sobre las condiciones de percepción. En la Conferencia Nacional de Seguros (Barcelona, noviembre 1922), en el que tomamos parte, y en publicaciones ulteriores (1) hemos insistido bastante sobre este tema para que nos sea dispensado de volver sobre el mismo.

En posesión, pues, de estos elementos, veamos los resultados obtenidos. Llama ante todo la atención la escasez de abortos. Ello no es de extrañar,

(1) S. DEXEUS FONT.—La protección médico-social de la Maternidad. *Vida Femenina*, diciembre 1922.

pues en los primeros tiempos del funcionamiento de la Obra no se concedía la asistencia más que a la embarazada que había pasado previamente por el Dispensario. Al presentarse, pues, una interrupción temprana de la gestación, no habían cumplido las más de las veces este requisito. En el año actual, en que esta disposición se ha modificado, el porcentaje de abortos que asistimos ha aumentado notablemente.

Lo que la previsión pre-natal puede obtener, lo hemos obtenido nosotros con la labor del Dispensario, durante el embarazo: disminución apreciable de las presentaciones viciosas (3 % en V. D.) sin ninguna presentación transversal, y descenso considerable en el porcentaje de toxemias graves (3 eclampcias en 1.299 partos, o sea un 0,22 %). No queremos de todas maneras, dar a estas cifras una significación mayor de la que puedan tener. Debemos admitir, en efecto, la posibilidad de que una familia, sorprendida por la aparición brusca y amenazadora de unas convulsiones eclámpticas, reclamase la asistencia facultativa más próxima, la cual no era siempre precisamente la nuestra, particularmente en los tres primeros años de funcionamiento de la Obra, durante los cuales no disponíamos de la organización actual de comadronas por distritos o barrios. Podríamos así eliminar involuntariamente, un cierto número de toxemias sobrevenidas en enfermas de la Obra. De todas maneras, nuestra cifra está bastante por debajo de la normal para poderle conceder un valor digno de ser tenido en cuenta.

En el mismo orden de ideas, no queremos conceder significación a la rareza de la placenta insertada baja con manifestaciones clínicas o placenta previa (un solo caso).

De las tres muertes maternas en V. D., dos son por infección puerperal. La tercera debida a un shok post-partum en el cual influyó la analgesia obstétrica, fué debidamente comentada en un trabajo publicado anteriormente (1).

En uno de los casos de fiebre puerperal, fuimos llamados tardíamente, cuando la mujer llevaba ya días en trabajo de parto, con infección amniótica piretógena y feto muerto. La evacuación uterina no impidió que la sepsis siguiera su curso y, a pesar de todos los esfuerzos, fuese arrebatada en el cuarto día del puerperio por una septicemia hipertóxica.

El segundo caso de muerte por infección puerperal ya merece mayor atención, pues hubiese podido ser evitado en condiciones distintas. Tratábase de una primípara entrada en años, en la que una sencilla aplicación de fórceps en la vulva, resolvió rápida y eficazmente para el feto el problema de una duración excesiva del parto, que alteraba ya el ritmo cardíaco fetal. El alumbramiento no se presentó fácil. La placenta, todavía insertada, sangraba abundantemente y un Crede no fué seguido de éxito. Pero las dificultades aumentaron de pronto cuando decidimos practicar un alumbramiento artificial con anestesia, pues en una primera tentativa encontramos un marcado anillo de contracción. El cuadro

