

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS  
República de Guatemala, Centro América.

CONSIDERACIONES SOBRE LA ANALGESIA OBSTETRICA  
(DEMEROL)

---

TESIS

PRESENTADA A LA JUNTA DIRECTIVA  
DE LA  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS  
DE LA  
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
POR

**JORGE PELLECCER GOMEZ**

Ex-interno de los servicios de Maternidad, Ginecología, Vías Urinarias y  
Tercera Sala de Medicina de Mujeres del Hospital General.  
Ex-presidente de La Juventud Médica.

EN EL ACTO  
DE SU INVESTIDURA DE  
**MÉDICO Y CIRUJANO**



NOVIEMBRE DE 1946

TIPOGRAFÍA SÁNCHEZ & DE GUISE  
8ª Avenida Sur Nº 30.

## INTRODUCCION

Preocupación de la Medicina y del Médico ha sido siempre aliviar el dolor, martirio bíblico que acompaña al hombre perpetuamente.

Esa preocupación no ha olvidado lo que podríamos llamar el dolor fisiológico, tal como el dolor del parto, simbólico sufriendo que eleva la dignidad de la mujer madre. A todas ellas mis votos de admiración y el deseo de que el presente trabajo alivie un tanto sus mayores horas de amargura.

## HISTORIA

La idea y el deseo de aliviar el dolor fisiológico del trabajo, en Obstetricia, ha sido preocupación de varias generaciones de Tocólogos, quienes han ensayado una serie de procedimientos, difíciles unos, peligrosos otros, serie numerosa que por sí indica la ineficacia o peligrosidad de ellos, subsistiendo hasta nuestros días los que han triunfado de la experimentación. Describo en este trabajo, un procedimiento o mejor dicho, un pequeño recurso nuevo entre nosotros, como es el uso del DEMEROL en la analgesia del parto. Con ello no pretendo ni ser original, ni reconocer un procedimiento exento de crítica. Mis propósitos son poner al alcance del Obstetra o del Médico en general, obligado por las circunstancias a la atención del parto, un método fácil, inocuo para madre e hijo, con las ventajas de sedar el dolor sin inhibir la contracción uterina, cualidades que debe tener todo procedimiento con idénticas pretensiones.

Ya a mediados del siglo pasado, Simpson recurrió al éter para hacer versión. Unos meses más tarde recurría al cloroformo con el mismo objeto. Sin embargo, contemporáneos suyos se opusieron a todo procedimiento anestésico por perturbar la contracción uterina. De allí nació la idea de que el cloroformo tuviese una doble acción: empleado a altas dosis (dosis quirúrgicas) provoca anestesia profunda o total, con resolución muscular; o bien a dosis débiles que provocan sólo anestesia al dolor, sin pérdida absoluta del conocimiento.

Fueron Simpson, Murphy, Right y Clark los primeros en notar esta dualidad de acción del cloroformo. Este último fué quien en 1853 aplicó cloroformo a la reina Victoria para su octavo parto. Fué así como nació en Inglaterra, lo que aún se llama

anestesia a la reina. Este método ganó rápidamente numerosos partidarios en América y Europa. No sucedió lo mismo en Francia. P. Dubois, en 1847, experimentó por primera vez el éter en el parto normal; pero accidentes, en aquel entonces atribuidos al anestésico, quizá mejor imputables a la infección puerperal, entorpecieron la difusión de la anestesia obstétrica en Francia.

Después es ensayado el éter, pero se le objeta que es exponer a un peligro grave, por una función fisiológica; luego, que aumenta la duración del trabajo, entorteciendo la contracción uterina y por fin que favorece las hemorragias.

Después sucesivamente han sido empleados el cloral, por enemas, de acción retardada: la morfina, la cocaína y otros medicamentos llamados los pequeños recursos en la analgesia del parto.

