AÑO 1909 N.º 2113

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Embarazo y Parto Gemelares

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO

DE

DOCTOR EN MEDICINA

POR

ADOLFO SOLÁ

LA CIENCIA MÉDICA"
LIBRERÍA Y CASA EDITORA DE A. GUIDI BUFFARINI
CÓRDOBA 2080

BUENOS AIRES
1910

AÑO 1909 N.º 2113

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Embarazo y Parto Gemelares

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO

DE

DOCTOR EN MEDICINA

POR

ADOLFO SOLÁ

"LA CIENCIA MÉDICA"
LIBRERÍA Y CASA EDITORA DE A. GUIDI BUFFARINI
CÓRDOBA 2080

BUENOS AIRES
1909

La Facultad no se hace solidaria de la opiniones vertidas en las tesis.

Artículo 162 del R. de la F.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

PRESIDENTE

DR. D. EUFEMIO UBALLES

VICE-PRESIDENTE

DR. D. PEDRO N. ARATA

MIEMBROS TITULARES

1. DR. D. JOSÉ T. BACA
2. » » RAFAEL HERRERA VEGAS
3. » » JACOB DE TEZANOS PINTO
4. » » EUFEMIO UBALLES
5. » » PEDRO N. ARATA
6. » » ROBERTO WERNICKE
7. » » PEDRO LAGLEYZE
8. » » JOSÉ PENNA
9. » » LUIS GÜEMES
10. » » ELISEO CANTÓN
11. » » ENRIQUE BAZTERRICA
12. » » ANTONIO C. GANDOLFO
13. » » JOSÉ M. RAMOS MEJÍA
14. » » ENRIQUE E. DEL ARCA
15. » » DANIEL J. CRANWELL
16. » » HORACIO G. PIÑERO
17. » » JUAN A. BOERI

MIEMBROS HONORARIOS

1. DR. D. EDUARDO WILDE
2. » » MARTÍN SPUCH
3. » » TELÉMACO SUSINI
4. » » EMILIO R. CONI
5. » » OLHINTHO DE MAGALHAES

SECRETARIO

DR. D. DANIEL J. CRANWELL

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

DECANO

Dr. D. ELISEO CANTÓN

VICE DECANO

DR. ANTONIO C. GANDOLFO

CONSEJEROS

Dr. D. ELISEO CANTÓN
» » LUIS GÜEMES
» » ENRIQUE BAZTERRICA
» » ANTONIO C. GANDOLFO
» » JOSÉ M. RAMOS MEJÍA
» » BALDOMERO SOMMER
» » G. ARAOZ ALFARO
» » JOSÉ R. SEMPRUN
» » ABEL AYERZA
» » EUFEMIO UBALLES
» » FRANCISCO SICARDI
» » TELÉMACO SUSINI
» » NICASIO ETCHEPAREBORDA
» » EDUARDO OBEJERO
» » J. A. BOERI (Suplente)
» » JUVENCIO J. ARCE

SECRETARIOS

Dr. D. JONÁS LARGUÍA (Consejo Directivo)
» » RICARDO S. GÓMEZ (Escuela de Medicina)

ESCUELA DE MEDICINA

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS TITULARES
Zoología Médica	Dr. Pedro Lacavera
Física Médica	» Vacante
Química Médica	» Atanasio Quiroga
Botánica Médica	» Lucio Durañona
Química aplicada á la Medicina	» Pedro N. Arata
Histología	» Rodolfo de Gainza
Anatomía Descriptiva	» Joaquín López Figueroa
Anatomía Descriptiva	» José Arce (en ejercicio)
Semiología y ejercicios clínicos	» Gregorio Araoz Alfaro
Anatomía Topográfica	» Juvencio Z. Arce
Fisiología General y Humana	» Horacio G. Piñero
Anatomía Patológica	» Telémaco Susini
Bacteriología	» Carlos Malbran
Higiene Pública y Privada	» Ricardo Schatz
Materia Médica y Terapéutica	» Justiniano Ledesma
Patología Externa	» Obdulio Hernandez
Medicina Operatoria	» Leandro Valle
Clínica Ginecológica	» Enrique Bazterrica
» Oto-rino-laringológica	» Eduardo Obejero
» Dermatológica y Sifilográfica	» Baldomero Sommer
» Epidemiológica	» José Penna
» Quirúrgica	» Pascual Palma
» Neurológica	» José M. Ramos Mejía
» Médica	» Luis Güemes
» Médica	» Francisco A. Sicardi
» Oftalmológica	» Pedro Lagleyze
Patología interna	» Marcial V. Quiroga
Medicina legal	» Francisco de Veyga
Clínica Quirúrgica	» Antonio C. Gandolfo
» Médica	» Ignacio Allende
» Obstétrica	» Samuel Molina
Toxicología Experimental	» Juan B. Señorans
Clínica Pediátrica	» Angel M. Centeno
Clínica Médica	» Abel Ayerza
» Génito-urinarias	» Pedro Benedit
» Psiquiátrica	» Domingo Cabred
Quirúrgica	» Diógenes Decoud
» Obstétrica	» Eliseo Cantón

ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

Dr. Roberto Wernicke
» Juan R. Fernandez

PROFESORES EXTRAORDINARIOS

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS EXTRAORDINARIOS
Física Médica	Dr. Juan José Galiano
Anatomía Patológica	» José Badía
Clínica Ginecológica	» Alfredo Lagarde » José F. Molinari
Clínica Médica	» Patricio Fleming
Clínica Oftalmológica	» Teófilo A. Moret
Clínica Quirúrgica	» Daniel J. Cranwell » Avelino Gutierrez
Clínica Dermatológica y Sifilográfica	» Maximiliano Aberastury
Clínica Neurológica	» José A. Esteves » José R. Semprun
Clínica Psiquiátrica	» Benjamín T. Solari
Clínica Pediátrica	» Antonio F. Piñero
Medicina Legal	» Domingo S. Cavia

ESCUELA DE MEDICINA

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS SUSTITUTOS
Zoología Médica	Dr. D. J. Greenway
Física Médica	» Alfredo Lanari (en ercicio)
Botánica Médica	» Rodolfo Enriquez
Histología	» Julio G. Fernandez
Bacteriología	» Juan Cárlos Delfino » Leopoldo Uriarte » Alois Bachmann
Higiene Médica	» Felipe Justo
Clínica Ginecológica	» Jaime Salvador
» Oto-rino laringológica	» Eliseo V. Segura
Patología externa	» Carlos Robertson » Ricardo S. Gómez
Patológica interna	» Ricardo Colón » Pedro Labaqui
Clínica Oftalmológica	» Enrique Demaría
» Quirúrgica	» Francisco Llobet » Marcelo Viñas » Marcelino Herrera Vegas » José Arce
» Neurológica	» Mariano Alurralde
Medicina Legal	· Pedro Barbieri
Clínica Médica	» Luis Agote » David Speroni Juan J. Vitón
Clínica Obstétrica	» Enrique A. Pardo » Enrique Zárate » Arturo Enriquez » Alberto Peralta Ramos
Clínica Pediátrica	» Manuel A. Santas » Mamerto Acuña » Genaro Sisto
» Génito-urinaria	

ESCUELA DE FARMACIA

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS TITULARES
Zoología general; Anatomía, Fisiología, comparada	Dr. Angel Gallardo
Botánica y Mineralogía	» Adolfo Mújica
Química inorgánica aplicada	» Miguel Puiggari
Química orgánica aplicada	» Francisco Barraza
Farmacognosia y posología razonada .	» Juan A. Boeri
Física farmacéutica	» Julio J. Gatti
Química Analítica y Toxicológica (primer curso	» Francisco P. Lavalle
Técnica farmacéutica	» J. Manuel Irizar
Química analítica y toxicológica (segundo curso) y ensayo y determinación de drogas	» Francisco P. Lavalle
Higiene, legislación y ética farmacéutica	» Ricardo Schatz

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS SUSTITUTOS
Farmacognosia y posología razonadas .	Dr. Juan A. Dominguez (en ejercicio

ESCUELA DE PARTERAS

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS TITULARES
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica .	Dr. Fanor Velarde
Parto distócico y Clínica Obstétrica . .	

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS SUSTITUTOS
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica .	Dr. Miguel Z. O'Farrell
	» Ubaldo Fernandez
Parto distócico y Clínica Obstétrica . .	» J. C. Llames Masini

ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS TITULARES
Anatomía, Fisiología, Patología . . .	Dr. León Pereyra
Cirugía Protética, Higiene, Materia Médica y Terapéutica dentarias, Medicina Legal	» N. Etchepareborda

PADRINO DE TÉSIS

Doctor RICARDO S. GOMEZ

Profesor suplente de Patología Externa

A LA MEMORIA DE MI MADRE

A MI PADRE Y HERMANOS

À LA MEMORIA DE MI TIO
DOCTOR FELIPE SOLÁ

Señores Consejeros:

Señores Profesores:

Al presentar este modesto trabajo á vuestra consideración, doy por cumplida la formalidad que se me exige para optar al título de Doctor en medicina.

Manifiesto mi mayor agradecimiento á los profesores todos que han intervenido en mi educación médica, y en especial al Doctor Ricardo S. Gomez que se digna acompañarme en este acto.

