



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
República de Guatemala, Centro América.

**PREVENCION DE LAS COMPLICACIONES
DEL TERCER PERIODO DEL PARTO POR EL METHERGIN**

TESIS

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

FABIO A. ROSALES M.

Ex-interno por oposición de los Servicios: Consulta Externa del Hospital General; Cirugía de Niñas; Primer Servicio de Medicina de Mujeres; Servicio de Emergencia; Servicio de Traumatología y Ortopedia de Hombres y de Mujeres; Hospital Neuro-Psiquiátrico. Ex-interno de los Servicios: Ginecología, Sección "A"; Tercer Servicio de Cirugía de Hombres. Ex-practicante de los Consultorios de Sanidad Municipal y Cruz Blanca; Servicio de Fisioterapia del Hospital Militar.

EN EL ACTO DE SU INVESTIDURA DE

MEDICO Y CIRUJANO

NOVIEMBRE DE 1950

Tip. "SANCHEZ & DE GUISE"
8* AVENIDA SUR NÚMERO 30.—TELÉFONO 2707.

ANATOMIA DE LA PLACENTA

La placenta en el embarazo a término está representada por un órgano en forma de torta pesando unos quinientos gramos y guardando este último una relación con el feto de uno a seis; cuando la sífilis acompaña al embarazo la placenta es de mayor tamaño que en los casos normales. Su cara materna es de color rojo vinoso, brillante, distinguiéndose los cotiledones, más o menos salientes y separados por los tabiques intercotiledoneanos; su cara fetal, tapizada por el amnios, permite distinguir por transparencia el color y relieve de los vasos que se dirigen al punto de implantación del cordón. Además queda limitada por un borde recorrido por la vena circular, colector de las venas de los espacios intervelllosos.

El espesor corriente de la placenta es de un centímetro y medio a dos centímetros y su anchura es de quince a diez y ocho centímetros.

En cuanto a su forma, que la toma según el punto donde se inserte el óvulo, puede ser: circular irregular, membranosa, bilobulada, trilobulada, en forma de herradura, en raqueta, difusa, circunvalada, succenturiada. En cuanto a sus relaciones de unión con el útero puede ser: acreta o incrustada, placenta adherente, placenta espuria.

Con respecto a su consistencia hay blandas y muy vasculares y otras duras con abundante tejido fibroso sin ser patológicas.

El acto fisiológico que pone fin al embarazo es el parto, el cual consta de tres períodos, no ocupándose de los dos primeros por ser este trabajo dedicado al último.

El mecanismo del parto en el tercer período está representado por el alumbramiento o sea la expulsión de la placenta.

Haré un breve estudio de él y de las complicaciones que pueden sobrevenirse donde el uso del nuevo medicamento denominado Methergin ha causado gran modificación y evitado tantas muertes.

La expulsión de la placenta consta de tres actos: separación o desprendimiento, descenso y expulsión propiamente dicha.

El momento en que se efectúa el desprendimiento de la placenta es discutido, unos opinan que se verifica una vez salido el niño, sin embargo, en la operación cesárea se ha comprobado que aun después de la extracción del nuevo sér la placenta permanece adherida al músculo uterino.

Poco después de expulsado el feto desaparecen las contracciones uterinas, denominándose esta situación reposo fisiológico, pero luego el útero inicia de nuevo su actividad contráctil acompañándose a la vez de la retracción del mismo. Su altura en estos momentos es de diez y seis a diez y ocho centímetros y su anchura en la parte más ancha es de doce centímetros; el derrame sanguíneo es mínimo y se acompaña de líquido amniótico. Al contraerse el útero disminuye la superficie de contacto con la placenta, y como ésta no se retrae ni contrae, no le queda más que tomar una forma globulosa; las contracciones continúan y siéndole imposible a la masa placentaria conservar la armonía que tenía con su continente, no le queda más que iniciar su desprendimiento, que puede ser central o periférico. Todo esto va acompañado de dolores análogos a los de la salida del niño, verificándose cada cinco minutos, el útero asciende de tres a seis centímetros y su anchura disminuye a nueve centímetros.