Desde hace poco tiempo, gran número de preparados comerciales, han invadido el capítulo de analgesia obstétrica, con ventajas de seguridad y eficacia. Citaremos sólo a título de ilustración la escopolamina, la morfina, el pernoctón, el pentobarbital y otros. Ninguno de ellos, ni sus combinaciones, ha llegado a ser el analgésico ideal. Júzguese pues, que la experiencia que presente no es sino un número más en esa larga lista. A comprobar sus ventajas o desventajas está encaminado el presente trabajo.

## ANATOMIA

### Inervación uterina.

El útero posee una abundante provisión de nervios cuyas funciones, sin embargo, parecen ser más bien reguladoras que primarias. Esto se puede demostrar *IN VITRO*. El parto según Williams progresa satisfactoriamente en los animales de laboratorio, después de seccionar todos los nervios que van al útero; pero sobre todo por el hecho de que el útero grávido de la mujer desde la última etapa de la vida intrauterina, hasta después de la menopausia puede contraerse rítmicamente varias horas después de extirpado, si es sumergido en solución de Locke, tibia y abundantemente provista de oxígeno.

Los nervios del útero vienen sobre todo del simpático, y parcialmente del sistema cerebro-espinal y el parasimpático.

Ya en el siglo XVIII, había sido estudiada la inervación uterina por Walter y Haller. Pero fué Lee y Frankenhauser, los que estudiaron a fondo esta parte del útero. El sistema parasimpático o autónomo, está representado en cada lado por el nervio pélvico que está formado por algunas fibras derivadas del segundo, tercero y cuarto nervios sacros y que se pierden en el ganglio de Frankenhauser. El sistema simpático llega a la pel-

vis por intermedio del plexo hipogástrico, que parte de la bifurcación del plexo aórtico inmediatamente debajo del promontorio, y que después de descender por cada lado se pierde también en el plexo de Frankenhauser. Este consiste en ganglios, de diversos tamaños, pero principalmente en una amplia placa ganglionar, situada a cada lado del cuello, inmediatamente arriba del fondo del saco posterior y frente al recto.

Las ramas de estos plexos se dirigen al útero, la vejiga y la parte superior de la vagina y están formados de fibras mielínicas y amielínicas. Algunas de ellas acaban en terminaciones libres entre las fibras musculares, mientras que otras caminan hacia la superficie libre del endometrio. No se ha llegado a determinar si se encuentran o no células ganglionares en las paredes del útero o de las trompas.

Tanto los nervios simpáticos como parasimpáticos, contienen fibras motrices y algunas fibras sensitivas cuyas funciones son en gran parte antagónicas; las primeras provocan contracción muscular y vasoconstricción, mientras que las segundas inhiben la contracción y provocan la vasodilatación. Como el plexo de Frankenhauser deriva de ambas fuentes es lógico que comparta las propiedades de ambas. Desde 1926 los nervios de los órganos genitales han adquirido un interés definitivamente práctico, puesto que Segonod y otros, afirman que varias afecciones pélvicas dolorosas, pueden ser aliviadas definitivamente por la sección del plexo hipogástrico al que designan con el nombre de nervio presacro.

## FISIOLOGIA DEL PARTO

El parto es el proceso que tiene como consecuencia la separación del producto maduro o casi maduro de la concepción, del interior del útero y su expulsión del organismo materno.

*Causas que desencadenan el parto.*—Desde hace mucho tiempo los investigadores han tratado de encontrar los factores que sean capaces de comenzar el parto, pero hasta ahora sólo teorías se han emitido. Entre estas teorías podemos mencionar las siguientes:

- 1.—La creciente irritabilidad del útero, demostrable por las frecuentes contracciones del final del embarazo.
- 2.—Dilatación del cuello por la parte que se presenta.
- 3.—Cambios en la caduca: reblandecimiento, adelgazamiento y trombosis.
- 4.—Exceso de ácido carbónico o falta de oxígeno en la sangre placentaria, que obra sobre los centros nerviosos.

5.—Acción anafiláctica de la sangre fetal.

6.—Senilidad de la placenta.

7.—Influencias hormonales.