EMBARAZO Y PARTO GEMELARES

La procreación simultánea de varios hijos, constituyendo casi la regla en los seres inferiores de la naturaleza vá disminuyendo á medida que nos elevamos en la escala zoológica: común en los pequeños mamíferos se hace más rara en los grandes. En el género humano no deja de ser relativamente frecuente la creación multípara siendo sin embargo la regla, la unípara.

Lo interesante de su estudio, ha influído, para someter á vuestra distinguida consideración el presente trabajo que trata: algunas consideraciones sobre el embarazo y parto generales.

Incluye en él, las observaciones personales recogidas en el servicio de la Maternidad del Sanatorio Policlínico, durante los años 1908 y 1909.

EMBARAZO GEMELAR

Dejando de lado la concepción unípara considerada la más frecuente en la especie humana, es común encontrar en ésta un buen número de partos múltiples, siendo los gemelares los que predominan. —

Frecuencia — La frecuencia, según los autores, depende de muy diversas causas, citándose entre éstas la diversidad de países, así en Francia (Dubois) dá la proporción de un embarazo gemelar por 92 simples — Pinard en esta misma República sobre 16667 partos hechos en su servicio ha constatado 251 gemelares lo que dá la proporción de un gemelar por 66,4 simples. Esta relación, bastante fuerte si se compara á la de Dubois, tiene su razón de ser, desde que se admiten con preferencia en las maternidades los embarazos dobles, no pudiendo ser atendidos muchos simples - Bertillón nos presenta la Estadística siguiente: por cada 1000 partos encuentra en

Francia	9'9	embarazos	dobles
Bélgica	9'70	»	»
Italia	11.4	»	»

Austria	11.9	embarazos	dobles
Noruega	12.5	»	»
Prusia	12.5	»	»
Holanda	13.1	»	»
Dinamarca	14.20	»	»
Suecia	14.50	»	»

Aún en un mismo país, se constata que el embarazo gemelar varía de frecuencia según las provincias ó departamentos.

— *Causas* — 1º. Es innegable la influencia que ejerce la *herencia* en la producción de los embarazos gemelares. Lebel ha observado 13 ejemplos manifiestos de herencia materna en 140 casos. Leroy ha confirmado que la herencia puede saltar una y dos generaciones, y siendo este antecedente muchas veces desconocido, veremos que su rol es aún mayor.

2º. — ¿Hemos de aceptar la *influencia paterna* en los casos de embarazo gemelar? — Siguiendo á los autores, debemos admitirla, basados en observaciones demostrativas.

El paisano ruso Wasilef, casado dos veces, tuvo 87 hijos de sus dos mujeres: la primera tuvo cuatro partos cuádruples, 7 triples y 16 dobles; la segunda 2 triples y 6 dobles — Otro paisano tuvo con dos mujeres 72 hijos — El caso de Brunet, en que su mujer tuvo

7 partos triples, y abusando de otra dió ésta á luz también trigéminos.

3º. — *Edad* — Las estadísticas muestran que es de 21 á 28 años, es decir la época de mayor actividad genital de la mujer, cuando se encuentran en mayor proporción los embarazos gemelares.

4º — Entre otras se cita también la *talla* como causa predisponente, aumentando los gemelares en razón directa de ella — Siendo como piensa Ribemont uno de los caracteres de las razas, talvez obre por intermedio de la herencia.

5º. — Podríamos relacionar también con la herencia el *mayor desarrollo de los ovarios señalado por Puech.*

6) *Multiparidad* — Según una estadística de Pinard de 150 casos son dos veces más frecuentes los gemelares en las multiparas que en las primiparas. En París, Lebel en 140 gemelares constata 89 multiparas y 51 primíparas — En Dublin, Collins en 240 casos constata 168 multíparas y 72 primíparas.

Relacionadas con la mujer son necesarias las condiciones siguientes para la producción del embarazo gemelar: a) dos vesículas de Graaf pertenecientes al mismo ovario, ó cada una, á un ovario diferente se rompen y dejan escapar dos óvulos.

b) — una avesícula de Graaf contiene dos óvulos que son fecundados al mismo tiempo.

c) — una sola vesícula de Graaf se rompe, y no emite que un solo óvulo, pero este óvulo contiene dos gérmenes.

Estos tres distintos casos, han sido probados sin lugar á dudas, por los resultados de autopsias practicadas por Strassmann, Bumm, Von Franqué y Stockel.

En los dos primeros casos tenemos que la fecundación se produce en dos óvulos, dos vitelus, con un gérmen cada uno, de donde el nombre á esta preñez, de bivitelina; en el tercero se produce en un solo vitelus, con dos gérmenes de donde el nombre de univitelina.

En resumen el embarazo gemelar es el resultado de la fecundación de dos gérmenes.

En los embarazos gemelares la fecundación puede producirse en un coito único ó en coitos separados por más ó menos tiempo. Tratándose de este último caso habría una *superfecundación* como la llama Auvard, en la cual distingue tres variedades; a) *superovulación*, cuando las dos fecundaciones distan de algunas horas á ocho días, esto es, en el período ovular de desarrollo del primer feto; b) *superembrionamiento*, cuando las fecundaciones distan de ocho días á tres meses, esto es en el período de embrión; y c) *superfetación*, cuando las fecundaciones distan más de tres meses ó sea cuando el embrión se ha hecho feto, la placenta se ha formado, y las caducas ovular y uterina del primer huevo se han soldado. La fecundación no es posible en este

caso por estar interceptada la comunicación del cuello con las trompas, por tanto, no puede verificarse la unión del espermatozoide con el óvulo.

La segunda clase de fecundación es llamada por otros autores superimpregnación, subdividiéndola en superfecundación y superfetación.

Tratándose de la primera subdivisión, el intervalo entre las fecundaciones no pasaría de algunos días; en la segunda está ya desarrollado un huevo de varias semanas.

Basándose en hechos comprobados se admite generalmente la superfecundación: una blanca, tuvo relaciones con algunos días de intervalo con un blanco y con un negro dando á luz respectivamente un blanco y un mulato. Pinard en su servicio de Lariboisiere cita el caso de una mujer que tuvo relaciones en el mismo día con un hombre sano y con otro sifilítico. Nacieron dos niños uno perfectamente sano y otro manifiestamente sifilítico. Podría objetarse á estos ejemplos que trasmitiéndose diversamente los caracteres de los padres á la descendencia, predominando muchas veces, muy marcadamente alguno en particular, de cualquiera de ellos, podría ser (en el primer caso) que los dos niños fuesen hijos del negro, atribuyendo al niño blanco los caracteres de la madre y al negro los del padre. Tratándose de las diversas especies de animales, vemos todos los días ejemplos palpables que nos dan las diferentes cruzas

(yeguas servidas por caballos de razas diferentes, por caballo y asno).

La superfetación (equivalente al superembrionamiento de Auvard), no podría coincidir con la superfetación de este mismo autor, teniendo entendido que no hay fecundación posible una vez soldadas las caducas — Un primer embarazo existe desde varias semanas y aún meses, hasta que se produce una segunda fecundación. Como pruebas evidentes en que se basan diversos autores para defender la superfetación, se citan casos reales de partos de niños vivos, con semanas, y hasta meses de intervalo — Es clásico el caso de Marianne Bigaud: dá á luz un niño vivo y viable el 1º. de Abril de 1748 y el 17 de Septiembre del mismo año dá á luz otro niño á término, esto es, con cinco meses y medio de intervalo. El primero no podía ser expulsado á término, desde que el segundo no podía ser concebido cuando aquel tenía cinco meses y medio, por soldadura de las caducas, pero, siendo viable, por lo menos y guiándose por el límite de seis meses que acuerda la medicina legal á la viabilidad debía tener este límite de vida intrauterina. El 20 de Enero de 1780 Benoite Franquet dá á luz una niña que aparentaba unos siete meses, y el 6 de Julio del mismo año, otra á término.

El 11 de Noviembre de 1796 una mujer dá á luz una niña al parecer á término, y el 11 de Abril del año siguiente, otra en las mismas condiciones. Los autores que

no admiten la superfetación, invocan las objeciones siguientes: el hecho que uno de los fetos nace un poco antes de término y el otro un poco después; la inercia fisiológica de uno de los óvulos fecundados que por consiguiente se desarrollaría menos rápidamente que el otro; la bifidez del útero. En la autopsia de Marianne Bigaud realizada en 1755 se constató un útero único. Siendo los dos fetos concebidos al mismo tiempo sin superfetación; no podría ser, que por las anastomosis de las circulaciones de los fetos, uno de ellos se apropiara la circulación del otro, con perjuicio de este, que quedaría con un desarrollo físico inferior al primero; y que, al ser expulsado este á los seis meses, con apariencia de más, por exceso de desarrollo producido por la abundancia de material nutritivo; para el segundo se prolongara el embarazo hasta que adquiriera el volumen y caracteres de madurez, por verse ya libre de la traba que el primero ponía á su crecimiento, y recien fuera expulsado? Con estas hipótesis se explica la diferencia de cinco meses y medio en los partos, aún siendo los dos fetos concebidos sin superfetación, prolongando el embarazo dos meses y medio; pero es fácilmente refutable y no destruye por tanto la plaza inexpugnable de los partidarios de la superfetación. En primer lugar una prolongación tal del embarazo no se ha comprobado nunca, los embarazos más prolongados, citados por algunos autores ingleses, son de 317 días (300 días, lí-

mite médico legal), ó sea 37 días más de lo común, que poniéndonos en su posibilidad para el segundo feto en este caso, descontando los treinta y siete días de los cinco meses y medio, nos quedan cuatro meses y ocho días de intervalo entre los partos, que no nos explicamos sin superfetación, y por las mismas razones que no nos explicamos con cinco meses y medio. Además, para que la hipótesis se verificara la preñez tendría que ser univitelina, para que haya comunicaciones placentarias de las circulaciones de los fetos; y si bien sabemos que puede ser expulsado un huevo completo y el otro continuar su desarrollo, esto sucede en las preñeces bivitelinas, Bumm no acepta la superfetación en un útero normal, ni aún en uno bífido por suspenderse la ovulación en la primera concepción; pero algunos autores han demostrado la realidad de la madurez de un folículo de Graaf, con autopsias de mujeres muertas durante la preñez.

