
MEDICINA.—PROFILAXIS I TRATAMIENTO DE LA FIEBRE PUERPERAL.—Memoria de prueba para optar al grado de Licenciado en la Facultad de Medicina i Farmacia, por José F. Jünemann.

Señores:

Voi a ocuparme por un momento de este tema que pone en relieve las inmensas ventajas que se pueden obtener de una antisepsis rigurosa, tanto en obstetricia como en cirugía.

En efecto, antes de ser conocido el método antiséptico, la fiebre puerperal era un enemigo formidable, haciendo en otras épocas verdaderos estragos en las maternidades, al punto de obligar a cerrar estos establecimientos.

Una vez bien conocida la patogenia de la infección puerperal, puesto de manifiesto su naturaleza esencialmente parasitaria, era lógico instruir un tratamiento microbicida, lo que se hizo con espléndido resultado. Lo demuestran las estadísticas de todas las maternidades que se han ceñido a este sistema. Solo mencionaré unas pocas cifras de la Maternidad de Santiago, que comprueban estas ventajas, gracias a los esmerados cuidados del profesor Dr. Murillo, que ha instituido un régimen de estricta antisepsis en la Maternidad de esta capital. En 1883 de 1,960 parturientas hubo 18 defunciones; en 1884 de 1,538 parturientas, 10 defunciones, i en 1885 de 1,590 parturientas solo hubo dos defunciones de fiebre puerperal. Estas pocas cifras ponen en relieve los inmensos beneficios de la antisepsis obstétrica.

Para llegar a este resultado debe evitarse la infección por una buena profilaxia, i una vez confirmada la infección combatirla por un tratamiento adecuado.

Me ocuparé, por consiguiente, primero de la profilaxis i luego después del tratamiento.

PROFILAXIS

Sabemos fijamente que los agentes infecciosos siempre son llevados del exterior a los órganos maternos en todo accidente

A. DE LA U., 1.ª SEC.

3•4

patológico que sobrevenga en un parto. Nuestro cuidado debe concretarse, pues, en cuanto sea posible, a evitar que estos agentes mórbidos tengan acceso a los órganos maternos antes, durante i después del parto. Aumentando nuestros cuidados después del parto, pues entonces el peligro es mucho mas inminente aún. Para conseguir esto, tropezamos con dificultades casi insuperables, puesto que estos micro-organismos se encuentran en todas partes, tanto en el aire como en la superficie de los cuerpos.

Habría, por consiguiente, que privar a los órganos genitales del aire, como también someterlos a una irrigación permanente, sometiendo igualmente a una rigurosa antisepsis todos los objetos que se ponen en contacto con los órganos genitales.

Todas estas prescripciones son de una aplicación casi imposible i solo podría tener lugar un parto aséptico tomando las medidas rigurosas i estrechas siguientes: efectuar el parto en un recinto prolijamente desinfectado, después de haber sometido a la parturienta a un baño antiséptico, rasurando cuidadosamente el monte Vénus, contornos de la vulva i periné; lavar toda la región pelviana con una solución de ácido fénico al 5 por ciento; hacer un lavado prolijo i abundante de la vulva i vagina, con una solución de sublimado al 1 por ciento; poner consecutivamente un tapón vaginal de algodón antiséptico convenientemente iodoformado i cubrir aun la vulva con una gasa fenicada. Cada investigación, el peso del niño, todo instrumento, toda manipulación debería ser llevada con la mas rigurosa asépsis. Tan pronto como termine el parto, debe volver a hacerse la obstrucción antiséptica de las vías genitales.

Como digo, si esto fuera posible, lo sería en casos mui limitados, sin poderse llevar jamás a cabo en la práctica diaria.

Podemos dividir la profilaxis en dos partes: 1.º profilaxis de los medios que rodean i se ponen en contacto con la parturienta; 2.º profilaxis de la parturienta misma.

Respecto a lo primero, la profilaxis de la fiebre puerperal, exige que el parto se efectúa en un local donde el aire sea lo mas depurado; que este aire tenga el menor acceso a las partes genitales, evitar en lo posible el llevar e introducir principios sépticos a los órganos genitales, i que cuando esto no ha sido efectuado con rigor, desinfectar escrupulosamente el canal genital tan pronto que haya terminado el parto.

Tocante al local, este debe estar en todo conforme a una buena higiene.

Por lo que respecta a los vectores de la infección, pueden ser de tres especies: 1.º los útiles; 2.º las matronas; i 3.º los médicos.

1.º Todos los útiles empleados deben estar prolijamente desinfectados. Los mejores instrumentos son aquellos susceptibles de una limpieza minuciosa, sea por la sencillez de su construcción o pulidez de sus superficies. Todo instrumento se colocará previamente en una solución fénica al 5 por ciento. Las esponjas deben rechazarse en absoluto i en la precisión de usarlas deberán ser nuevas i hervidas en una solución de ácido fénico. Lo mejor es valerse de algodón con sublimado que se vota después de usado. Por lo que respecta a irrigadores i cánulas, los mejores son los de vidrio. La cama será de lo mas aseada, ojalá enteramente nueva.