La forma del primer desprendimiento es llamado también a la Baudelocque. Se forma el hematoma

retroplacentario debido a una afluencia mayor de sangre a vasos de pequeño calibre de la capa esponjosa, los cuales sufren la rotura de sus paredes y le dan salida. Esta corriente sanguínea aumenta en cantidad y se insinúa entre las capas de la caduca basal o serotina separando así la placenta de la pared uterina, la zona de separación es la capa esponjosa.

Levantándose la placenta en su centro por estar adherida por sus bordes, el hematoma aumenta, se considera como uno de los factores desencadenantes del desprendimiento, pero la contracción uterina es el factor esencial.

En el desprendimiento a la Baudelocque la placenta se expulsa como un paraguas invertido saliendo después las membranas.

Como había mencionado dos formas de desprendimiento, la segunda es llamada a la Duncan o sea que lo hace por su borde, las membranas anteceden a la placenta.

Una vez desprendida bajo la influencia de la contracción uterina, cae en el segmento inferior, la despliega, y luego cae a la vagina. Al encontrarse en el piso perineal aparecen en la parturienta deseos de pujar, los que determinan la expulsión de la placenta y de las membranas. El derrame sanguíneo es tardío y sigue al desprendimiento en el mecanismo a la Baudelocque; precoz y casi simultáneo en la forma a la Duncan.

Normalmente el derrame oscila entre quinientos a cuatrocientos gramos, no es mayor porque las fibras uterinas aprisionan y ligan los senos y vasos intrauterinos "ligaduras vivientes" de Pinard.

La contractilidad y retractibilidad de la fibra uterina es factor determinante y casi exclusivo del desprendimiento normal y control de la hemorragia postparto.

ASISTENCIA DEL ALUMBRAMIENTO NORMAL

Cuando se ha desprendido la placenta, el útero toma una forma globulosa y dura, de consistencia leñosa formándose así el globo de seguridad de Pinard, demostración de buena hemostasia e índice de buena retracción y a la vez de vacuidad uterina.

Se esperará los signos que indican la separación de la placenta y su expulsión del segmento superior del útero, además de los cambios en altura y anchura que mencioné al principio. Encontramos además los siguientes:

1°—El cordón se vuelve flácido y sale otros diez a doce centímetros más de la vulva;

2°—El cuerpo uterino al elevarse lo hace hacia el hipocondrio derecho, apreciándose a la vez un tumor blando en la región pubiana;

3°—El útero toma una forma globulosa;

4°—Al hacer presión de abajo arriba sobre el útero el cordón no experimenta ningún movimiento, seña que está desprendida la placenta.

Una vez que la placenta se encuentra en la vagina o parcialmente en ésta y en el segmento inferior del útero, la vejiga debe estar vacía, el útero contraído y en la línea media. Debe indicársele a la paciente que haga esfuerzos y si no se logra entonces se tomará el útero con toda la mano, pulgar hacia la pared anterior y se le empuja hacia abajo en la dirección del eje umbilico coccígeo, suavemente y sin realizar movimientos de expresión, a esta maniobra se le denomina expresión temprana. Al distenderse la vulva por la placenta la mujer puja y sale la placenta, cae por su propio peso, y arrastra consigo las membranas.

Si las membranas están adheridas la placenta no cae y debe hacerse tracción suave sin torsión para impedir que queden restos adheridos. Luego un masaje sobre el útero. No debe tirarse del cordón si no se ve la placenta en la vulva.

Si la placenta no sale en el término de una hora, tiempo durante el cual se harán dos o tres expresiones sencillas se recurrirá a las siguientes maniobras.

La maniobra de Credé la menciono para que no se haga: expresión del útero semejante a cuando se quiere expulsar la semilla de una fruta.

Inconvenientes:

1°—Antifisiológica.