Disposiciones anatómicas del huevo

Pueden observarse dos disposiciones distintas en el embarazo gemelar: a) el huevo es doble; b) el huevo es único.

a) Colocados los dos óvulos fecundados en dos puntos distintos del útero, encontramos dos huevos completamente distintos, poseyendo cada uno sus tres membranas

correspondientes, (amnios, chorión y caduca) su placenta, y encerrando su feto.

La circulación de uno es independiente de la del otro. El adosamiento de los dos huevos se efectúa por un tabique que comprende seis hojas; dos amnios, dos chorións y dos caducas. No es raro encontrar las caducas fusionadas en una sola membrana. Lo importante es que las membranas de origen fetal son distintas para cada uno de los huevos. Uno de ellos puede ser expulsado, en tanto que el otro continúa viviendo y desarrollándose en el útero. Pinard ha observado una disposición particular del tabique en ciertos casos en que se encuentran las placentas separadas. El tabique empieza sobre uno de los bordes de las placentas, en lugar de encontrarse más ó menos á igual distancia de los bordes de las dos placentas. Las membranas de uno de los huevos contraen adherencias con la faz fetal de la otra placenta por consecuencia del desplazamiento de un huevo por el otro. Dos huevos contenidos en una cavidad uterina es necesario que se acomoden: sobre la periferia de las membranas se encuentran dos masas placentarias distintas. Vemos primero una cavidad, continente del primer feto con el cordón inserto sobre una placenta; luego otra continente del segundo feto con el cordón inserto sobre la otra placenta.

El primer huevo forma una gran cavidad que recubre el segundo huevo

Los dos óvulos fecundados se alojan uno después del otro en un mismo repliegue de la mucosa uterina. Una sola caduca ovular se refleja alrededor de ellos, y los engloba. Compuesto al principio, el tabique de adosamiento de dos amnios y dos chorións, pueden estos últimos fusionarse, y más ó menos reabsorberse, quedando solo los amnios para formar el tabique. — Las dos placentas forman una sola masa á circulación independiente; á veces, sin embargo, existen anastómosis entre los gruesos vasos funiculares de uno y otro. — Son sobre todo vasos venosos. La expulsión de uno de los huevos trae aparejada casi fatalmente la del segundo; no así la muerte de un feto, que puede producirse sin perjuicio del segundo. Los cordones son á veces insertos al tabique por un repliegue amniochorial formando una especie de meso. También pueden encontrarse enteramente incluídos en el tabique.

b) — *Huevo simple* — A veces el huevo es único. Se admite racionalmente que un solo óvulo ha sido fecundado, pero que él contenía dos gérmenes. La placenta es única; la circulación de los fetos común. La muerte de uno, fatalmente acarrea la del otro.

Es general encontrar dos cordones. Por excepción, de una placenta común sale un cordón único, que luego se divide en dos porciones dirigiéndose cada una al ombligo del feto correspondiente.

Por sus movimientos y desplazamientos los fetos libres en la cavidad, pueden provocar un enroscamiento de los cordones formando nudos de forma diversa.

Neumann cita el caso de haber observado uno de los cordones estrechando al otro por un nudo simple. Hay otros casos interesantes de Soete y Ribemont - Dessaignes.

Líquido amniótico — Es común encontrarlo aumentado : hidropesia del amnios.

Esta exageración en la cantidad de líquido, puede influir dificultando el diagnóstico.

— Mucho se ha insistido sobre la necesidad de distinguir en las preñeces gemelares si son univitelinas ó bivitelinas (fecundación de uno ó dos óvulos).

Univitelina — En 15 % de gemelares — Mucho más rara que la bivitelina — Los fetos pueden estar contenidos en el mismo amnios ó en dos cavidades amnióticas distintas ; el tabique en este caso, consta de dos amnios, teniendo común la caduca ovular y el chorión. Es raro el cordón único ; vemos generalmente dos, é independientes completamente desde su nacimiento — Placenta única y grande. Los territorios placentarios de ambos fetos, tienen comunicaciones vasculares superficiales y profundas. A esta circulación la llama Schatz tercera circulación para distinguirla de la placentaria materna y placentaria fetal. La más común es la intervellosa

en que la sangre de un gemelo penetra por una arteria en una vellosidad corial, y sale por una vena, que vá á la umbilical del otro gemelo; pudiendo coexistir en el caso inverso. Las anastomosis superficiales las describe Schatz del modo siguiente: La sangre pasa de una ó de arterias intervellosas del gemelo A, á una ó á venas intervellosas del gemelo B, vuelve luego al gemelo A, superficialmente por vía arterial, por anastomosis de arteria á arteria; es lo común (18 en 34, Schatz) — La sangre pasa de una ó de arterias intervellosa del gemelo A, á una ó á venas del gemelo B, se produce en el sistema venoso del gemelo B, un aumento relativo de tensión sanguínea que indica el sentido de la derivación por anastomosis superficial de vena á vena entre los gemelos. Es el caso más raro — (2 en 34, Schatz). Esta tercera circulación nos explica la vida y el desarrollo, cuando uno de los fetos es monstruo acardíaco, entonces su circulación se hace á expensas del corazón del otro feto que puede resultar hipertrófico y dilatado por exceso de trabajo. De ella deducimos la precaución de ligar los dos extremos del cordón cuando nace el primer niño, para evitar una hemorragia que puede ser perjudicial al segundo. Por lo que antecede vemos que los fetos, que son siempre del mismo sexo, predominando el femenino, tienen solidaridad fisiológica entre sí, á diferencia de los proce-

dentes de preñez bivitelina, pudiendo también manifestarse esta solidaridad por semejanza física y psíquica (1)

Bivitelina — Existe distinta cavidad para cada feto; cada una con tres hojas: amnios, chorión y caduca; dos cordones independientes, y dos placentas ó solo una masa placentaria, fácilmente disociable en dos; no existe comunicación vascular entre ellas; los fetos pueden ser ó no del mismo sexo; la proporción según la cual encontramos una ú otra de estas combinaciones es de 50 %. Los fetos son independientes fisiologicamente. La caduca ovular, de origen uterino, puede faltar en el tabique de separación de las dos bolsas: (cuatro hojas, dos amnios y dos chorións, en vez de seis dos amnios, dos chorións y dos caducas). Se explica la falta de las caducas ya porqué al insertarse los huevos en la mucosa uterina, lo han hecho muy próximos y un solo repliegue los ha englobado, ya por reabsorción — Lo de origen fetal es distinto por ser engendrado por dos óvulos.

Utero — Puede presentar dos cavidades, ser tabicado. Los huevos son distintos y completos; cada uno (aparte de sus membranas fetales) posee una caduca ovular y una caduca uterina — Han existido casos de preñez gemelar, en los cuales había á la vez preñez uterina y preñez extrauterina.

---

(1) Lazcano.

Particularidades del organismo materno

Aunque no constantes, los embarazos gemelares nos dán signos, que pudiendo existir en los simples, tienen sin embargo en el primer caso su importancia en cuanto á la sintomatología y diagnóstico. Nos encontramos, en una época que no corresponde á la edad de la preñez, con un desarrollo exagerado del vientre; también mayores son los trastornos gástricos y nerviosos que en la preñez simple; los movimientos fetales se desarrollan en toda la extensión del útero.

Como consecuencia del mayor desarrollo del abdómen, la embarazada experimenta una disnea más ó menos intensa dificultad para la marcha y estación de pié y fenómenos de compresiones vasculares (várices de los miembros inferiores y vulva, hemorroides, edema de los miembros y pared abdominal, etc) — Del lado del útero encontramos variaciones en cuanto á su forma: desarrollo exagerado del fondo, escotadura mediana etc.

Palpación — El signo importante que nos revela este medio de exploración es la tensión permanente de la pared uterina que describe Pinard: «En lugar de depri-

mir con facilidad la pared uterina, se la siente tensa y resistente; es una sensación análoga á la que se experimenta cuando se deprime la pared de una vegiga de cautchut distendida por líquido ó por aire. No es la sensación blanda que se percibe, en ausencia de toda contracción, cuando se deprime la pared del útero normalmente lleno; no es tampoco la sensación dura, casi leñosa, que se percibe cuando se deprime la pared uterina durante la contracción; es una sensación intermedia que se puede comparar aún con la muy conocida de los médicos y que se percibe cuando se deprime la pared de un quiste lleno».

Si acentuamos esta palpación en todos sentidos, seguramente encontraremos los dos polos fetales: uno, el inferior, encajado en la excavación ó á nivel de las fosas ilíacas; el segundo, superior, en el fondo del útero. Llegando sobre un segundo plano resistente; ó bien constatamos la presencia de un tercer polo á nivel de las fosas ilíacas, y de un cuarto en el fondo del útero.