Mucho se ha discutido respecto a estas teorías y otras tantas pero aún nada seguro se ha concluído. Sin embargo la experimentación *IN VITRO*, mucho nos ha enseñado.

*Contracciones del parto.*—Con el principio del parto, las contracciones intermitentes e indoloras que habían persistido durante el embarazo, son reemplazadas por otras de intensidad creciente, dando lugar a fuertes dolores y llevando a cabo la dilatación del cuello y la expulsión del feto y de la placenta.

Las contracciones uterinas, lo mismo que todas las de los otros músculos lisos, son independientes de la voluntad; pero al mismo tiempo pueden ser afectadas por las emociones, y cualquier excitación súbita puede retardarlas o hacerlas más violentas.

La contracción principia lentamente, alcanza poco a poco su máximo, y entonces gradualmente disminuye de intensidad, siguiendo al proceso activo, una pausa de alguna duración. Estas contracciones uterinas van casi siempre acompañadas de sensación dolorosa, por lo que se llaman dolores del parto. Los dolores comienzan casi siempre en la región sacra, y después, lentamente, pasan al abdomen y a los muslos. En las primeras fases del parto, son debidos probablemente a la compresión de las terminaciones nerviosas que se encuentran entre las fibras musculares uterinas; pero en los últimos momentos son aumentados por la distensión y dilatación de las partes blandas, y se hacen más marcados cuando la cabeza distiende la vulva. Generalmente los dolores finales son muy intensos, y pueden ser casi insoportables.

### PATOLOGIA DEL PARTO

Muchas son las distosias que pueden existir, mas sólo debemos recordar las que al dolor se refieren: tales son la ausencia del dolor produciéndose un parto analgésico espontáneo, descrito por los autores y que no necesita de los recursos obstétricos de sedación. También está la irregularidad en el tiempo y duración de los dolores. Estos podrán ser intensos y cortos, de aparición retardada, o bien suaves y tolerables, e irregulares. (Me refiero a los dolores que no concuerdan con el fenómeno fisiológico de la dilatación cervical).

## QUIMICA DEL DEMEROL

EL DEMEROL es un Etil-1, Metil-4, fenil piperidina-4; carboxilato o isonipecaína.

De propiedades analgésicas y antiespasmódicas, generales francas, crea hábito.

Es absorbible por la vía muscular, subcutánea o endovenosa. Produce fenómenos de acumulamiento. Se elimina por la orina (75%).

### TECNICA

Se inyectará en los casos corrientes por la vía intramuscular, cuando la dilatación oscile entre 2 y 8 cms., cuando los dolores sean fuertes y regulares y cuando las condiciones del niño lo permitan (a término y con foco bueno). No deberá inyectarse una nueva ampolla de DEMEROL, antes de que hayan pasado por lo menos dos horas de la inyección anterior.

### INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES

EL DEMEROL en principio, se usará como sucedáneo de la morfina y por lo tanto tiene las mismas indicaciones y contraindicaciones de la misma. Se usará pues, como sedante, siempre que la presentación sea normal, es decir, que corresponda a presentación de vértice en cualquiera de sus variedades (derecha o izquierda). Cuando la pelvimetría sea normal, tanto la interna como la externa, pues de lo contrario toda sedación será peligrosa, dada la precocidad que cualquier intervención debe tener y siendo los dolores el índice de progresión del trabajo, en mala hora se oscurecería ese índice.

De lo anterior pueden deducirse ya las contraindicaciones de la droga en estudio. Toda presentación anormal es una contraindicación formal del uso del DEMEROL. Como anormal, en nuestro caso, se considera la presentación podálica en primíparas, que fisiológicamente hablando puede ser normal.

Contraindicación es también la proximidad de la segunda etapa del parto; en otra sección del presente trabajo, exponemos por qué en las últimas cuatro horas que preceden al nacimiento no debe usarse ningún sedante, para no interrumpir la lucidez y el esfuerzo de la madre y la vitalidad fetal.

