

empresa magna en el estado actual de la ciencia, que para realizarla se necesita de las cincuenta cabezas y los cien brazos de un Briareo.

En último término, si se creen innecesarias, si están de sobra ya, porque desde el punto de vista de su esencial papel consultivo hay otras entidades que podrían reemplazarla con más o menos fortuna, incluso que todo ciudadano está obligado a servir a la justicia, conforme a su leal saber y entender; si no se las devuelven ciertas atribuciones ni se proporcionan los recursos indispensables a su decoro, para poder practicar muchas de sus peritaciones de laboratorio e imprimir sus trabajos, suprimanse de una vez sin escrúpulos ni remilgos, como ya pidieron desalentados los antiguos al vislumbrar la penuria y han repetido luego con valentía Espinosa de los Monteros, de Barcelona, en 1864, mi propio padre, en su citada obra histórica, y hasta el Presidente actual, Dr. Pastor, contristado, en sesión de 23 de Diciembre de 1921. Dormidas y casi en la inacción, impotentes como viven las Academias provincianas, si se suprimieran por yerro inaudito, repetiría tranquilamente que *id mea minime refert*, o dicho con perdón de Terencio, no se me diera de ello un ardite; pero si estamos dispuestos, como es debido, a que se regeneren para cumplir misiones trascendentales, realicemos desde luego el propósito con vigor, sin súplicas humildes ni lamentaciones jereimiacas, con noble entereza y arrestos varoniles; no se olvide aquella sentencia de nuestro Romancero: «las palabras son mujeres; los actos, hombres».

Abril de 1923.

## La Clínica de Obstetricia en la Facultad de Medicina de Valencia

MEMORIA REFERENTE AL QUINQUENIO 1918-1922

REDACTADA POR EL DOCTOR DON MIGUEL MARTÍ PASTOR

CATEDRÁTICO DE DICHA ASIGNATURA

Condiciones en  
que se presta este  
servicio

**L**A enseñanza de la Obstetricia en esta Facultad de Medicina acusa inevitables deficiencias, que de igual modo se advierten en otras secciones, bien a pesar de los nobles esfuerzos de su Profesorado, y son debidas al ambiente de pobreza en que se desenvuelven estos servicios, con grave quebranto para la vida cultural de nuestro pueblo.

La enseñanza médica universitaria no está atendida como corresponde a las múltiples exigencias del progreso científico actual, pues nuestro sis-

## CLÍNICA DE OBSTETRICIA

tema pedagógico todo lo espera del esfuerzo personal del Profesor y del discípulo, sin advertir que esto no basta y que es indispensable rodearlos de los medios necesarios para obtener de sus actividades científicas el máximo rendimiento.

La clínica de Obstetricia de nuestra Facultad de Medicina está montada todavía como en los tiempos de la fundación de esta Escuela.

Las camas de embarazadas y paridas continúan mezcladas con las de enfermas de otras afecciones de orden médico y quirúrgico, con lo cual son posibles toda clase de contagios.

No disponemos de un departamento para poder separar las púerperas infectadas de sus compañeras de clínica y en un cuarto reducido y único hemos de desenvolvemos para asistir a las embarazadas, practicar las intervenciones que son necesarias, curar las *complicaciones de orden infeccioso*, y dar las lecciones clínicas, ante un contingente de más de setenta alumnos, cuando el recinto que nos ocupa apenas tiene cabida para veinte personas.

Las deficiencias a que aludimos son tan grandes, que para corregirlas no bastan los paliativos y sería preciso demoler lo que hoy tenemos para reedificar sobre su solar lo que creemos necesario.

Cuanto acabamos de decir, ajeno a todo propósito de censura personal para nadie, es una prueba más de lo poco atendida que está la Universidad y de la penuria en que vive, que no es, ciertamente, lo que corresponde a la altísima misión que le está confiada.

En esta Memoria se expone sucintamente la labor realizada en nuestra Clínica de Obstetricia durante los cinco últimos años.