2°—Da lugar a hemorragia grave.

3°—Relajación anormal del útero.

4°—Retención de parte de la placenta, de las membranas y ocasiona daño a la musculatura uterina.

Método de Brandt.

Debe esperarse el desprendimiento de la placenta, su descenso al segmento inferior y parte superior de la vagina. Se toma el cordón umbilical con la mano derecha muy cerca de la vulva y se coloca la mano izquierda sobre el abdomen, de manera que las superficies palmares se apliquen sobre la superficie anterior del útero, a nivel de la línea de unión del cuerpo con el segmento inferior.

Ejerciendo una presión ligeramente suave hacia arriba y hacia atrás; si la placenta no está adherida al útero que asciende no tira del cordón y ejerciendo ligera tracción sobre este último, se logra extraer la placenta.

ALUMBRAMIENTO PATOLOGICO

Entre las causas que originan este síndrome, el cual se traduce por las hemorragias del alumbramiento, citaré: la inercia uterina, la ruptura de la sinergia funcional, la placenta acreta o incrustada, la placenta adherente y la placenta espuria.

La pérdida sanguínea en el tercer período del parto oscila entre 400 y 500 c. c. Sin embargo, hay casos en que esta cantidad llega a 1,500 o 2,000 gramos poniendo en peligro la vida de la madre.

Se ha visto que hay mujeres que resisten a grandes hemorragias y otras que aun con mínimas cantidades de sangre perdida mueren. El volumen sanguíneo total representa el 8-10 por ciento del peso corporal y puede llegarse a perder hasta un tercio del total de sangre, sin mayores trastornos, siempre que los mecanismos reguladores del equilibrio hemocirculatorio actúen suficientemente.

Debe también tomarse en cuenta otros dos factores:

1°—La duración total del alumbramiento; 2°—La rapidez de la hemorragia; ésta en gran cantidad en un mínimo de tiempo es más grave que otra de igual cantidad que se verifique en un tiempo más largo.

La hemorragia en su origen es diversa y puede provenir de desgarros vaginales, del clitoris y roturas uterinas y en especial del cuello.

Debe vigilarse la marcha clínica del alumbramiento, vigilando como dije al principio las modificaciones del útero porque puede ser muy intensa la hemorragia y el tocólogo no darse cuenta por ser retroplacentaria y originar la muerte por anemia aguda.

Orientará sobre este último síndrome lo siguiente: palidez creciente de los tegumentos y mucosas, opresión, sed de aire, angustia, taquicardia, hipotensión arterial, respiración superficial. Puede presentarse agitación, la opresión es más acentuada, la enferma se

sofoca, las mucosas de pálidas que eran se vuelven cianóticas, el síncope aparece y la enferma es víctima del fatal síndrome.

Se presentan casos en que la muerte es tardía como consecuencia de degeneraciones parenquimatosas o la formación de focos necróticos.

Sin embargo, aunque no se llegue a este extremo está plenamente establecido que toda mujer que sufre de una hemorragia intensa se restablecerá con más dificultad, la secreción láctea es menor y el organismo está expuesto a la infección.

ESTUDIO CLINICO DE LAS HEMORRAGIAS DEL ALUMBRAMIENTO

1.—Hemorragias del período de inercia fisiológica. Insisto en que debe excluirse las hemorragias que son ajenas al cuerpo uterino y cuello, pero cuando están asociadas a las otras que mencioné constituyen las hemorragias mixtas. Se deslindará por el tacto vaginal y hasta intrauterino si hay necesidad, por un examen con el espéculo o con valvas vaginales.

2.—La contractibilidad puede ser normal pero si hay fuertes adherencias entre útero y placenta la hemorragia puede ser grande y el útero aumentar en poco tiempo rápidamente de altura, constituyéndose una hemorragia intra y extra uterina.

RETENCION DE LA PLACENTA Y DE LAS MEMBRANAS

La duración normal del alumbramiento es de una a dos horas y no siempre la retención de la placenta es causa de hemorragia.