No deberá usarse el DEMEROL en las mujeres hipotónicas y depresibles y cuyo temperamento no se agravará con ningún sedante.

**CUADRO COMPARATIVO ENTRE MORFINA,  
HEROINA Y DEMEROL**

	<i>Mortalidad.</i>	<i>Eficacia. (1)</i>
Morfina . . . . .	2%	1%
Heroína. . . . .	2%	2%
Demerol. . . . .	0%	10%

**Observación número 1**

J. H., de 18 años, P0, G3, 3 abortos. Ultimo ciclo menstrual: 10 de Enero de 1946. Parto probable: 17 de Octubre de 1946. Parto efectuado: 15 de Octubre de 1946. Ingresas con 2 cms. de dilatación. P. V.; OIIA. Encajada. Bolsa entera. Dolores fuertes, regulares, cada 10 minutos.

Se inyectan 2 ampollas de DEMEROL (2) intramusculares, la una en el momento del ingreso, y la otra cuando hay 6 cms. de dilatación. Después de cada ampolla los dolores se calman, mientras la dilatación es completa. La expulsión dura 35 minutos. Niño varón, sano. Alumbramiento normal.

**Observación número 2**

J. F., de 31 años, P6, G7. Ultimo ciclo menstrual: 25 de Enero de 1946. Parto probable: 2 de Noviembre de 1946. Parto efectuado: 18 de Octubre de 1946. Ingresas con 6 cms. de dilatación. P. V.; OI DP. Encajada. Bolsa entera. Dolores fuertes, regulares, cada 20 minutos.

Se inyecta una ampolla de DEMEROL intramuscular y los dolores se suavizan para retornar 7 horas más tarde habiendo avanzado la dilatación hasta 8 cms. Expulsión rápida: 40 minutos. Niño, sexo femenino: sano. Alumbramiento: normal.

**Observación número 3**

R. G., de 24 años, P0, G1. Ultimo ciclo menstrual: 22 de Enero de 1946. Parto probable: 29 de Octubre de 1946. Parto efectuado: 16 de Octubre de 1946. Ingresas con 6 cms. de dilatación. P. V. OIIA. Encajada. Bolsa rota. Dolores muy fuertes cada 3 minutos.

Se inyecta una ampolla de DEMEROL; se alivian poco los dolores y con 10 cms. de dilatación se inyecta otra ampolla. Los dolores desaparecen y el trabajo se detiene completamente. Se espera hora y media y luego se hace aplicación de forceps. (Tarnier). Niño varón: sano. Alumbramiento: natural.

**Observación número 4**

C. D., 21 años. P0; G1. Ultimo ciclo menstrual: 15 de Enero de 1946. Parto probable: 24 de Octubre de 1946. Parto efectuado: 17 de Octubre de 1946. Ingresas con 3 cms. de dilatación. P. V.; OIIA. Insinuada. Bolsa entera. Dolores fuertes, regulares, cada 15 minutos.

Se inyecta una ampolla de DEMEROL y los dolores se tornan suaves. La dilatación alcanza 9 cms. y los dolores aumentan después de 4 horas de reposo. Expulsión: dura 35 minutos. Niño: sexo femenino: sano. Alumbramiento: natural.

**Observación número 5**

M. A. de H., 30 años. P0, G1. Ultimo ciclo menstrual: 7 Enero de 1946. Parto probable: 15 de Octubre de 1946. Parto efectuado: 21 de Octubre de 1946. Ingresas con 5 cms. de dilatación. P. V.; OI DP. Encajada. Bolsa rota. Dolores muy fuertes cada 10 minutos.

Se inyecta una ampolla de DEMEROL y los dolores se alivian rápidamente; reaparecen a la hora de la primera inyección y se vuelve a inyectar otra ampolla (con dilatación de 7 cms.) Los dolores disminuyen, tornándose suaves hasta la dilatación completa. Expulsión: dura 40 minutos. Niño sexo femenino: sano. Alumbramiento: natural.