2.º Las matronas jamás deberán hacerse cargo de un parto normal después de asistir a una puérpera u otra enferma cuyos loquios estén en descomposición. Jamás deberá una matrona espicar a una parturienta sin haberse previamente lavado las manos i antebrazos con jabón en mucha agua, cortadas las uñas i limpiadas prolijamente con un cepillo adecuado. Hecho esto, debe repetirse el lavado con una solución fénica al 5 por ciento o de sublimado al 1 por 1000. Después de cada exploración debe repetirse esta desinfección.

3.º Nadie debe llevar este rigor antiséptico a mas perfección que el médico, tanto porque su conducta servirá de norma a los demás, sino también porque nadie corre mas riesgo de llevar principios infecciosos a los órganos maternos que el médico. En efecto, éste debe ponerse en contacto con enfermos de toda especie, infecciosos, virulentos, contagiosos, todos fuentes sépticas; i por ser la presencia del médico siempre requerida en partos laboriosos i difíciles.

La asépsis que deben tener los médicos con sus manos i antebrazo debe ser la mas rigurosa: se doblarán las mangas hasta encima de los codos, para estar prontos a una intervención si es necesaria, i efectuará las mismas medidas arriba aconsejadas.

Mencionaré aquí la cuestión si es necesario engrasarse los dedos antes de hacer una exploración. Cuando se explora una mujer en cinta, no es necesaria esta precaución por estar todas las secreciones aumentadas i los órganos jenitales suficientemente lubricados i húmedos para permitir la fácil introducción de los dedos. Es solo prudente en estos casos mojarse la mano en una solución antiséptica. El engrasamiento se requiere solo en el caso de hacer una versión u otra operación que obligue la introducción de

toda la mano i parte del antebrazo. Se tomará también esta precaución cuando se explora una mujer fuera de jestión i cuyo canal jenital está enjuto.

Comunmente se vale en estos casos de aceite o vaselina fenicada al 10 por ciento.

PROFILAXIS DE LA PARTURIENTA

Debemos considerar aquí las tres faces que se relacionan con el desenlace:

1.º La época que precede al parto. Las mujeres en cinta deben guardar un aseo tanto mas prolijo quanto mas se acerca la época del parto. Será mui saludable aconsejar a las parturientas que en los últimos meses de la jestión tomen un baño tibio por lo menos una vez a la semana. Las partes jenitales esternas se someterán a lavados mui repetidos, por estar en esta época todas las secreciones mui aumentadas, lubricando las partes incesantemente, pudiendo en ocasiones producir erupciones cutáneas de diversa especie, a veces en extremo molestas. Será bueno hacer estos lavados con una solución bórica al 2 por ciento, tanto mas prolijos mientras mas cercano esté el parto.

Estos cuidados de limpieza deben ejecutarse con tanto mas rigor quanto mas próxima esté la época del parto, por tener que efectuar entonces las exploraciones. Antes de hacerla, deberán lavarse las partes jenitales esternas, con jabón, siendo el mejor el de carbonato de potasa crudo, en mucha agua i varias veces. Después de efectuado esto, se hará un lavado de toda la rejión con una solución de sublimado al 1 por ciento incluyendo el periné, por la costumbre de hacer el tacto vajinal de atrás adelante.

Tomando estas precauciones tendremos la seguridad de no llevar materia séptica a los órganos jenitales internos i en caso de sobrevenir desgarraduras perineales, tendremos una herida, sino aséptica, por lo menos, no infecta. Se evita, por fin, hacer un lavado largo i minucioso después del parto que siempre es molesto i doloroso.

¿Conviene hacer inyecciones vaginales antes del parto? Esta cuestión ha sido mui debatida. Fritsch dice que estos lavados no son siempre necesarios i que en ocasiones pueden ser peligrosos. Se apoya en que todo mucus vaginal contiene micro-organismos, como también las otras secreciones del canal jenital, pero que estos son enteramente inofensivos; si no lo fueran producirían infec-

ción en toda mujer, puesto que en todas ellas son demostrables éstos organismos. Esta misma inocuidad la demuestran la retención por largo tiempo en el canal vaginal, aun de mujeres leucóricas, los restos de membranas i fragmentos placentarios, sin haber sufrido la menor alteración. Es, por otra parte, casi imposible hacer la antisépsis rigurosa de la vagina por sus numerosos repliegues. Las inyecciones fénicas coagulan el mucus vaginal, privando a este canal de su suavidad i elasticidad, favoreciendo así la producción de grietas i fisuras durante la enorme distensión a que está sometida en el acto del parto. La exploración se hace también mas difícil i molesta, pudiendo sobrevenir en ocasiones hasta edema de la vulva.