Bastará para afirmar el diagnóstico de preñez gemelar la constatación evidente de tres polos fetales. Cuando logremos constatar la edad exacta del embarazo, sobre todo, cercana al término, y aún cuando solo hubieramos encontrado dos polos, podríamos diagnósticar gemelos, cuando es muy grande la distancia que separa dichos polos. Sin embargo no es éste un signo de certeza absoluta; y además es difícil que con paciencia

no logremos constatar el tercer polo. En casos difíciles, es necesario, antes de diagnósticar hacer exámenes prolijos y repetidos, que las más de las veces, servirán para pronunciarse con certeza.

Auscultación — Es más un medio de control, que un procedimiento de diagnóstico. En el caso de encontrar dos focos de latidos, separados por un espacio silencioso, y que contados por prácticos, á un mismo tiempo, den diferencia notable en su número, nos servirá, y tendrá la importancia de un signo cierto. Sin embargo en la posición posterior izquierda de la presentación de vértice, es posible hallar dos focos, pero el número de latidos será igual en ambos.

Puede también suceder que se oiga un solo foco, en caso de muerte del otro feto; ó la imposibilidad de oír más de uno, en ciertos casos constatados de preñez gemelar como cuando existe hidramnios en la bolsa correspondiente, siendo necesaria la expulsión del primer feto, para oír el segundo foco.

Tacto — Poco importante en la duración del embarazo. Uno de los polos, encajado, lo diferenciaremos de los otros contenidos en la cavidad. En el parto nos indicaría la aparición simultánea de dos bolsas de agua, de más de dos pies, de dos semejantes (izquierdos ó derechos).

DIAGNOSTICO — Faltando los síntomas más salientes, ó presentándose de un modo general, el diagnóstico puede pasar desapercibido hasta el momento del parto.

En cambio si los síntomas que hemos enumerado se destacan con alguna exageración (trastornos gástricos y nerviosos, desarrollo excesivo del útero, edema, várices, tensión permanente de la pared uterina) nos inclinaremos á pensar en la posibilidad de un embarazo gemelar, dándole solo una importancia relativa á esta creencia, que solo será realmente cierta, si á fuerza de exámenes repetidos con minuciosidad logramos comprobar algún signo de verdadera certeza. — Varias son las causas que pueden inducir á error en el diagnóstico de la preñez gemelar: El hidramnios, haciendo más intensos los síntomas de la embarazada: dolores, vómitos, edema. várices, hemorroides. Por la palpación encontramos dos polos, sea un solo feto. — Un fibroma podría confundirnos, haciéndonos creer en un tercer polo, habiendo solo un feto — Sin embargo no dará la sensación de peloteo como un polo fetal, ni tendrá la movilidad de éste; en las contracciones uterinas se percibirá más fácilmente; por el contrario las partes fetales se hallarán más ocultadas; por último no habrá doble foco. — Un feto voluminoso con placenta grande y abundante líquido amniótico, particularmente si se presenta en O. I. I. P. nos podría dar signos de preñez gemelar; sin embargo no hallaremos el tercer polo fetal, y los

latidos de los dos focos (existentes en este caso) serían isócronos.

No solo podemos diagnósticar la preñez doble, sinó también la posición de los fetos por medio de la palpación. Lo mismo la existencia de dos bolsas; si hay ó no hidramnios en alguna de ellas por la diferente tensión ó por hallarse separadas por un surco.

Será más dificultoso el diagnóstico de preñez gemelar durante el trabajo por la continuidad de las contracciones uterinas. Después de la expulsión del primer feto, será más fácil, guiándonos por el gran volúmen del útero, ó por el tacto que nos permitirá reconocer la presentación del segundo en el orificio cervical ya dilatado.

Durante los últimos meses del embarazo gemelar, es muy raro que los fetos cambien de posición, se explica por el hecho de estorbarse éstos mutuamente, restringiéndose sus movimientos.

En el momento del parto, una vez expulsado el primer feto, puede el segundo cambiar de posición; recien entonces tomaremos en cuenta su presentación.

Podemos tener idea, durante el embarazo, de la posición y presentación del primer feto que está en relación con el estrecho superior; no así del segundo cuya posición y presentación serían relativas.

Presentaciones y posiciones en el embarazo. — Incluyo aquí los datos recogidos del trabajo del Doctor Ubal-

do Fernández, presentado á la Facultad de Medicina en el año 1906.

«Las posiciones que pueden guardar entre sí los dos fetos podemos dividirlas en tres grupos: 1º. paralelos verticales, 2º. perpendiculares y 3º. paralelos horizontales. Aunque un tanto esquemática esta clasificación está de acuerdo con lo que nos enseña la clínica.

Los fetos del primer grupo, el más común, uno ocupa la mitad derecha del útero, el otro la mitad izquierda; generalmente en distinto plano; uno más anterior el otro más posterior. Muy rara vez se les encuentra francamente antero-posteriores uno delante y el otro detrás. Es por otra parte muy común que uno esté más bajo que el otro.

En los del segundo grupo (en T ó ⊥), uno ocupa el segmento inferior, el otro el fondo de la matriz; este grupo se subdivide en dos: 1º. en T feto superior horizontal é inferior vertical más frecuente; 2º. muy raro, en ⊥ feto inferior horizontal, superior vertical.

Los del 3er. grupo, ambos transversales, muy raro de encontrar, ocupan como los anteriores, uno el segmento inferior, el otro el fondo del útero.

Estas posiciones principales se subdividirían después de la serie de combinaciones que conocemos y que señalan todos los autores teniendo en cuenta las relaciones de los polos fetales entre sí, y de estos con las partes maternas».

Duración del embarazo gemelar: — Un accidente frecuente en el embarazo gemelar es su terminación prematura; muchas veces por su simple evolución normal y no por las causas patológicas comunes.

Incluyo una estadística de Pinard, basada en 150 casos de su maternidad:

Partos á término ó cercanos á el		42	casos.
»	8 ½ meses	24	»
»	8 »	35	»
»	7 ½ »	10	»
»	7 »	14	»
»	6 ½ »	9	»
»	6 »	7	»
»	5 ½ »	5	»
»	4 ½ »	1	»
»	4 »	3	»

Es más común el parto prematuro en las primíparas que en las multíparas (De 43 primíparas, 36 paren antes de tiempo; de 120 multíparas 90 se anticipan, ó sea para las primeras 83'7 % y para las segundas 75 %; (Monteiro).

Accidentes del embarazo: — Más frecuentes en el ge-

melar que en el simple: eclampsia, hidramnios, albuminuria.

El hidramnios domina en la producción del aborto; lo mismo es el causante muchas veces del parto prematuro, aumentando la superdistención existente ya en el útero por el hecho de contener dos fetos.

Es natural en el aborto, la expulsión de los fetos uno enseguida del otro, es raro encontrar un intervalo de varias horas entre las dos expulsiones; hay citado, sin embargo, un caso, en que habiendo dos huevos, fué abortado uno, y el otro continuó desarrollándose hasta llegar á término. En general las placentas son expulsadas después de los fetos; en otros casos la del primer feto sale antes de la expulsión del segundo.

Los abortos múltiples, exponen más á la retención placentaria, sobre todo cuando la placenta es única, por su gran volúmen (Maygrier y Demelin).

Otra causa de aborto, es la muerte de uno de los fetos. Con todo, puede no producirse el aborto, y seguir desarrollándose el otro feto hasta llegar á término. El muerto por lo general se momifica, se aplana, (feto papiráceo) y es expulsado con los anexos en el alumbramiento.

Además de las causas ordinarias de muerte del feto, encontradas en el embarazo simple, pueden agregarse, en el gemelar la extrangulación por el cordón (Soete).

En las univitelinas, por las anastomosis vasculares,

un feto, al apropiarse la circulación del otro, puede causar su muerte.

En el embarazo gemelar, la madre está siempre más expuesta á accidentes: los vómitos, se hacen fácilmente incoercibles; aparte de los edemas por compresión, se agregan los producidos por la albuminuria, muy común en el estado de la preñez gemelar. La autointoxicación del embarazo ya provenga de falta de eliminación de toxinas, ó de absorción de las mismas (formadas en la madre ó en el huevo), conducirá más fácilmente á la producción de la eclampsia y disminuyendo la resistencia orgánica dejará á la paciente en peores condiciones para luchar con las complicaciones del parto y alumbramiento.

Pronóstico: — En general, es menos favorable que en el embarazo simple, tanto para la madre, como para los fetos.

El predominio de ciertos síntomas, de por sí molestos en el embarazo simple disminuirán la resistencia del organismo materno, aumentando la probabilidad de los accidentes frecuentes, y tantas veces funestos por sus complicaciones y consecuencias.

Cuidados necesarios: — Tanto más benéfica será nuestra acción cuanto más precoz sea el diagnóstico del em-

barazo gemelar ya sea en beneficio de la madre, ya en el de los gemelos.

Tratándose de un fenómeno fisiológico, nuestra acción, durante el embarazo será mantener el organismo materno dentro de esas condiciones, aprovechando los recursos que la higiene nos presenta.

Con mayor razón debemos instituir las reglas de higiene en el embarazo gemelar, que como sabemos, actúa más desfavorablemente en el organismo materno, disminuyendo su resistencia.