**Observación número 6**

P. E., 24 años, P0, G2, 1 aborto. Ultimo ciclo menstrual: 10 de Enero de 1946. Parto probable: 17 de Octubre de 1946. Parto efectuado: 11 de Octubre de 1946. Ingresas con 2 cms. de dilatación. P. V.; OIIA. Encajada. Bolsa entera. Dolores de mediana intensidad.

Se inyecta una ampolla de DEMEROL y los dolores desaparecen durante hora y media; vuelven aparecer fuertes y se inyecta otra ampolla, con 5 cms. de dilatación. Los dolores se calman durante 2 horas y media aproximadamente. Expulsión dura 30 minutos. Niño sexo masculino: sano. Alumbramiento: natural.

(1) La eficacia es el poder de sedación de los dolores, tomando en cuenta las cualidades de cada droga; por eso hemos calculado esa eficacia en % considerando el porcentaje más alto, como el de mayor eficacia; así en el cuadro anterior, es el DEMEROL el que presentó mayores ventajas.

(2) Cada ampolla equivale a 100 mlgrs.

### Observación número 7

M. E. P., de 24 años, P2, G3. Ultimo ciclo menstrual: 26 de Enero de 1946. Parto probable: 3 de Noviembre de 1946. Parto efectuado: 20 de Octubre de 1946. Ingresa con 4 cms. de dilatación. P. V.; OIIA. Encajada. Bolsa rota. Dolores muy fuertes cada 10 minutos; regulares.

Se inyecta una ampolla de DEMEROL y los dolores se calman durante 3 horas; la dilatación se completa y el período de expulsión dura 55 minutos. Niño de sexo masculino; sano. Alumbramiento: natural.

### Observación número 8

J. C., de 26 años, P2, G3. Ultimo ciclo menstrual: 13 de Enero de 1946. Parto probable: 20 de Octubre de 1946. Parto efectuado: 13 de Octubre de 1946. Ingresa con 2 cms. de dilatación. P. V.; OIIP. Cabeza insinuada. Bolsa entera. Dolores regulares, cada 15 minutos, de regular intensidad.

Se inyecta una ampolla de DEMEROL y los dolores se calman durante 6 horas, para volver a empezar, fuertes, cuando la dilatación ha alcanzado 7 cms. Se inyecta nueva ampolla de DEMEROL; los dolores se suavizan, sin desaparecer completamente. La dilatación completa se alcanza 5 horas más tarde. Expulsión de 35 minutos. Niño de sexo masculino; sano. Alumbramiento: natural.

### Observación número 9

A. M., de 17 años, P0, G1. Ultimo ciclo menstrual: 14 de Enero de 1946. Parto probable: 22 de Octubre de 1946. Parto efectuado el 21 de Octubre de 1946. Ingresa con 2 cms. de dilatación. P. V.; OIIA. Cabeza insinuada. Bolsa rota. Dolores fuertes, regulares, cada 15 minutos.

Se inyecta una ampolla de DEMEROL y los dolores se calman. Foco bueno. Los dolores reaparecen fuertes 10 horas más tarde. Hay expulsión prolongada, con expulsión de meconio y el niño nace muerto. Debemos hacer la consideración de que el DEMEROL fué inyectado 10 horas antes y que el foco fué controlado personalmente. Atribuimos la pérdida del niño a un trabajo muy prolongado. Niño sexo masculino; muerto. Alumbramiento: natural.

### Observación número 10

D. H., de 38 años, P4, G5. Ultimo ciclo menstrual: 24 de Enero de 1946. Parto probable: 31 de Octubre de 1945. Parto efectuado: 19 de Octubre de 1946. Ingresa con 3 cms. de dilatación. P. V.; OIIA. Encajada. Bolsa entera. Dolores fuertes, regulares, rítmicos, cada 15 minutos.

Se inyecta una ampolla de DEMEROL y los dolores se alivian notablemente. Reaparecen al cabo de dos horas y media; se completa la dilatación. Expulsión de 40 minutos. Niño sexo femenino; sano. Alumbramiento: natural.