En dicho periodo se han asistido 337 partos, cuyas particularidades son las siguientes:

*Periodo que comprende esta Memoria*

Presentación de vértice:

O. I. I. A. . . . .	223
O. I. D. P. . . . .	49
O. I. D. A. . . . .	12
O. I. I. P. . . . .	2
O. S. P. . . . .	4
	290

Presentación de cara. . . . .	4
» de nalgas. . . . .	18
» de tronco. . . . .	14
Partos gemelares. . . . .	11
	337

TOTAL. . . . . 337

## ANALES DE LA UNIVERSIDAD DE VALENCIA

*Abortos* El balance de abortos es el siguiente:

Abortos completos. . . . .	4
Retenciones ovulares de abortos incompletos. . . . .	29
	33
TOTAL. . . . .	33

*Alteraciones patológicas* De todos los casos observados en Clínica un porcentaje elevado presentó alteraciones patológicas, que catalogamos en la forma que sigue:

Albuminuria. . . . .	27
Eclampsia. . . . .	7
Sífilis. . . . .	26
Cardíacas. . . . .	3
Tuberculosis. . . . .	2
Placenta previa. . . . .	5
Distocias pelvianas. . . . .	11
Tumores y embarazo. . . . .	6
Locura puerperal. . . . .	1
Encefalitis letárgica. . . . .	1
Embarazo molar. . . . .	4
	93
TOTAL. . . . .	93

Como se ve la cifra de lo patológico es bastante crecida, pero hay que tener en cuenta que la albúmina en la orina de las embarazadas y la sífilis forman la mitad del cuadro patológico:

Además, las estadísticas de toda maternidad dan una proporción mayor de casos patológicos que las de la clientela privada, ya porque a los establecimientos públicos afluyen todos aquellos casos que tienen difícil solución, ya también porque los medios sociales en que se desenvuelven estas embarazadas o parturientas dificultan la resolución favorable del caso.

De desear sería, para evitar tales efectos, que se venciera por completo la resistencia de la clase obrera a entrar en la Maternidad, en todos aquellos casos en los que algo patológico viene a modificar la normalidad de un embarazo, parto o puerperio.

*Intervenciones manuales o instrumentales* Muchos de los casos patológicos que complicaron el embarazo, el parto y el puerperio, fué necesario resolverlos por intervenciones manuales o instrumentales en la forma que anotamos a continuación:

Extracción manual del feto:	
Presentación de nalgas. . . . .	4
Parto gemelar. . . . .	3
Placenta previa. . . . .	1
	8
Versión:	
Presentación de tronco. . . . .	14
Parto gemelar. . . . .	3
Placenta previa. . . . .	2
Distocia pelviana. . . . .	1
	20
Suma y sigue. . . . .	28

## CLÍNICA DE OBSTETRICIA

Suma anterior. . . . .	28
Forceps. . . . .	33
Pubostomía. . . . .	1
Embriotomía en feto muerto. . . . .	1
Laparotomías. . . . .	3
Alumbramientos artificiales. . . . .	5
Hemorragias en el alumbramiento que necesitan de taponamiento. . . . .	13
TOTAL. . . . .	84

Algunos casos de los asistidos en nuestra clínica oficial, presentaron complicaciones sépticas durante el puerperio y afortunadamente en mucho menor número que los que pudieron tener lugar, dada la convivencia de las enfermas de nuestra clínica con las de Patología Quirúrgica y el no disponer nada más que de un cuarto para el servicio de los casos puros y los infectados. El número de estas complicaciones sépticas es el siguiente:

*Complicaciones sépticas*

Infecciones puerperales benignas. . . . .	16
Infecciones puerperales graves. . . . .	8
TOTAL. . . . .	24

No todos los casos se resolvieron felizmente, pues hay que lamentar algunas defunciones de madre y de feto, cuyo número y causas de la muerte consignamos a continuación:

*Defunciones*

Mortalidad materna por:

Infección puerperal. . . . .	2
Aborto infectado. . . . .	1
Embriotomía. . . . .	1
Obstrucción intestinal. . . . .	1
Eclampsia. . . . .	2
Placenta previa. . . . .	1
	8

Muerte del niño por:

Intervenciones. . . . .	5
Placenta previa. . . . .	2
Falta de desarrollo. . . . .	6
Sífilis. . . . .	15
Procidencia cordón. . . . .	2
Albuminuria y eclampsia. . . . .	2
	32
TOTAL. . . . .	40

Según resulta de nuestras estadísticas, la mayoría de los partos han sido de vértice, cumpliéndose la ley de proporcionalidad de todos conocida; pero este porcentaje es más bajo, cosa que no tiene nada de extraño tratándose de una Clínica en donde se asisten, por lo general, todos los casos que presentan alguna complicación durante el embarazo o alguna dificultad o accidente en el parto. Esta es la razón que antes apuntábamos

*Observaciones clínicas*

de que casi una tercera parte de la casuística de nuestra clínica presenta en su historial algo que la desvía del tipo completamente fisiológico.