El ejercicio físico, la eliminación y el buen funcionamiento del hígado, riñón, y emunctorios naturales, debe preocupar mayormente nuestra atención.

El reposo será muy conveniente en los días que coinciden con la época de la menstruación, y tanto más importante cuanto más nos acercamos al término del embarazo. Es atendiendo al gran número de abortos y partos prematuros, que tiene importancia esta prescripción.

Evitaremos la ingestión de substancias inadecuadas al buen funcionamiento de los amunctorios, y las capaces de aumentar la toxicicidad de los jugos orgánicos. — Será muy conveniente, especialmente en el último mes del embarazo, instituír absolutamente el régimen lácteo.

El frecuente análisis de la orina, nos permitirá dárnos cuenta del estado general del organismo, como también de la suficiencia hepática y renal, siendo por

estas causas importantísimo, no debiendo descuidarlo jamás.

En cuanto á la antisepsia de los órganos genitales, solo la comprendemos en los casos de vaginitis con abundante leucorrea (irrigaciones vaginales con antisépticos débiles).

Debemos abstenernos del cambio de la posición y presentación de los fetos, muy difícil de llevar á cabo.

Tratándose del primer feto, una vez encajado, convendría saber su presentación; en cuanto al segundo, solo después de la expulsión del primero, nos interesará su presentación y posición definitiva.

PARTO GEMELAR

Podemos considerar como un parto doble el eutócico gemelar, haciendo notar que el segundo no será completo por faltar los fenómenos anteriores á la expulsión del feto, desde que solo en el primero tienen lugar, salvo raras excepciones.

Los fenómenos que acarrea un primer parto gemelar, serán los mismos de un simple (contracciones uterinas, dolorosas é intermitentes, contracciones de los músculos abdominales, contracciones vaginales, derrame de limos, borramiento del cuello, dilatación de su orificio, ampliación vaginal, perineal y vulvar; formación de las bolsas de las aguas, ruptura de las membranas; fenómenos acomodativos del feto en la hilera genital que tiene que atravesar, y deformaciones plásticas del mismo).

Algunas particularidades se producen en estos fenómenos tratándose de parto gemelar; las contracciones uterinas pueden ser menos enérgicas por la superdistención sufrida por la matriz en el transcurso del embarazo; el borramiento del cuello más lento por su incompleto reblandecimiento, debido á la premura del parto; la dilatación del orificio del cuello también lenta por

dicho reblandecimiento que no ha llegado al límite, aparte de que la existencia del segundo feto en la matriz, disminuye la fuerza de sus contracciones.

Los fenómenos acomodativos pueden entorpecerse por la presencia del otro feto, dificultando la expulsión obligando á intervenir en muchos casos distócicos.

En cuanto á la duración, el primer parto presenta variaciones. Según Monteiro es sensiblemente igual á un simple.

Referente al parto del segundo feto, encontramos generalmente omitidos los fenómenos preparatorios con él relacionados, antes de la expulsión; decimos generalmente pues en casos raros suele haber excepciones (siendo el primer feto pequeño, dilatación incompleta para el pasaje del segundo que tendrá que completarla; reformación y reconstrucción del cuello, después de la primera expulsión, etc.).

Es lo común que el segundo feto se presente inmediatamente después del primero, sobre todo siendo suficientes las contracciones uterinas — (15 á 20 minutos).

La duración media de este segundo parto es de 10 á 30 minutos, pudiendo disminuir ó prolongarse bastante este tiempo.

Según la estadística del Doctor Fernández tenemos:

Período de dilatación del cuello:

	Primíparas	Segundíparas	Multíparas
Duración máxima	62 horas	27 horas	26 horas
« mínima	5 «	1 á 2 «	1 á 2 «
« media	15 «	10 «	5 «

Período expulsivo:

	Primíparas	Segundíparas	Multíparas
Duración media	2 horas	1 hora	35'

Duración total del trabajo:

Primíparas	Segundíparas	Multíparas
de 8 á 23 horas	de 4 á 27 horas	de 1 h. 50' á 6 h.

Duración general del trabajo:

	Primíparas	Segundíparas	Multíparas
Máxima	63 horas	28 horas	29 horas
Mínima	8 «	2 «	1 á 2 «
Media	15 á 20 «	10 á 15 «	5 á 10 «

La presentación de los fetos puede variar según los casos: ó bien se presentan sucesivamente en el recto superior, penetrando aisladamente uno después de otro en la excavación, ó bien se encajan simultáneamente, originado los casos de distocia. Hemos visto anterior-

mente el modo de realizarse comunmente el parto sucesivo.

Nos ocuparemos someramente de los casos de distocia especial en la presentación simultánea de los fetos.

En estas circunstancias nuestra conducta tendrá que ser regida en cada caso particular, no solo en lo referente á la madre, sinó también á la vitalidad de los fetos, que puede estar seriamente comprometida, sino se interviene oportunamente con el fin de prácticar el desencajamiento si los fetos están vivos ó en casos de muerte operaciones reductoras.

La actitud de los fetos es variable en su presentación: Los dos fetos se presentan por el vértice; el primero por la nalga el segundo por el vértice los dos fetos se presentan por la nalga; el primero por la cabeza, el segundo por el plano lateral; el primero por la nalga, el segundo por el tronco; el primero por el tronco, el segundo por la nalga.

Conducta á seguir. — No difiere en el primer parto de la seguida en el curso de un parto común: si al cabo de dos horas de la dilatación completa, el parto no se termina, habrá que proceder á la extración de los fetos.

La mayoría de los autores considera necesaria la ligadura del extremo placentario del cordón aunque no practicándola (dice Pinard), la hemorragia nunca será tan abundante como para comprometer la vida del se-

gundo feto. Después de haber practicado la ligadura del cordón conviene orientarnos acerca de la presentación del segundo feto y correjirla si es viciosa, haciendo el tacto en caso de necesidad para cerciorarse de que no haya procidencia de miembros, cordón, ú otro accidente cualquiera, y remediarlos á tiempo.

Temiendo que por un decolamiento de la placenta el feto sufra, y para apresurar más la terminación rápida de la expulsión opinan algunos que deben romperse inmediatamente las membranas de la segunda bolsa; otros por el contrario prefieren estar á la expectativa y esperar, siempre que no haya indicaciones en contrario (hemorragia materna, sufrimiento del feto).

Cuando ha tenido lugar la expulsión del segundo feto, es conveniente esperar un cierto tiempo antes de practicar la delivrance para permitir al útero, volver á su estado, pues sin esta precaución puede sobrevenir una hemorragia abundante.

Cuando ha llegado el momento de la delivrance, cuando la placenta se ha encajado en la vagina, cómo procederemos? Haciendo la delivrance mixta por tracciones y por expresión, pero como ignoramos sobre que cordón es mejor tirar, usaremos sobre todo las presiones ejercidas sobre el fondo del útero, tomando el cordón que se inserta sobre la porción de placenta más fácilmente accesible.

Si hay hemorragia, practicar la delivrance artificial

(uterina) sin esperar, pues la pérdida de sangre puede traer consecuencias mucho más graves que en el parto simple.

Pronóstico: — Será siempre menos favorable que en el parto simple. Se explica pues el inconveniente y complicaciones inherentes al parto simple, se presenta en el gemelar con doble probabilidad.

Además la lentitud del trabajo, el agotamiento consecutivo de las fuerzas de la madre y la posibilidad más frecuente de las intervenciones dejan el organismo en condiciones inferiores para la lucha.

En primer término la antisepsia más completa será tenida muy en cuenta en todo momento con el fin de conjurar en lo posible, las complicaciones y accidentes, tan comunes en el parto gemelar.

Por parte del partero, la antisepsia rigurosa de sus manos y antebrazos y la asepsia más completa en su material de curación.

A la parturienta se la puede someter á ciertas practicas antisépticas salvo contra-indicaciones especiales (lavado de los órganos genitales externos con jabón y solución de lisol al 5 por 1000; otro lavado con solución de bicloruro de hidrargirio al 1 por 1000 y previa antisepsia de las manos, una inyección vaginal del mismo antiséptico al 1 por 5000).

Es opinión de distinguidos parteros, no hacer antisep-

sia vaginal por considerarla innecesaria, en la asistencia privada y aún en maternidades donde las parturientas no tengan que ser manoseadas á los efectos de la enseñanza.

Es común ver hacer copiosas irrigaciones vaginales después del parto y antes ó después del alumbramiento.

Pueden ser estas innecesarias, y lo que es peor perjudiciales.

Efectuada la expulsión del feto, debe esperarse el alumbramiento, y recien entonces se hará el toilet externo, que se practicará también durante el puerperio, sin pasar de los órganos genitales externos.

Siendo la infecciones puerperales casi siempre de origen heterógeno trataremos, durante el trabajo del parto, de no practicar, sinó los tactos extrictamente necesarios (al principio del trabajo; en el momento de la rotura de la bolsa de las aguas; después de la expulsión del primer feto).

Dependiendo la benignidad ó malignidad del pronóstico, en muchos casos de la antisepsia practicada, hemos relatado en este lugar sus principales indicaciones.

ALUMBRAMIENTO

Este tiempo importante del parto, no presenta, en general, caracteres especiales que lo diferencien del parto simple.