### Observación número 11

M. M. C., de 22 años, P0, G1. Ultimo ciclo menstrual: 24 de Diciembre de 1945. Parto probable: 10 de Octubre de 1946. Parto efectuado: 19 de Octubre de 1946. Presentación podálica; OPDP. Bolsa rota. Dolores muy fuertes, regulares, cada 10 minutos.

Se inyecta una ampolla de DEMEROL; los dolores se calman durante 2 horas para volver a empezar de nuevo, regulares, cada 5 minutos. El parto es normal y el niño nace en perfectas condiciones. Niño sexo masculino; sano. Alumbramiento: natural.

### Observación número 12

E. Z., de 30 años, P2, G3. Ultimo ciclo menstrual: Febrero de 1946. Parto probable: Noviembre de 1946. Parto efectuado: 23 de Octubre de 1946. Ingresa con 3 cms. de dilatación. P. V. OIIA. Encajada. Bolsa rota. Dolores muy fuertes, regulares, cada 3 minutos.

Se inyecta una ampolla de DEMEROL y los dolores no se alivian absolutamente nada; a las 2 horas se inyecta nueva ampolla de DEMEROL y esta vez los dolores se alivian notablemente. La dilatación llega a 10 cms. a las 4 horas. Expulsión: 30 minutos. Niño sexo masculino; sano. Alumbramiento: natural.

### Observación número 13

M. L. B., de 18 años, P0, G1. Ultimo ciclo menstrual: 13 de Enero de 1946. Parto probable: 20 de Octubre de 1946. Parto efectuado: 12 de Octubre de 1946. Ingresa con 4 cms. de dilatación. P. V. OIIA. Encajada. Bolsa rota. Dolores fuertes, regulares, cada 10 minutos.

Se inyecta una ampolla de DEMEROL y los dolores se alivian notoriamente. La dilatación se completa a las 5 horas de inyectada la ampolla. Expulsión: normal. Niño sexo masculino: sano. Alumbramiento: natural.

#### Observación número 14

O. C., de 24 años, P3, G4. Último ciclo menstrual: 18 de Enero de 1946. Parto probable: 25 de Octubre de 1946. Parto efectuado: 26 de Octubre de 1946. Ingresada con 4 cms. de dilatación. P. V. OI DP. Encajada. Bolsa rota. Dolores regulares, cada 10 minutos, fuertes.

Se inyecta una ampolla de DEMEROL y los dolores desaparecen. Dos horas más tarde vuelven aparecer más fuertes, regulares, cada 3 minutos y la dilatación llega a 8 cms. Expulsión: 40 minutos. Niño sexo femenino: sano. Alumbramiento: natural.

#### Observación número 15

C. P., 25 años, P2, G4, 1 aborto. Último ciclo menstrual: 2 de Enero de 1946. Parto probable: 10 de Octubre de 1946. Parto efectuado: 9 de Octubre de 1946. Ingresada con 7 cms. de dilatación. P. V. OIIA. Encajada. Bolsa rota. Dolores muy fuertes, regulares, cada 4 minutos.

Se inyecta una ampolla de DEMEROL y los dolores se tornan suaves y soportables. La dilatación completa es alcanzada en hora y media. Expulsión normal, de 30 minutos. Niño de sexo masculino, sano. Alumbramiento: natural.

NOTA.—El Demerol fué usado sin ningún accidente. La madre sólo sintió sensación de atarantamiento y poca náusea de efímera duración (15 a 20 minutos). El feto no dió signos de sufrimiento, en ninguna de las observaciones.

*Son auténticas,*

DR. R. ALVAREZ.

## CONCLUSIONES

1ª—La administración de sedantes en Obstetricia, debe hacerse con extremada prudencia, pues la mayor parte de las drogas indicadas con este propósito, pueden tener acción nociva sobre la madre y con mayor frecuencia sobre el producto de la concepción.