merece ser descrito. Como anestesiador, la comadrona; como ayudantes para sujetar las extremidades de la parturienta dormida, unos padres ancianos, vetustos, débiles para soportar el peso que se les había confiado, horrorizados ante el espectáculo que a la fuerza se les ofrecía (El tiempo apremiaba y no era cuestión de llamar a una vecina complaciente). Sobre una cama cuyas sábanas distaban mucho de ser limpias, con una vulva manchada continuamente por heces excrementicias, el alumbramiento por una parte harto laborioso, resultó ser por otra una magnífica y abundante siembra séptica de la herida placentaria. En efecto, una infección post-partum de tipo generalizado acabó al quinto día con la vida de la enferma. He aquí un caso, que de haber sido asistido en la Clínica, no hubiera tenido probablemente tal desenlace. Una colaboración subalterna eficaz, siempre a punto, puede en un gran número de casos obstétricos ser de un valor extraordinario. La práctica domiciliaria de la Obstétrica obliga demasiado a menudo a dolorosas renunciaciones y claudicaciones de esenciales principios quirúrgicos, de los que no sabría prescindir el cirujano general, incluso para la ejecución de técnicas comparativamente de una mucha menor importancia. La única manera de solventar este difícil problema es fomentar el acogimiento de las embarazadas en la Clínica para el momento del alumbramiento. Es en este camino que veníamos laborando en la Obra Maternal, con resultados, de momento, alentadores.

Nuestra mortalidad puerperal ha sido de 4 %. Consideramos como puerperio febril el que pasa una o más veces de 37,5, excepción hecha del primer día, pues consideramos la fiebre de trabajo como un fenómeno normal del puerperio.

Se han intervenido el 9 % de las parturientas. Digamos de paso que entre las operaciones practicadas figuran ocho cesáreas, sin mortalidad materna. En una publicación ulterior insistiremos sobre las indicaciones que motivaron dichas intervenciones.

Analizando ahora los datos de mortalidad fetal en V. D., vemos que tanto en el grupo de los fetos muertos antes del parto, como en los perdidos durante el mismo, existen cierto número de casos que hubieran podido evitarse con una técnica distinta. Consideramos un error el interpretar como mortalidad obstétrica solamente la que afecta a los fetos que mueren en el curso del trabajo del parto, como en muchas estadísticas se hace. Un feto muerto durante el embarazo por toxemia (convulsiones eclámpticas, desprendimiento prematuro de la placenta normalmente insertada) ¿no merece acaso figurar entre las muertes fetales de causas obstétrica con los mismos honores que el traumatizado por una intervención en el momento del parto? Por otra parte, un feto muerto durante el embarazo por una lúes no diagnosticada no es verdaderamente una muerte obstétrica, pero es una baja que el obstetra debe cargar en su estadística, como un caso posiblemente evitable con un diagnóstico mejor y un acertado tratamiento. Hay que reconocer

(1) S. DEXEUS FONT.—A propósito de la analgesia obstétrica con el Somnifeno. *Revista española de Obstetricia y Ginecología*. Enero 1926.

de todas maneras, que el límite entre las muertes fatales evitables y las inevitables, es un poco difuso y que, en ciertas circunstancias, es difícil catalogar un determinado caso. Yo prefiero siempre en los dudosos inclinarme a creer que con otra técnica o bajo otras manos, el resultado hubiera sido más favorable. No hablo del aspecto ético, el cual tiene también su valor; pero en el terreno especulativamente científico, esta manera de proceder estimula constantemente el mejoramiento de los resultados. Casi es supérfluo el añadir que estoy convencido, como lo están la mayoría, de que las estadísticas dicen lo que se les permite decir y que las que más enseñan no son precisamente las más brillantes. Todo ello no conduce, naturalmente, a la simplificación de la interpretación de los resultados; pero en este aspecto, como en otros muchos, lo más sencillo dista mucho de ser lo más exacto.

Volviendo, pues, a mis cifras, hago dos grupos, el de muertes evitables y el de inevitables, dentro de cada uno de los cuales podría distinguir tres sub-grupos, según haga referencia a muertes ocurridas durante el embarazo, el parto o el puerperio.

Catalogo entre las inevitables: 1.º muertos durante el embarazo: un feto nacido de una nefrítica crónica; un macerado por causa desconocida, sin que se encontraran datos clínicos ni de laboratorio que permitieran sospechar una sífilis; un macerado con cuatro vueltas apretadas de cordón; finalmente, un prematuro de 7.º mes, nacido de una madre que había parido ya dos fetos prematuros y muertos, con ausencia de manifestaciones clínicas y con WASSERMAN negativo y en la que por los antecedentes se hizo un tratamiento sin resultado.