Nacido el primer gemelo debe ligarse su cordón en el sitio habitual y al nivel de la vulva por si las circulaciones se comunican; no asi en el segundo, como algunos hacen para darse cuenta de los tiempos del alumbramiento; á este fin es inútil y por otra parte ligándolo se hace quedar en la placenta, cierta cantidad de sangre que vendría á aumentar el gran volúmen que ya tiene y por consiguiente dificultar aún más su expulsión.

Habitualmente la delivrance se efectúa en una sola vez, después de la expulsión del segundo feto. Según una estadística de Pinard sobre 148 casos, encuentra 79 veces una placenta y 69 veces 2.

Cuando hay dos masas placentarias distintas reunidas por un puente membranoso la delivrance se efectúaa de la misma manera; pero puede suceder que después de la expulsión del primer feto la placenta correspondiente se despegue haciendo decolar parcialmente la segunda placenta que puede acarrear grandes inconvenientes para el segundo feto.

En raros casos, con dos huevos completamente separados y dos masas placentarias distintas, la expulsión puede no tener lugar sino después de la salida de los dos fetos, pudiendo también observarse la expulsión de la placenta del primero antes de la salida del segundo.

Esto solo en casos excepcionales (Monteiro; 2 en 164).

Una particularidad del alumbramiento en los gemelares es la mayor frecuencia de las hemorragias.

Aparte de este inconveniente la inercia y el volúmen considerable de los anexos pueden dificultar la expulsión.

Asi mismo esta puede ser retardada por la dificultad en el encajamiento ó por el volúmen mayor de la ó de las masas placentarias.

Es de recomendar no practicar inmediatamente el alumbramiento después de la expulsión del segundo feto, para dar tiempo al útero que recobre su tonicidad.

Será preferible la expresión y no las tracciones sobre los cordones, por la dificultad de saber, cual de ellos hay que tirar para el mejor éxito.

Después de una ó dos horas si el desprendimiento no se efectúa expontáneamente, ó si (sobre-viene una hemorragia, debemos recurrir al alumbramiento artificial sin pérdida de tiempo, que á veces, bastará por sí solo para contener la pérdida de sangre.

Será prudente practicar una inyección de ergotina, para ayudar á la tonicidad del músculo uterino; ma-

saje á traves de las paredes del abdómen y lavajes calientes intra - uterinos.

Si siguiera la hemorragia, algo intensa, ó amenazare serlo por inercia uterina, á pesar del alumbramiento expontáneo, recurriremos sin pérdida de tiempo, dejando de lado, los anteriores procedimientos de eficacia dudosa, al medio hemostático por excelencia: el taponamiento intrauterino.

A pesar de los accidentes y complicaciones á que están expuestos el embarazo y el parto gemelar, pueden éstos evolucionar felizmente con la más perfecta normalidad terminando en un puerperio ideal, sobre todo observando extrictamente las reglas de higiene, tan importantes en esta materia.

Sin embargo hay que señalar la mayor predisposición que presenta la puérpera de partos gemelares á la infección puerperal, y á la eclampsia.

La debilidad en que queda el organismo, las frecuentes hemorragias, y el mayor número de maniobras é intervenciones á que son sometidas las parturientas, nos explican la mayor frecuencia de estas infecciones.

La mortalidad materna es de 1 por 44 en los partos gemelares, siendo de 1 por 70 en los simples. (Clark).

LOS GEMELOS Y SUS ANEXOS

Sexo — Los fetos son generalmente del mismo sexo, 65 %.

Las estadísticas de Etienne y de Veit constatan el predominio del sexo masculino sobre el femenino. Según Ribemont no es tan marcado como en los partos simples. En estos los masculinos están en la proporción de 106'6 por 100 femeninos, mientras los procedentes de preñez gemelar como 104 á 100.

En 149.964 casos de embarazo gemelar (estadística de Veit), tenemos:

Del mismo sexo	95.625	(dos varones 49.692
		(dos mujeres 45.933
De sexo diferente	54.339.	

Se vé el predominio del sexo masculino en la proporción de 105'1 á 100, y también, bastante marcado el de las coplas unisexuadas.

Desarrollo — Casi nunca llega al promedio de la generalidad, aún llegando á término el embarazo, no muy

común, sobre todo en las primíparas. Asimismo hay desigualdad en el crecimiento de los dos gemelos, explicable por la diferencia de territorio placentario y por la desigualdad de las comunicaciones vasculares.

Oscila generalmente el peso entre 2.000 y 3.000 gramos.

La primi ó multiparidad en igual edad del embarazo, y el sexo de los fetos, no tienen mayor influencia en las desigualdades de desarrollo.

La longitud es muy irregular en una misma edad, y en general ligeramente inferior á la que presentan los fetos del embarazo simple. (0'456 en vez de 0'500 en los simples).

Una longitud relativamente excesiva encontramos hacia el 7°. mes de embarazo, que aumenta luego muy poco hasta llegar al término.

Los datos sobre peso y longitud de los gemelos se corresponden mutuamente.

En el embarazo gemelar no siempre el peso y la longitud de los fetos están en razón directa; no es raro encontrar fetos de poco peso y muy largos (1200 grs. y 48 ctm.) ó lo contrario (3590 grs. y 46 ctm.) (Fernández).

Estas diferencias en el peso y longitud suelen hacerse más notables á medida que se acercan al término del embarazo. Al principio serían insignificantes.

Actitud: — La más común es, en ambos gemelos la cabeza abajo, y el tronco, uno á la derecha, otro á la izquierda; una cabeza abajo y otra arriba, ó bien las dos cabezas arriba.

Budin distingue tres variedades; en la primera, un feto ocupa la mitad derecha, y el otro la izquierda del útero, en la segunda, uno ocupa el fondo del útero, otro su segmento inferior, y en la tercera se encuentran situados uno delante del otro, ocupando la mitad anterior el primero, y la mitad posterior el segundo. De esta última variedad, muy rara, Ribemont Dessaignes han observado un caso típico.

Tomando un promedio general de estadísticas de Depaul y Tarnier, Pinard y Werth, sobre un total de 1951 partos gemelares tenemos (en cuanto á su presentación).

Vértice y vértice	988	veces	— 50'6 %
Vértice y nalga	495	»	— 25'4 »
Nalga y vértice	74	»	— 15'9 »
Nalga y nalga	190	»	— 9'7 »
Vértice y hombro	16	»	— 3'4 »
Nalga y hombro	67	»	— 3'4 »
Vértice y cara	5	»	— 1 »
Hombro y hombro	9	»	— 0'4 »
Cara y vértice	2	»	— 0'4 »
Hombro y nalga	2	»	— 0'4 »
Hombro y vértice	2	»	— 0'4 »

Cara y nalga	1	»	—
Nalga y cara	1	»	—
Frente y vértice	1	»	—

Mortalidad: — Es más crecida que en el parto simple (1 por 13 en el gemelar, 1 por 20 en el simple, según Clarke).

No es de extrañar dado que la vida de los gemelos se halla siempre más comprometida por la mayor predisposición para el aborto; las complicaciones maternas más comunes, repercuten indudablemente sobre los pequeños seres.

A todos los accidentes inherentes al parto agregaremos la menor vitalidad por la falta de madurez, debido al desenlace prematuro, y algunos que consiguen vivir algunas horas ó días, mueren muy pronto al no reponerse de las lesiones sufridas.

Anexos: — Peso medio

Anexos del 5º. mes	320 gramos
» » 6º. »	600 id
» » 7º. »	800 id
» » 8º. »	900 id
» » 9º. »	1000 id

En los de término, el mayor observado fué de 1300

gramos y el menor de 700. En general el peso de los anexos está en razón directa del de los fetos.

Formas y relaciones de las placentas: El exámen ha sido hecho macroscópicamente:

La placenta presenta una masa única circular en 21 casos
id id id id id id oval en 2 id
id id id id id id irregular en 1 id

Hay dos placentas reunidas por el borde en 8 casos
id id id id id membranas en 11 id
id id id separados por completo en 5 id

La denominación de placenta única no se refiere más que á su forma de conjunto; puede decirse que, en la mayoría de los casos era formada por la reunión de dos, y cuyas vinculaciones íntimas, solo nos las hubiera revelado el microscópio.

Siempre hemos encontrado dos cavidades amnióticas separadas por completo.

Aún en las placentas, distantes una de otra, algunas veces las membranas de un feto tapizaban en parte la placenta del otro, que entonces venía á formar parte de las envolturas del primero; las relaciones del tabique son por esto mismo, muy variables.

Cordón umbilical, — Inserción. — La inserción de los

cordones umbilicales se ha presentado en las siguientes variedades y proporción:

1er.	feto	lateral,	34 —	central	9,	marginal	3
2º.	id	id	35 —	id	5,	id	4
Total		id	69 —	id	14,	id	7

Longitud: — La longitud de los cordones considerados según la edad del huevo, nos da las siguientes cifras medias:

En el huevo	de	5	meses			— 35	centímetros
id	id	id	id	6	id	— 45	id
id	id	id	id	7	id	— 55	id
id	id	id	id	8	id	— 57	id
id	id	id	id	9	id	— 60	id

Hay que hacer constar que las cifras particulares son muy variables, y así por ejemplo en el huevo á término, la longitud de los cordones varió de 40 centímetros, mínimo, á 97 centímetros máximo.

El cordón del feto, expulsado primero, era menos largo que el del segundo, en 15 casos; igual en 5 y más largo en 22; se ignora en 5.

OBSERVACIÓN I.