*Empleo del forceps* La mayor parte de los partos de vértice fueron espontáneos, necesitando tan sólo alguno de ellos terminarlo por forceps. Las causas que motivaron esta terapéutica fueron dependientes; en unos, de anomalías locales y en otros, de alteraciones generales.

Contamos entre las primeras, aplasia uterina, alteraciones por defecto de la dinámica del útero, resistencia del periné, distocias pelvianas poco acentuadas. Las occipito-iliacas derechas posteriores, dan un contingente muy grande a las indicaciones del forceps. La falta de flexión de la cabeza, que impide que el encajamiento y la rotación se hagan con facilidad, prolongan el parto de tal suerte que sobre todo en las primíparas determina fácilmente el agotamiento del músculo uterino y hay que suplir las fuerzas de expulsión por las de tracción.

La eclampsia, la tuberculosis y las cardiopatías fueron las causas de índole general que motivaron las indicaciones del forceps.

El forceps que utilizamos es de Tarnier y generalmente sin tractor para enseñar a los alumnos la manera de evolucionar a nuestra voluntad la cabeza fetal a su paso por el conducto genital.

*Otros casos de interés* Hemos tenido en clínica cuatro partos de occipito-sacra persistente. Uno correspondió a una pelvis cifósica; dos coincidieron en mujeres faltas por completo de periné, por raspadura completa del mismo en partos anteriores; el otro se trataba de un feto prematuro y sifilitico.

Llamábamos la atención de nuestros alumnos sobre estos casos y sobre todo en los que la falta de periné coincidió con el desprendimiento de la cabeza en O. S. P., comprobando que la ley de Juverardi para explicar el mecanismo de la flexión y rotación en la O. I. D. P. se cumplía ante la falta de periné, al rodar el occipucio hacia atrás.

De las presentaciones de cara, en dos de ellas el parto fué espontáneo; una necesitó una aplicación de forceps; la otra ingresó en lamentable estado después de más de dos días de parto, con fiebre alta, 140 de pulso y feto muerto; practicamos una basiotripsia, penetrando en cavidad craneana, perforando el paladar. Fué un caso muy interesante por tratarse de una distocia por volumen excesivo del feto. Cada diámetro fetal ofreció una dificultad a su salida. Creíamos que, aplastada la cabeza, estaba resuelto el problema, y el diámetro bisacromial necesitó la decolación de la cabeza y de uno de los miembros superiores para que pudiera franquear el conducto genital. El feto pesó ocho kilogramos, y la parturienta murió a las pocas horas de intervenida.

En los partos de nalgas no hubo nada digno de mención. Sistemáticamente se practicó en todos ellos la maniobra Mauriceau. En cuatro de ellos se hizo la extracción manual por parto prolongado; y en tres, por tratarse de feto segundo en parto gemelar y un descenso de nalga anterior para facilitar el encajamiento en una placenta previa.

## CLÍNICA DE OBSTETRICIA

Los abortos, incompletos todos, ellos necesitaron el vaciamiento artificial. Sistemáticamente empleamos el legrado instrumental, seguido de taponamiento, que repetimos dos o tres veces más en días alternos, y administramos, durante los ocho días que siguen a la intervención,  $\frac{1}{2}$  c. c. de pituitrina para ayudar la involución del útero.

*Abortos  
incompletos*

Sólo un caso tuvo funesto desenlace: se trataba de una mujer que abortó en Barcelona; a los dos días embarcó para Valencia e ingresó en nuestra clínica en completo estado de septicemia y fenómenos peritoneales.

---

La patología de la gestación nos ha proporcionado bastante material para que los alumnos hayan podido ver algo de todo.

*Patología de  
la gestación*

La albúmina, en más o menos cantidad, se ha presentado en nuestras embarazadas en el porcentual aproximado, que esta manifestación óvulo-tóxica se manifiesta en la práctica.

Cuatro de estos casos fueron acompañados de grandes edemas vulvares, de extremidades inferiores, hipogastrio y cara.

Sólo un caso presentó manifestaciones de un estado preeclámpsico; las demás con su régimen más o menos severo y la opoterapia renal sobrellenaron esta complicación saliendo de la clínica curadas.