2.º Muertos durante el parto: un feto nacido espontáneamente en presentación de nalgas, con una sencilla maniobra de MAURICEAU, habiéndose oído perfectamente el corazón fetal hasta el último momento; un caso de infección amniótica con hipertensión uterina (1), a pesar de buena asistencia; finalmente un parto de larga duración, con dilatación penosa que dura 3 días y en el que se oye el corazón fetal hasta el último instante.

3.º Muertos después del parto: dos prematuros de 7.º mes, uno a los 3 días, de causa desconocida, otro a los doce días, de neumonía.

En el grupo de las muertes fatales evitables, cuento seis fetos perdidos por defectuosidades en la asistencia médica; casi siempre por haber sido llamado tardíamente, en el momento del parto. Con personal auxiliar de que actualmente disponemos, confiamos que este grupo puede llegar a desaparecer.

Cinco fetos muertos antes del parto y uno después del mismo por sífilis no tratadas, ¿hubiesen podido ser salvados? Trátase de enfermas en las cuales no habían manifestaciones clínicas ni estigmas hereditarios; sólo en una había antecedentes obstructivos. Una WASSERMANN practicada después del

parto dió la clave de la muerte fetal. En estos casos la lúes es solamente humoral y la única manera de despistarla y, por lo tanto, de salvar al hijo instituyendo un tratamiento oportuno y precoz, consiste en practicar una seroreacción a todas las embarazadas. Este proceder, fácil de aplicar en una visita hospitalaria, tropieza con serias dificultades en una Mutualidad.

Cinco fetos mueren, finalmente, de lesiones recibidas en el momento del parto: uno en una estrechez pélvica marcada, la cual rompe aguas a un centímetro de dilatación, el cordón se hace providente y el feto muere antes de que se pudiera acudir en su auxilio. En este caso no era posible salvar el feto, aunque la enferma hubiera estado internada en la Clínica, pues su muerte fué muy rápida. Hoy que en la casi totalidad de los casos esperamos la prueba del parto en las estrechas pélvicas, estamos siempre expuestos a la contingencia de un prolapso grave del cordón. Con la anti-gua técnica de cesarizar en el término del embarazo, este feto hubiese vivido. A pesar de ello (sólo hemos tenido un caso mortal en más de 1.000 partos) creemos preferible intentar casi siempre la prueba del trabajo.

Un segundo feto muere en el momento de la intervención: BRAXTON-HICKS por placenta previa parcial y metrorragia grave. Solucionado quirúrgicamente por vía alta—hoy seguiría esta conducta—este caso no contaría con una muerte fetal en su activo.

Finalmente, cuatro fetos mueren después de su paso por una pelvis estrecha: uno después de parto espontáneo y rápido, tres después de un parto operatorio. En uno de estos tres casos, se trataba de una presentación de cara, mento-posterior que no rodaba. Una versión interna dió un feto vivo, que muere a los cinco días de esclerema. Los otros dos nacen con lesiones meningo-encefálicas graves después de aplicaciones de fórceps muy laboriosas; en un caso era una estrecha pélvica de 8 ½ a 9 cm. de C. V.; en el último, si bien no había estenosis ósea, el feto, era voluminoso, estaba en Derecha posterior, deflexionado y no profundamente encajado y tanto por las dimensiones de la cabeza fetal como por su actitud, existía una evidente desproporción pélvico-fetal. En los dos casos, los fetos extraídos asfícticos blancos, no pudieron ser reanimados. Una ampliación pelviana hubiese probablemente dado plena satisfacción en estas circunstancias. También en un trabajo ulterior nos ocuparemos de este asunto.

Noviembre 1927.

(1) Este caso ha sido publicado en S. DEXEUS FONT. Distocias por hipertensión uterina. *Revista Española de Medicina y Cirugía*. Agosto 1925.