Sanatorio Policlínico —

Servicio del Doctor Eduardo Ballestero Blaye.

J. G. — 28 años, española, casada, ingresa al servicio el día 14 de Abril de 1908; *Profesión:* quehaceres domésticos.

Empezó á menstruar á los 14 años, habiendo sido sus reglas siempre normales.

No ha tenido partos anteriores.

Antecedentes hereditarios: sin importancia.

Antecedentes personales: sin importancia.

EMBARAZO ACTUAL

Aspecto general: bueno.

Pulso: 106 — *Temperatura:* 37 — *Respiración:* 26

Pelvimetría externa: S. P. 20 — B. E. 22 — B. T. 28? B. I. 26.

Pelvimetría interna: suficiente, con pelvis bien conformada.

Caracteres de las mamas: areola negra, mamelón saliente, tubérculos de Montgomery hipertrofiados.

Aspecto del abdomen: simétrico.

Circunferencia del abdómen: 87 centímetros.

Altura del útero sobre la sínfisis: 34 centímetros.

Ultima menstruación: Julio de 1907.

Accidentes y complicaciones del embarazo: Edema de las extremidades inferiores y suprapubiano marcado.

Análisis de orina: clara, poco sedimento, densidad 1005; úrea 3.723; albúmina vestigios.

Focos de auscultación y número de latidos fetales: un foco á la izquierda y debajo del ombligo; otro á la derecha y arriba del ombligo.

Observaciones: A la palpación se nota una cabeza en el área del estrecho superior, en O I I sin encajarse. Otra en la fosa ilíaca derecha, y dos polos pelvianos en el fondo del útero.

Diagnóstico: Embarazo gemelar.

PARTO

Sintió fuertes dolores, media hora antes del parto; éste se efectuó el 15 de Junio á las 2,45 a.m. en que fué expulsado el primer feto expontaneamente; á los ocho minutos el segundo, de igual manera. Se ignora la hora de la ruptura de las membranas y de la dilatación completa del cuello, pues la pérdida del líquido amniótico pasó desapercibida por lo escasa, y la precipitación del parto no dió lugar á exámen previo.

Presentación de los fetos: 1. Vértice O. P. — 2. Vértice O. P.

Líquido amniótico: escaso en ambas bolsas.

ALUMBRAMIENTO

Tuvo lugar á las tres y quince expontaneamente.

Después del alumbramiento hubo hemorragia de mediana intensidad que dominé con un lavaje intrauterino caliente é inyecciones de ergotina.

Caracteres de los cordones: Ambos lisos con insersión central en la placenta correspondiente.

Caracteres de las placentas: Dos circulares presentándose por su cara fetal.

Duración: media hora.

Duración total del trabajo: No se pudo precisar por ignorarse su principio.

Observaciones: El día 17 por la mañana le sobrevino un edema pulmonar con fenómenos asistólicos, siendo tratada con ventosas secas, purgantes, digitalina, cafeina, estrofanto, éter, régimen lácteo. La orina contenía albúmina, que pronto desapareció.

DATOS REFERENTES A LOS NIÑOS

Sexo y estado físico: 1 varon 2º. varon; ambos poco antes de término.

Peso: { 2º. 2.900 gramos
1º. 2.710 gramos

Longitud: { 1º. 45.50 centímetros
2º. 46.50 id

Principales diámetros: S.O.F. { 1.º 10 1/2 / 2.º 10 1/2 } O.M. { 12 1/2 / 12 1/2 } O.B. { 9 1/2 / 9 } I.N. { 11 / 11 1/2

Circunferencia cabeza: { 2º. 33 1/2 centímetros
2º. 32 1/2 id

Caída del cordón: 1º. al 6º. día; 2º., 7º. día.

Estado general: bueno en ambos.

Observaciones: — El primer niño falleció en el servicio el 14 de Agosto por causa independiente del parto. Sobreviene una artritis supurada de la muñeca, siendo operado; luego supuraron las articulaciones tibio tarsiana y coxo femoral.

Salida: el segundo niño fué sacado del servicio el 10 de Agosto, sano. La madre salió el 20 del mismo mes, también sana.

OBSERVACIÓN II.

Sanatorio Policlínico —

Servicio del Doctor Eduardo Ballesteros Blaye.

F. R. de 24 años, italiana, casada, ingresa al servicio el 31 de Octubre de 1908.

Profesión: — Trabajos domésticos. — Talla 1 m 57.

Empezó á menstruar á los 12 años, habiendo menstruado siempre normalmente.

Ha tenido un parto anterior natural á término.

Antecedentes hereditarios — La madre es hemiplégica y afásica: tuvo 5 partos, 1 de ellos gemelar.

Antecedentes personales — Neumonía.

EMBARAZO ACTUAL

Aspecto general — No muy satisfactorio.

Pulso — 78 — Temps. 36.9 — Resp. 22 —

Pelvimetría externa — S. P. 18½ - B. E. 23 - B. T. 30 - B. I. 27.

Pelvimetría interna: suficiente, con pelvis bien conformada.

Caracteres de las mamas Desarrolladas, pezón saliente, areola negra, tubérculos de Montgommery hipertrofiados.

Aspecto del abdómen Muy abultado.

Circunferencia del abdómen 111 centímetros.

Altura del útero sobre la sínfisis — 41.

Ultima menstruación — Febrero 28.

Accidentes y complicaciones de la preñez — Cefalalgias, ligero edema de los miembros inferiores.

Análisis de orina — Contiene vestigios de albúmina, (régimen lácteo y reposo).

Focos de auscultación y número de latidos fetales. Un foco con 144 latidos en la línea ileo-umbilical derecha á tres dedos del ombligo; otro foco con 138 latidos á izquierda y arriba del ombligo.

OBSERVACIONES — Por la palpación se constata la existencia de una cabeza encajada en el estrecho superior en O. I. D. P.; un polo pelviano en la fosa ilíaca izquierda; otro polo cefálico pelotea en la parte media del fondo del útero; en el fondo, á la derecha otra nalga.

DIAGNOSTICO — Embarazo gemelar.

PARTO

Aparecen los primeros dolores el 13 de Noviembre á las 2 horas p. m.; el día 14 á las 10 h. a. m. se rompen espontaneamente las membranas, habiendo dilatación completa; á las 10 h. 15 es expulsado expontanea-

mente en O. P. el primer niño. El segundo que antes de la expulsión del primero estaba colocado con la nalga en la fosa ilíaca izquierda y la cabeza en el fondo del útero, al ser expulsado éste, giró colocándose con la cabeza en la otra fosa ilíaca; con maniobras externas la ayudé á colocarse en el área del estrecho superior en O. I. D.; para fijar la presentación rompo las membranas, talvez con precipitación, pues se produjo procidencia de un brazo y del cordón que colgaba una gran ansa en la vagina; pretendí reducirlas con los dedos sin conseguir hacerlo más que con el brazo. Como la vida del feto peligrase, se hizo una versión podálica seguida de extracción á las 10 h. 45 a. m.; hubo elevación de brazos y fractura de uno de ellos al descenderlos.

PRESENTACION DE LOS FETOS — 1º. — Vértice, O. P. — 2º. Nalgas.

LIQUIDO AMNIOTICO — En ambas bolsas normal.

ALUMBRAMIENTO

A las 11 h. a. m. se hizo extracción artificial de los anexos, seguida de taponamiento intrauterino, á causa de hemorragia. Se le administraron inyecciones de cafeina, éter, suero artificial.

CARACTERES DE LOS CORDONES — 1º. liso con inserción central en la placenta — 2º. ligeramente espiralado, con inserción central.

CARACTERES DE LAS PLACENTAS — Dos placentas circulares.

DURACION TOTAL DEL TRABAJO — 21 horas.

PUERPERIO

OBSERVACIONES — Hubo infección confirmada, sin revestir sin embargo gravedad, siendo dominada con lavages intrauterinos de bicianuro de mercurio.

DATOS REFERENTES A LOS NIÑOS

SEXO Y ESTADO FISICO — 1º. MUJER — 2º. VARON á término, con marcada inferioridad física del segundo.

PESO: 1º. 3.600 gramos
2º. 2.400 »

LONGITUD: 1º. 49 1/2 centímetros
2º. 48 »

PRINCIPALES DIAMETROS CEFALICOS

S.O.F.	1.º 10 ½	O.M.	1.º 15	B.P.	1.º 9	I.N.	1.º 11
	2.º 10		2.º 12 ½		2.º 9		2.º 10 ½

Circunferencia de la cabeza	1.º 35 ½	centímetros
	2.º 33	«

ESTADO GENERAL AL NACIMIENTO — Del 1º., bueno, El 2º. nació asfixiado, pero con los medios habituales de exitación, respiró y gritó. Apesar de todos los cuidados prodigados por su vida, sus funciones no se establecieron bien y falleció el día 15 á las 11 h. p. m. habiendo vivido 36 horas.

SALIDA DEL SERVICIO — El primero y la madre salen en perfecto estado el día 3 de Diciembre.

OBSERVACIÓN III.

Sanatorio Policlínico —

Servicio del Doctor Eduardo Ballestero Blaye.

C. M. de 22 años, argentina soltera, ingresa al servicio el día 14 de Mayo de 1909.

PROFESION — Mucama. — TALLA — 1 m 45.

EMPEZO LA MENSTRUACION — de 13 á 14 años, teniendo habitualmente reglas prolongadas.