Hemos asistido siete embarazadas que ingresaron en nuestra clínica con ataques de eclampsia. Dos de estos casos murieron a las pocas horas de ingresar. Las otras cinco con la sangría (en tres de ellas), suero glucosado, suero de vena renal de cabra, nefrina y algún enema de cloral, conseguimos que la gestación llegase a su término. En los otros dos casos que ingresaron con fenómenos de parto nos limitamos a terminar la dilatación y hacer la extracción rápida del contenido del útero.

*Eclampsia*

No hemos visto indicación formal en ninguno de los casos de clínica, para practicar la cesárea, que si bien hoy sus entusiastas defensores se batan en retirada, creemos que existen ocasiones que pueden ser el único tratamiento (primípara, feto vivo, cuello largo y cerrado, vagina estrecha y ataques eclámpicos subintrantes).

Las manifestaciones sifiliticas en la clase obrera son muy frecuentes, tal vez por deficiencias en el tratamiento. Veintiocho casos de sífilis bien confirmada hemos visto en nuestra clínica. En las embarazadas que ingresaron en nuestra sala algunos meses antes del término de la gestación, las hemos sometido al tratamiento intensivo de su dolencia, consiguiendo fetos vivos y aparentemente sanos.

No obstante, contamos con 15 casos de fetos muertos sifiliticos correspondientes a otras tantas embarazadas que ingresaron al final de su embarazo y la mayor parte en los comienzos del parto.

*Cardíacas y tuberculosas* En las cardíacas y tuberculosas hemos limitado nuestra actuación a contemporizar con la marcha clínica de estas complicaciones de la gestación.

Hemos tratado tres cardíacas embarazadas: en una de ellas tuvimos que aplicar el forceps en pleno ataque de asistolia, previa la dilatación rápida del cuello del útero a lo Bonaire. Otra, paría sin que el corazón manifestara grandes protestas, pero a los tres días de puerperio la descompensación cardíaca se manifestó con tal intensidad que la puérpera murió a los veinte días de haber parido en la clínica de Patología General, donde había sido trasladada.

Citemos un caso de tuberculosis con repetidas hemoptisis y parto gemelar, espontáneo. Los fetos murieron a los pocos días por falta de desarrollo y la puérpera abandonó la clínica muy mejorada de su lesión pulmonar.

En la placenta previa es bien conocido nuestro criterio, por haberlo expuesto repetidas veces en revistas y folletos y nos hemos mostrado en todas ellas con un criterio ecléctico en nuestra manera de sentir y obrar.

Desde el parto espontáneo con la simple rotura de membranas, hasta la versión interna, balón compresor y dilatador y el Braxton-Hicks, han sido los procedimientos por nosotros empleados.

*La cesárea* Somos fervientes entusiastas de la cesárea en el tratamiento de la placenta previa obturante. No hemos tenido ocasión de ponerla en práctica de nuestra clínica oficial, pero en nuestra práctica particular hemos tenido ocasión de practicarla con éxito brillante para la madre y el feto.

No son frecuentes las distocias pelvianas en la raza latina y mucho menos en nuestra región. En el norte de Francia y los pueblos situados en las vertientes de los Alpes en Italia se presentan con mayor frecuencia, tal vez en estos últimos por lo frecuente que es el raquitismo a causa de beber los niños agua casi desprovista de sales minerales, por proceder éstas del deshielo de las cordilleras que los circundan.

En España, el norte de Cataluña y Galicia dan el mayor contingente, siendo el tipo principal de pelvis planas y el descrito por Olshausen de pelvis de tipo masculino.

Nosotros, de los *once* casos de viciaciones pélvicas, *dos* correspondieron al tipo de pelvis oblicuas (uno por coxalgia y el otro por escoliosis lumbar), *ocho* fueron pelvis aplanadas y *una* de ellas correspondió al tipo de las generalmente estrechadas.

El parto de todas ellas tuvo lugar por las vías naturales. Intervinimos en una de las pelvis oblicuas practicando una presión para hacer coincidir el diámetro capital con el oblicuo mayor.