La demora en la expulsión de la placenta se presenta en casos en que esta última contrae relaciones

anormales con el útero y se observa cuando se trata de una placenta adherente y aun es más grave en casos de placenta acreta o incrustada. La placenta succenturiada expone a hemorragias graves y tardías por eso es muy importante la revisión atenta de la placenta después del alumbramiento.

Toda retención es grave porque expone no sólo a la hemorragia y a una involución anormal sino que también a la infección.

TRATAMIENTO

Profiláctico:

Se efectúa cumpliendo con las normas que mencioné anteriormente y además no descuidando una vez expulsada la placenta de un examen prolijo de la misma, así como la vigilancia de la cantidad de sangre derramada en el momento de la expulsión y aun dos o tres horas después.

Debe revisarse la cavidad uterina en los siguientes casos:

1.—Cuando hay evidencia de que la placenta no está íntegra.

2.—Cuando hay hemorragia abundante y no hay plena seguridad de la integridad del útero y de la placenta.

Curativo:

1°—Masaje uterino.

2°—Inyección subcutánea de hipofisina, diez unidades de pituitrina o una ampolla de ergotamina.

3°—Expresión simple.

4°—Método de Mojon Gabastou o alumbramiento hidráulico.

5°—Método de Credé con los inconvenientes mencionados.

6°—Sedación profunda. Suprime las contracciones profundas del anillo de Bandl (Distocia de Bandl).

7°—Método de extracción manual.

APLICACION DE METODOS HEMOSTATICOS

1.—Métodos de aplicación externa o abdominal.

Puede lograrse comprimiendo el abdomen con el objeto de obstruir la arteria aorta contra la columna y se efectúa con el puño. En mujeres delgadas puede lograrse inclinar el útero hacia el arco pubiano lográndose así la hemostasia “compresión pubio-manual de Fochier.

2.—Medios hemostáticos de aplicación vaginal.

Método de Arendt: consiste en la tracción fuerte del cuello uterino con pinzas de anillos.

Método de Henkel: Tracción en la misma forma, pero inclinando el cuello, primero hacia un lado se coloca una pinza de anillos sobre el borde del útero, luego igual maniobra y se coloca otra pinza igual en la misma forma, el objeto es comprimir los vasos uterinos laterales. Método peligroso por correr el riesgo de lesionar la vejiga o los uréteres.

3.—Medios hemostáticos intrauterinos.

a) Método de Sejournet: introducida una mano empuñada en la cavidad uterina, masaje externo sobre el cuerpo del útero; peligroso por la gran predisposición a la infección.

b) Como recurso para el transporte de una enferma a un centro hospitalario se aconseja el taponamiento uterino. Método peligroso por dar gran predisposición a la infección, además da gran mortalidad.

c) En centro hospitalario, en casos extremos, histerectomía sub-total, de momento difícil de decidir no sólo por el estado de la enferma sino también por la situación en que dejará a la misma, ya que es una operación mutiladora.

Después del breve estudio que he hecho sobre el tercer período del parto entraré en materia sobre el nuevo medicamento.

Dado el número de antibióticos modernos que han aparecido, en los últimos años las muertes por infección materna han disminuído considerablemente, sin embargo, la mortalidad materna por hemorragia durante el parto es grande, según De Soldenhof llega a más de la mitad. Como se ha visto por el estudio hecho al principio el número de recursos para cohibir la hemorragia post-parto es numeroso y sin embargo, no llenan del todo el fin que el tocólogo persigue y sí los logra con el nuevo producto denominado Methergin que tan bondadosamente me lo proporcionó la casa "Sandoz" para este trabajo.

Estudios farmacológicos intensos, Stoll, Rthin, Kirchof, Racely y colaboradores han demostrado que el Methergin (metil ergometrína) es dos veces más activo en la estimulación del útero embarazado de la coneja que la ergometrína natural, además tiene la ventaja de carecer de la acción simpaticolítica de la ergometrína (Gynergeno).