No ha tenido partos anteriores.

ANTECEDENTES HEREDITARIOS :— Nulos.

ANTECEDENTES PERSONALES — Ha tenido sarampión é influenza.

EMBARAZO ACTUAL

ASPECTO GENERAL — Bueno.

PULSO — 82 — Temp. 36.6 — Resp. 30.

PELVIMETRIA EXTERNA — S. P. 20—B. E. 22 1/2 — B. T. 32 — B. I. 26 1/2.

PELVIMETRIA INTERNA — Suficiente, con pelvis bien conformada.

CARACTERES DE LAS MAMAS — Bien desarrolladas, pezón saliente, areola negra, tubérculos de Montgommery hipertrofiados.

ASPECTO DEL ABDOMEN — Grande, algo inclinado hacia adelante.

CIRCUNFERENCIA DEL ABDOMEN — 109 1/2 centímetros.

ALTURA DEL UTERO SOBRE LA SINFISIS — 42 centímetros.

ULTIMA MENSTRUACION — A principios de Septiembre.

ACCIDENTES Y COMPLICACIONES DE LA PREÑEZ — Cefalalgias, edema de los miembros inferiores y de la pared abdominal, sobre todo en su parte suprapuviana.

ANALISIS DE ORINA — Contiene albúmina.

FOCOS DE AUSCULTACION Y NUMERO DE LATIDOS FETALES — Un foco con 148 latidos á la derecha á cuatro dedos del ombligo; otro foco con 154 latidos á la izquierda á dos dedos hacia arriba y afuera del ombligo.

OBSERVACIONES — Por la palpación se nota un polo pelviano en el área del estrecho superior, sin encajarse; una cabeza en la fosa ilíaca izquierda; otra cabeza pelotea en la parte superior derecha; el otro polo (pelviano) en la parte superior izquierda. Partes fetales pequeñas, múltiples.

DIAGNOSTICO — Embarazo gemelar.

PARTO

Sintió los primeros dolores el 19 de Mayo á la 1 h. p. m. no supo á que hora rompió las membranas, pues la salida del líquido amniótico le pasó desapercibida. A las 7 h. 50' p. m. del mismo día dió á luz espontáneamente el primer niño, que se presentaba de nalgas. A las 8 h. 30' p.m. rompí las membranas de la segunda bolsa, sin embargo el trabajo no avanzaba, las contracciones uterinas eran lentas y poco intensas. A las 12 h. noté que los latidos del segundo niño empezaban á disminuir y siguiendo esta disminución progresiva llegaron á 120 en el intervalo de las contracciones. Procedí entonces á extraerlo con forceps, estando la cabeza en la excavación en O. S., lo extraje en esta posición á las 12 h. 40' a. m. del día 20.

PRESENTACION DE LOS FETOS — 1º. Nalgas, modalidad completa. 2º. Vértice, O. S.

LIQUIDO AMNIOTICO — 1ª. bolsa, escaso — 2ª.normal.

ALUMBRAMIENTO

Día 20 á la 1 h. 45' a. m., expontáneamente.

CARACTERES DE LOS CORDONES — 1º. liso — 2º. espiralado; ambos con inserción lateral en las placentas.

CARACTERES DE LAS PLACENTAS — Una pla-

centa bilobada grande, con dos bolsas; se presentó de margen.

DURACION DEL ALUMBRAMIENTO — 1 h. 5'.

DURACION TOTAL DEL TRABAJO — 12 h. 45'.

OBSERVACIONES — Hubo ligera elevación de temperatura, despreciable.

DATOS REFERENTES A LOS NIÑOS

SEXO Y ESTADO FISICO — 1º. VARON — 2º. VARON — casi á término ambos.

PESO	2º. 2.850	»
	1º. 2.170	gramos.
LONGITUD	1º. 42	centímetros.
	2º. 46	»

PRINCIPALES DIAMETROS CEFALICOS: —

S.O.F.	1.º 10	O.M.	1.º 11 1/2	B. P.	1.º 9	I. N.	1.º 11
	2.º 10 1/2		2.º 13		2.º 9 1/4		2.º 11 1/8

Circunferencia de la cabeza	1º. 32	centímetros.
	2º. 34	»

CAIDA DEL CORDON — Ambos 6º. día.

ESTADO GENERAL AL NACIMIENTO — Bueno de ambos.

SALIDA DEL SERVICIO — Los dos niños y la madre salieron en perfecto estado el 9 de Junio.

OBSERVACIÓN IV.

Sanatorio Policlínico —

Servicio del Doctor Eduardo Ballestero Blaye.

R. F. 38 años italiana, casada, ingresa al servicio el día 26 de Julio de 1909.

PROFESION : — quehaceres domésticos.

TALLA : — 1 m 56.

Empezó á mentruar á los 14 años, habiendo tenido sus menstruaciones siempre normales.

Ha tenido un parto anterior natural á término.

AANTECEDENTES HEREDITARIOS — sin importancia, la madre tuvo un solo parto.

ANTECEDENTES PERSONALES — nulos ; es actualmente sorda.

EMBARAZO ACTUAL

ASPECTO GENERAL — Bueno.

PULSO — 68 — Temperatura 36'7 — Resp. 21.

PELVIMETRIA EXTERNA — S. P. 19 ½ ; B. E. 24 ; B. T. 31 ; B. I. 28.

PELVIMETRIA INTERNA — Promonto subpúbico II.

CARACTERES DE LAS MAMAS — Desarrolladas,

pezón saliente, areola negra, tubérculos de Montgommery hipertrofiados.

ASPECTO DEL ABDOMEN — Muy abultado.

CIRCUNFERENCIA DEL ABDOMEN — 107 centímetros.

ALTURA DEL UTERO SOBRE LA SINFISIS — 41 centímetros.

ULTIMA MENSTRUACION — En noviembre.

ACCIDENTES Y COMPLICACIONES DE LA PREÑEZ — Cefalalgias, edema de los miembros inferiores y suprapubiano.

ANALISIS DE ORINA — Contiene vestigios de albúmina (régimen lácteo y reposo).

FOCOS DE AUSCULTACION Y NUMERO DE LATIDOS FETALES — Un foco á la derecha del ombligo, otro á la izquierda y arriba; el área de auscultación de ambos se une.

OBSERVACIONES — Por la palpación se nota una hipertensión permanente de la pared uterina. Un polo cefálico en el área del estrecho superior, libre, en O I D; otro polo cefálico al lado del anterior en la fosa ilíaca izquierda; dos polos pelvianos muy unidos en el fondo del útero.

DIAGNOSTICO — Embarazo gemelar.

PARTO

Los primeros dolores aparecen el 16 de Agosto á

membranas á las 7 y 30' p. m., habiendo ya dilatación 'completa del cuello; á las 8 p. m. era expulsado expontáneamente en O P el primer niño. A los 10 minutos se encaja de vértice en O I D P el segundo niño que á las 8 y 20' era expulsado expontáneamente en O P, habiendo que romper las membranas en que venía envuelto en el momento de la expulsión.

PRESENTACION DE LOS FETOS — 1º. Vértice O. P. 2º. Vértice O. P.

Líquido amniótico: — Normal.

ALUMBRAMIENTO

Se verifica expontáneamente á las 9 p. m.

CARACTERES DE LOS CORDONES — Ambos espiralados con inserciones centrales en las placentas.

CARACTERES DE LAS PLACENTAS — Dos placentas circulares se presentaron por la cara fetal.

DURACION DEL ALUMBRAMIENTO — 40 minutos.

DURACION TOTAL DEL TRABAJO — 22 horas.

PUERPERIO — Normal.

DATOS REFERENTES A LOS NIÑOS

SEXO Y ESTADO FISICO — 1º. mujer; 2º. mujer; ambos á término.

PESO { 1º. 2.600 gramos.
2º. 2.550 »

LONGITUD { 1º. 48 centímetros.
2º. 46 1/2 »

PRINCIPALES DIAMETROS CEFALICOS —

S.O.F. { 1.º 10 1/2
2.º 10

O.M. { 1.º 13
2.º 13

B.P. { 1.º 9 1/2
2.º 9

I.N. { 1.º 11
2.º 11

Circunferencia de la cabeza { 1º. 33 1/2 centímetros.
2º. 33 »

CAIDA DEL CORDON { 1º. 5º. día.
2º. 6º. día.

ESTADO GENERAL AL NACER — Bueno en ambos.

SALIDA DEL SERVICIO — Los dos niños y la madre salen en perfecto estado el día 2 de Septiembre.

Buenos Aires, Diciembre 21 de 1909.

Nombrase al señor Consejero Doctor Enrique Bazterrica, al prof. titular Doctor Samuel Molina y al prof. suplente Doctor Jaime Salvador, para que constituídos en comisión revisora dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tésis, de acuerdo con el Art. 4º. de la Ordenanza sobre exámenes.

E. CANTÓN.
R. S. Gómez

Buenos Aires Diciembre 28 de 1909.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tésis, según consta en el acta Nº. 2113 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión de acuerdo con la ordenanza vigente.

E. CANTÓN.
R. S. Gómez.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I.

Diagnóstico entre el embarazo normal y el embarazo tubario al 3er. mes de la preñez.

Bazterrica.

II.

Causas de distocia en los partos con fetos múltiples.

Molina.

III.

Pronóstico para los fetos en el embarazo gemelar; causas de la mortalidad fetal.

Jaime Salvador.