En la pelvis plana el forceps fué suficiente, pues en ninguna de todas, excepto en una de ellas, la *conjugata vera*, era menor de 8 cm. y *medio*. En tres de estos casos hubo necesidad de aplicar el forceps de manera oblicua con relación a la cabeza fetal, haciendo presa en el diámetro fronto-

## CLÍNICA DE OBSTETRICIA

mastoideo, para evitar que el espesor de las cucharas del forceps se sumara al biparietal, coincidente con el promonto-púbico en el momento del encajamiento.

De todos estos casos, el que mayores dificultades presentó, fué uno que coincidió con una *encefalítica letárgica* con pelvis; además de medir la c. v. 9 cm. escasos, estaba muy almohadillada de tejidos y feto grande. *Encefalitis letárgica*

En el caso en que la pelvis era estrecha en todos sus diámetros y la c. v. medía 8 cm., decidimos esperar para practicar una cesárea; pero la rotura prematura de las membranas, 20 días antes de terminar la gestación, hizo cambiar nuestro primer propósito, y ante la contingencia de estar el huevo abierto y con cierto grado de dilatación, optamos por una pubiotomía subcutánea y extracción con forceps, que de antemano habíamos colocado antes de la sección del hueso. La puerpera abandonó la clínica a los 19 días, completamente bien. Sólo una incontinencia de orina a los esfuerzos de la tos fué el accidente que complicó esta intervención en los primeros días, reintegrando esta función a su estado fisiológico a los 14 días.

Hemos visto coincidir *seis* veces la gestación con tumores abdominales. En cuatro de estos casos se trataba de miomas uterinos, uno de ellos una sarcomatosis abdominal y el otro correspondió a un quiste del ovario. *Tumores abdominales*

De los cuatro miomas, dos de ellos insertos en el fondo del útero, no impidieron que parto y puerperio se desenvolvesen normalmente; de los otros dos, en ambos hubo que practicar la histerectomía, por tratarse de tumores previos y hemorrágicos.

El caso de sarcoma ingresó en nuestro servicio con síntomas de oclusión intestinal; era una embarazada remitida de un pueblo de la provincia de Alicante y llegó a nosotros en estado deplorable. Múltipara y 7 meses de gestación, dilatamos el útero y practicamos una versión.

Creímos que al descomprimir el tumor con el vaciamiento uterino, los intestinos recobrarían su permeabilidad; y en vista de que a las 6 horas esto no había tenido lugar, decidimos aquella noche practicar un ano contranatural. No conseguimos tampoco el efecto que esperábamos. La enferma murió a la madrugada. La autopsia demostró una neoplasia polimorfa que englobaba los intestinos, principalmente en la región del ciego, el cual lo encontramos comprimido entre dos nódulos neoplásicos.

El quiste del ovario motivó por ser *previo* una laparotomía durante la gestación. Seguimos la técnica que Pancof describió en un caso parecido. Se trataba de un quiste pelviano ocupando el fondo de saco retro-uterino. La matriz, correspondiendo a una gestación de 6 meses, comprimió la neoplasia y había que exteriorizarla para llegar al quiste. Los ligamentos anchos, enormemente distendidos y muy prominente el derecho por descansar sobre el tumor, nos permitió practicar un ancho ojal en el mismo por el que después de puncionar el quiste lo extrajimos, ligamos y peritonizamos el pedículo, reconstruimos las dos hojas del ligamento ancho,

sin movilizar ni malaxar para nada el útero, evitando pudiera traducirse esta irritabilidad en contracciones que interrumpieran la marcha de la gestación.

La embarazada dejó la clínica a los 15 días, marchó a Cullera (pueblo donde vive), y próxima ya al término de la gestación, reingresó en nuestro servicio, donde dió a luz una niña.

*Locura puerperal*

Hemos podido observar un caso de *locura puerperal*, cuya marcha clínica no pudimos seguir porque la familia retiró a la puérpera de nuestra sala. Se trataba de una albuminúrica grávida, con fenómenos preeclámpicos en los últimos días de su gestación y primeros de puerperio. A los cinco días de haber parido sobrevino el estallido del acceso de gran delirio de acción que necesitó la reclusión en un departamento aislado. A los dos días perdimos de vista el caso sin que hayamos podido averiguar la terminación del mismo.