Gill establece que 0.20 miligramos de Methergin corresponderían a 0.30 miligramos, hasta 0.40 miligramos de ergometrína.

Su acción por vía endovenosa es rápida, de 20 a 50 segundos; su efecto contractivo sobre el útero es de mayor duración que la ergometrína.

La casa Sandoz en su literatura aconseja el uso del Methergin por vía endovenosa, intramuscular, subcutánea o por vía oral.

Iniciado en el trabajo que los doctores Arturo Zeceña M. y Osberto Rosales M. presentaron en el Congreso de Ginecología y Obstetricia en la ciudad de

México en el mes de Abril del año 1946, sobre el uso del Neo Ginergeno en la pared uterina y de acuerdo con ellos se decidió usar esta nueva substancia en la misma forma, contribuyendo a demostrar que existe aún otra forma más, para su aplicación.

Contrariamente a la ergotamina, carece de efecto simpático adreno-lítico y por lo tanto puede ser empleada en presencia de trastornos circulatorios.

Técnica (tomada del trabajo mencionado):

1.—Ligando el cordón inmediatamente que nace el niño permanecen en la placenta 107 c. c. de sangre pasando al niño 294 c. c.

2.—Ligando inmediatamente después de que cesan los latidos del cordón, permanecen en la placenta 65 c. c. y en el niño 336 c. c.

3.—Si la misma maniobra se hace hasta que la placenta se ha desprendido, en ella sólo quedan 5 c. c. de sangre, gran ventaja sobre todo en los prematuros.

4.—El ayudante, o, en ausencia de éste, el propio operador, localiza el fondo del útero a través de la pared sobre un campo estéril.

5.—Apreciar el grosor de la pared para calcular lo que debe introducirse la aguja.

6.—Llevar el intestino hacia la parte superior y la vejiga hacia abajo en caso de que estos órganos se encuentren interpuestos entre la pared y el útero. Introducir la aguja perpendicularmente donde se siente el fondo, llevando el útero hacia la línea media que contribuye también a evitar el pinchamiento de la vejiga.

7.—Introducir la aguja "hasta sentir una resistencia especial" entre los dedos índice y medio de la mano izquierda que están sosteniendo el útero, colocados en forma de V con el ángulo abierto hacia la cara de la enferma.

8.—Aspirar un poco, para evitar inyectar en un vaso o en la cavidad uterina y luego depositar en pleno músculo uterino el contenido de la jeringa, o sea 1 c. c. de Methergin.

9.—El útero se contrae rápidamente, la placenta se desprende y con esto se logra que la sangre pase casi en su totalidad al niño, gran ventaja como ya dijimos, sobre todo si se trata de débiles o prematuros.

10.—Luego de puesta la inyección se hace pujar a la paciente y la placenta sale con facilidad, a veces es necesario hacer una ligera expresión para ayudar a los esfuerzos maternos a la expulsión.

11.—Ligadura, sección, etc., del cordón.

12.—A la palpación del útero se comprueba la contracción y su buena tonicidad.

13.—Cuidados del post-partum igual que en los casos corrientes.

INDICACIONES

1°—Primíparas y multíparas.

2°—Antecedentes de atonía *post-partum* en partos anteriores.

3°—En partos bajo anestesia.

4°—En parto gemelar hasta el nacimiento del segundo gemelo.

CONTRAINDICACIONES

1°—Durante el período de dilatación y expulsión.

2°—En parto gemelar, aunque esta contraindicación es relativa porque puede usarse después que ha salido el segundo niño.

3°—En operaciones abdominales anteriores en que se sospeche adherencia de víscera hueca a la pared.

Momento en que usamos el Methergin.

En la literatura que hemos encontrado aconseja que dicho medicamento puede usarse en dos momentos: inmediatamente después del desprendimiento o de la expulsión de la placenta a la dosis de $\frac{1}{4}$ a $\frac{1}{2}$ c. c., o subcutáneo en los partos sin anestesia y a la dosis de 1 c. c. por vía endovenosa en los partos bajo anestesia.