2ª—Sin embargo, siendo imperativo el uso de analgésicos en casos determinados, nos proponemos en este trabajo, hacer ver las ventajas del DEMEROL, sobre los sedantes clásicos, usados rutinariamente, por las siguientes razones:

- a) No ejerce acción nociva sobre la madre sana.
- b) No se le puede imputar ninguna muerte fetal en su empleo.
- c) No entorpece el ritmo de la contracción uterina y por lo tanto no prolonga el trabajo.
- d) No tiene acción narcotizante sobre la madre ni el niño.
- e) No actúa sobre el centro vulvar respiratorio del niño.
- f) No altera el tonus muscular uterino; por lo tanto no se registraron estados de contractura en nuestras observaciones.
- g) No favorece las hemorragias del alumbramiento por la razón anterior.

3ª—Por lo tanto concluimos que el DEMEROL reúne muchas ventajas sobre los preparados Morfina, Heroína y Barbitúricos, siempre que esté sujeto su empleo a las condiciones siguientes:

- a) En embarazadas normales a término. En estas condiciones se consideran las presentaciones verticales con pelvimetría normal.

- b) Usado cuando la dilatación cervical oscila entre 2 y 8 cms., en primíparas y entre 2 y 6 cms. en multíparas.
- c) No repetir una segunda inyección, si no han transcurrido por lo menos 2 horas desde la primera dosis.

En cuanto a la Analgesia Obstétrica por vía caudal, estimamos que el DEMEROL sería un excelente coadyuvante o reemplazante.

JORGE PELLECCER G.

Imprimase,  
C. M. GUZMÁN,  
Decano.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.—Clínica Obstétrica.—*Jaime Moragues Bernart.*
- 2.—Précis de Obstetrique.—*Fabre.*
- 3.—Principles and Practices of Obstetrics.—*De Lee. Greenhill.*
- 4.—Terapéutica Farmacológica.—*Mario Soto.*
- 5.—Obstetricia.—*Williams.*
- 6.—Parto Breve y Analgésico.—*Dr. A. Recinos.*
- 7.—Folleto Winthrop.—Demerol.

## PROPOSICIONES

<i>Anatomía Descriptiva</i> . . . . .	Utero.
<i>Anatomía Topográfica</i> . . . . .	Región ínguino-crural.
<i>Anatomía Patológica</i> . . . . .	Cirrosis atrófica.
<i>Bacteriología</i> . . . . .	Basilo de Neisser.
<i>Botánica Médica</i> . . . . .	Digital.
<i>Clínica Quirúrgica</i> . . . . .	Raqui-anestesia.
<i>Clínica Médica</i> . . . . .	Exploración pulmonar.
<i>Física Médica</i> . . . . .	Esfigmomanómetro.
<i>Fisiología</i> . . . . .	Respiración.
<i>Higiene</i> . . . . .	Profilaxia contra la Tifoidea.
<i>Histología</i> . . . . .	Piel.
<i>Medicina Legal y Toxicología</i> . .	Intoxicación por barbitúricos.
<i>Obstetricia</i> . . . . .	Presentación podálica.
<i>Parasitología Médica</i> . . . . .	Treponema pallidum.
<i>Patología General</i> . . . . .	Edemas.
<i>Patología Médica</i> . . . . .	Enfermedad mitral.
<i>Patología Quirúrgica</i> . . . . .	Oclusión intestinal.
<i>Patología Tropical</i> . . . . .	Paludismo agudo.
<i>Pediatria</i> . . . . .	Parálisis infantil.
<i>Psiquiatria</i> . . . . .	Esquizofrenia.
<i>Técnica Operatoria</i> . . . . .	Operación cesárea (Puga).
<i>Química Biológica Médica</i> . . .	Metabolismo de los Lípidos.
<i>Clínica Médica Orgánica</i> . . . .	Fósforo.
<i>Química Médica Inorgánica</i> . . .	Salicilato de sodio.
<i>Terapéutica Farmacológica</i> . . .	Eter.
<i>Terapéutica Clínica</i> . . . . .	Tratamiento del Asma.