Cuatro casos de *mola* han sido objeto de estudio en el tiempo que dirigimos la clínica oficial. Todos ellos fueron tratados por vaciamiento con la cuchara roma y curas consecutivas intrauterinas. En tres de ellos la reacción *glucogénica* fué positiva, por lo que practicamos la histerectomía subtotal como medida profiláctica de procesos corioepiteliales futuros. En dos de estos casos no pudimos comprobar la invasión *sincicial* al parénquima uterino, por haberse estropeado las piezas anatómicas; en el tercero, gracias a la amabilidad del Dr. L. Bartual, pudimos cerciorarnos de la afirmación Essen-Méler de la constancia de que las afirmaciones conseguidas por la reacción yodada tienen su confirmación anatomo-patológica.

Ingresó en el pasado curso una parturienta con *encefalitis letárgica*. Fué un caso que nos preocupó bastante. Se trataba de una enferma que después de cuatro días de parto ingresó en nuestro servicio. Una bolsa serosanguínea que llegaba hasta cerca de la vulva, simulaba a cada contracción que el parto estaba para terminar. Los internos de guardia me avisaron y a las seis de la mañana reconocía a la parturienta. Se trataba de una primípara con una pelvis aplanada 9 cm. y medio de c. v. con gran bolsa serosa como antes indiqué y la cabeza en el estrecho superior fuertemente insinuada en el estrecho superior en O. I. D. T.

Una aplicación de forceps con presa oblicua en la cabeza fetal y sutura perineal por desgarró del mismo resolvió el caso.

Nos llamó la atención el estado pseudocomatoso de la parturienta que atribuimos a fatiga de trabajo tan prolongado. Este estado continuó en los días sucesivos, a la par que incontinencia de esfínter de ano y expulsión involuntaria de orina. Analizamos orina y nada de albúmina ni de elementos de epitelio renal. Exploramos esfínter, que encontramos íntegro y pensando que cuatro días de parto y en una pelvis estrecha pudiese haberse fraguado una fístula vesical, reconocimos atentamente, incluso inyectamos en vejiga leche esterilizada, convenciéndonos que todo estaba en perfecta integridad anatómica.

## CLÍNICA DE OBSTETRICIA

En vista de esto y no pudiéndonos explicar los trastornos psíquicos y funcionales, pensamos si podría tratarse de una lesión de mesocéfalo; así lo hicimos constar a nuestros alumnos y pocos días después, el Dr. Rodríguez G. Fornos confirmaba el diagnóstico y se encargaba de la enferma.

Nada decimos ya del capítulo de intervenciones practicadas, pues el fundamento de sus indicaciones queda ya en lo esencial consignado al hablar de la patología de gestación y parto.

Réstanos tan sólo dos palabras de las complicaciones *septicas*. Estas han sido relativamente pocas dado el ambiente en que nos desenvolvemos. Veinticuatro casos, de los cuales sólo 8 han presentado gravedad.

No tenemos criterio cerrado en la terapéutica a seguir y creemos que *Terapéutica* todo puede ayudar para que el organismo se defienda con ventaja.

Fiamos mucho en las inyecciones intravenosas de bicloruro de mercurio, pero más en su acción profiláctica que curativa, pues cuando el proceso septicémico adquiere intensidad en su evolución morbosa, fiamos poco del procedimiento.

De ahí que siempre que la temperatura pasa de 38° y el pulso de 100, si el filtro renal está bien, no dudamos en inyectar *diez miligramos* de la sal mercurial. También en los casos de parturientas que llegan de la calle y a las cuales se han intentado manipulaciones y tentativas tocúrgicas ponemos en práctica el procedimiento.

La *proleinoterapia*, nos ha proporcionado éxitos en los casos que la hemos puesto en práctica.

Empleamos el *caseosan*, en inyecciones intramusculares cuando la fiebre es moderada y por vía intravenosa cuando la fiebre es alta.

Cada día nos batimos más en retirada, abandonando la terapéutica local. Sólo en los casos de retención de alguna piltra de membranas y en las loquiómetras empleamos la solución de yodo de Budin o el líquido de Dakin; hoy preferimos a esto último la cloramina, irrigando, cada dos horas, la cavidad uterina por dos tubos que en forma de sifón dejamos colocados en el interior de la matriz y que no renovamos en 48 horas.

El alcanfor, nucleinato de manganeso, quinina como coadyuvante a la involución del útero, etc., etc., son medios valiosos que no hay que despreciar.

Esta ha sido nuestra actuación en este lustro de tiempo en la clínica oficial, pobre por la mezquindad del material que disponemos y del cual hemos procurado sacar el mayor partido posible en provecho de la enseñanza.

Valencia, Junio de 1923.