Inyección endovenosa de 1 c. c. de Methergin en el momento de la aparición del hombro anterior debajo de la sínfisis o inmediatamente después de nacido el niño. Nosotros lo usamos en este último caso, con la diferencia que lo inyectamos por vía trans-abdominal en la pared uterina.

En los Estados Unidos de América se usa mucho la vía endovenosa, ya que predomina el número de partos atendidos bajo anestesia y se sabe que ésta es factor de mayor relajamiento del útero y de mayor hemorragia.

OBSERVACIONES

1º de Agosto.

Observación número 1.

E. M., 23 años, primípara. Forceps por agotamiento. Parto a las 13 horas. Methergin en el útero a las 13 horas. Expulsión de la placenta a las 13 horas 2 minutos.

Observación número 2.

I. G., 42 años, múltipara. Parto normal a las 22 horas. Methergin en el útero a las 22 horas. Expulsión de la placenta a las 22 horas 2 minutos.

Observación número 3.

F. S., 30 años, múltipara. Parto normal a las 17 horas. Methergin en el útero a la misma hora. Expulsión de la placenta a las 17 horas 1 minuto.

10 de Agosto.

Observación número 4.

E. M., 16 años, primípara. Parto normal a las 23 horas. Methergin en el útero a las 23 horas. Expulsión de la placenta a las 23 horas 1 minuto.

Observación número 5.

T. S., 24 años. Secundípara. Parto normal a las 20 horas. Methergin en el útero a la misma hora. Expulsión de la placenta a las 20 horas 1 minuto 30 segundos.

20 de Agosto.

Observación número 6.

G. B., 22 años. Primípara. Podálica a las 20 horas. Methergin en el útero a las 20 horas. Expulsión de la placenta a las 20 horas 1 minuto.

Observación número 7.

T. B., 25 años. Primípara. Parto normal a las 9 horas. Methergin en el útero a las 9 horas. Expulsión de la placenta a las 9 horas 1 minuto.

23 de Agosto.

Observación número 8.

M. T., 18 años. Secundípara. Parto normal a las 7 horas. Methergin en el útero a la misma hora. Expulsión de la placenta a las 7 horas 1 minuto.

Observación número 9.

J. T. C., 33 años. Múltipara. Parto normal a las 12 horas. Methergin en el útero a las 12 horas. Expulsión de la placenta a las 12 horas 2 minutos 30 segundos.

Observación número 10.

A. R. M., 22 años. Primípara. Parto normal a las 21 horas. Methergin en el útero a las 21 horas. Expulsión de la placenta a las 21 horas 2 minutos.

28 de Agosto.

Observación número 11.

A. R. V., 32 años. Múltipara. Parto normal a las 12 horas. Methergin en el útero a las 12 horas. Expulsión de la placenta a las 12 horas 1 minuto 30 segundos.

Observación número 12.

L. R. J., 22 años. Primípara. Methergin en el útero a las 23 horas. Parto normal a las 23 horas. Expulsión de la placenta a las 23 horas 1 minuto 55 segundos.

Observación número 13.

M. R. M., 32 años. Multípara. Parto normal a las 18 horas. Methergin en el útero a las 18 horas. Expulsión de la placenta a las 18 horas 2 segundos.

8 de Septiembre.

Observación número 14.

A. R. J., 25 años. Primípara. Parto normal a las 20 horas. Methergin en el útero a las 20 horas. Expulsión de la placenta a las 20 horas 1 minuto.

10 de Septiembre.

Observación número 15.

J. R. L., 20 años. Primípara. Parto normal a las 15 horas. Methergin en el útero a las 15 horas. Expulsión de la placenta a las 15 horas 2 minutos 30 segundos.

16 de Septiembre.

Observación número 16.

J. M. E., 35 años. Multípara. Parto normal a las 21 horas. Methergin en el útero a las 21 horas. Expulsión de la placenta a las 21 horas 1 minuto.

Observación número 17.

M. S., 20 años. Primípara. Cesárea por desproporción feto materna. Methergin después de la extracción del feto en la pared uterina. Se observó contracción uterina.

Observación número 18.

I. L., 32 años. Multípara. Parto normal a las 9 horas. Methergin en el útero a las 9 horas. Expulsión de la placenta a las 9 horas 3 minutos.

20 de Septiembre.

Observación número 19.

L. R. J., 17 años. Primípara. Parto normal a las 16 horas. Methergin en el útero a las 16 horas. Expulsión de la placenta a las 16 horas 1 minuto.

Observación número 23.

C. G., 25 años. Secundípara. Parto normal a las 23 horas. Methergin en el útero a las 23 horas. Expulsión de la placenta a las 23 horas 1 minuto.

Observación número 24.

E. S. P., 25 años. Primípara. Cesárea por distocia del cuello. Methergin en la pared uterina después de la extracción del niño. Contracción uterina. Hemorragia abundante tres horas después. Methergin en el útero a través de la pared abdominal; la hemorragia se detuvo.

Observación número 25.

C. H. G., 28 años. Secundípara. Cesárea por inminencia de ruptura uterina. Methergin en el útero después de la extracción del niño. La contracción del útero fue parcial. Hemorragia seis horas después. Methergin en el útero a través de la pared abdominal; la hemorragia se detuvo.

CONCLUSIONES

1°—Menor pérdida de sangre. La cantidad de sangre que normalmente es de 500 c. c. se reduce aproximadamente a 200 c. c.

2°—Acortamiento del alumbramiento, el cual se reduce a un minuto, a partir del momento de la puesta de la inyección.

3°—No necesita de segundo ayudante, pues se tiene la jeringa conteniendo 1 c. c. de Methergin en la mesa estéril.

4°—En las mujeres con malas venas no hay problema.

5°—No favorece la retención placentaria.

6°—Contracción del útero al principio del puerperio y una pronta involución uterina.

7°—En los prematuros o débiles se les da la mayor cantidad de sangre que tiene la placenta pues se inyecta el Methergin antes de ligar el cordón y la cantidad de sangre que queda en la placenta se reduce a 5 ó 10 c. c. aproximadamente.

FABIO A. ROSALES M.

Imprimase,

DR. C. M. GUZMÁN,

Decano.

Vº Bº,

DR. R. OSBERTO ROSALES M.

BIBLIOGRAFIA

- Carl Henry Davis.*—Gynecology and Obstetrics.
Jennings C. Litzenberg.—Sinopsis de Obstetricia.
Alfred C. Beck M.—Práctica de Obstetricia.
Lawrence R. Wharton.—Ginecología.
Manuel Luis Pérez.—Compendio de Clínica Obstétrica.
Richard W. Te. Linde.—Ginecología Operatoria.
Juan León.—Semiología Operatoria.
José Rabago.—Manual de Obstetricia.
Joseph B. De Lee y J. P. Greenhill, B. S.—Principios y Práctica de Obstetricia.
Crossen y Crossen.—Enfermedades de la Mujer.
Ignacio Chávez.—Enfermedades del corazón. Cirugía y embarazo.
J. P. Greenhill.—Anuario de Obstetricia y Ginecología.
Adrián Quiroz Rodiles.—Obstetricia Práctica.
Prensa Médica Argentina.
Revista de la Sociedad de Ginecología y Obstetricia Mexicana.
O. Jürgens.—Manual Práctico de Obstetricia y Ginecología.
Analecta "Sandoz."—1950.
Método del Doctor *Arturo Zeceña M.* para el alumbramiento breve por medio del Neo-Ginergeno inyectado en el cuerpo del útero a través de la pared abdominal.
Précis d'Obstétrique.—Favre.—Jaime Moragues Bernat.—Clínica Obstétrica.