Citaré aquí una observación del Dr. R. Frommel, de la clínica de Berlín, que demuestra que las inyecciones vaginales antes del parto sobre todo, por ser casi imposible evitar que el líquido proyectado no penetre a la cavidad uterina por la dilatación del cuello que siempre existe en este período. El caso relatado por el Dr. Frommel es el siguiente:

N. N., de 38 años de edad, de constitución fuerte, entró a la clínica obstétrica de Berlín a mediados del año 1882. Efectuado el examen externo demostró que el fondo del útero estaba a cuatro traveses de dedo bajo el apéndice xifoides, a la derecha de la columna vertebral. Los latidos fetales se percibían con fuerza a la derecha en número de 140. Las estremidades se palpaban a la izquierda. La cabeza estaba libre en la cavidad pelviana. La vagina era ancha, el canal cervical permitía la introducción de dos dedos. Los dolores eran poco intensos i lejanos. Después de haberla reconocido, hice la inyección vaginal de costumbre, guié la cánula de vidrio sobre mis dedos, previamente introducidos, i la llevé lo mas arriba i atrás que pude. Apenas hubé inyectado unos 400 o 500 gramos de solución fénica cuando la parturienta repentinamente fué presa de convulsiones: la cara se puso pálida, lívida, cianótica, respiración difícil, estertorosa, la sensibilidad desapareció completamente. Inmediatamente saqué la cánula i sobrevino una pequeña hemorragia. El pulso era pequeño, rápido, 150 golpes, pocos momentos después casi imperceptible, recobrando al cabo de algunos minutos parte de su intensidad i regularidad. La respiración se hizo poco después mas libre desapareciendo la cianosis. La sensibilidad solo tornó íntegra como dos horas después. Al cabo de algunas horas la enferma se sentía del todo restablecida, con 84 pulsaciones i 37°6 de temperatura. Este fué el

fin del acceso, que desde el principio se había manifestado tan alarmante. Mas no sucedió otro tanto con el feto. Inmediatamente desaparecida la primera impresión volvió a auscultar los ruidos cardíacos fetales i ví con sorpresa que de 140 contracciones que eran al principio, habían bajado en seis minutos a 72, conservando sin embargo su claridad i fuerza. Se hacían cada vez mas lentos i débiles, hasta que por fin, después de 40 minutos, ya no eran perceptibles. Pude observar que el feto antes de espirar fué presa de vivas convulsiones. En la noche siguiente se efectuó el parto sin ninguna anomalía.

En la autopsia del niño se pudo comprobar una serie de manchas equimóticas en las serosas, signos de asfixia fetal.

Casos como este podría citar otros; los suprimo por no ser demasiado estenso, como también las esplicaciones que Frommel i otros han dado de estos accidentes.

Las inyecciones vaginales deben hacerse:

- 1.º De las clínicas obstétricas;
- 2.º Siempre que matrona o médico no hayan tenido los cuidados antisépticos necesarios antes de haber hecho la exploración; i
- 3.º Siempre que haya principio de infección.

Durante el parto.—Es una mala práctica la de hacer exploraciones mui repetidas, como es de ordinario costumbre en las matronas. Esta medida no da ninguna ventaja, en cambio está llena de inconvenientes. La primera exploración debe ser hecha con toda prolijidad, para diagnosticar presentación, posición, estado de dilatación del cuello, etc., para poder ser así dueño de la situación. Es suficiente explorar un parto normal tres o cuatro veces, siendo aun inútiles después de haberse efectuado la rotación. Debe evitarse toda presión, todo tizonamiento, toda irritación del cuello.

Durante el parto hai algunos autores que aconsejan engrasar el canal jénital, como Charpentier, que vacia una cucharada de aceite fenicado en la vagina tan pronto como la cabeza llega al plano pelviano. Esto no ha entrado en la práctica diaria.

En ocasiones es útil rechazarse hacia atrás en el labio anterior del cuello uterino para impedir su compresión entre el pubis i la cabeza fetal. Esta pequeña maniobra debe ejecutarse siempre con la mayor suavidad.

La intervención bien entendida de un parto no debe mediar sino cuando hai absoluta necesidad, es por consiguiente mui restringida. Si el trabajo es prolongado, si las membranas se han roto prematuramente, si el feto está muerto, si las aguas del amnios están

enturbiadas por el meconio, deben hacerse siempre algunas inyecciones bien vijiladas de sublimado, al 1 por 2000. Los lienzos i servilletas manchadas que cubren el lecho deben ser cambiadas lo mas a menudo posible. Si en el acto del parto hai salida de materia escrementicia, como acontece mui a menudo, deben quitarse inmediatamente los paños ensuciados i lavar las partes jenitales i periné con solución de sublimado.

Después del parto.—Es en esta época donde los peligros de una infección se hacen mas iminentes, debiendo, por consiguiente, llevarse la antisépsis con el mayor rigor i esmero posibles.

Desde luego se suscita aquí una cuestion. ¿Conviene hacer inyecciones vaginales i uterinas después del parto? Fritsch dice que la asépsis del canal vaginal es imposible antes del parto; con tanta mas razón lo será después. La curacion Lister es incompatible con hemorrájas i focos sanguíneos. Después de hacer una irrigacion abundante hasta que el líquido vuelva enteramente claro, siguen sin embargo fluyendo después los lóquios teñidos de sangre. Estas hemorrájas secundarias, según Fritsch, hacen ilusorias las medidas antisépticas. Tanto la sangre que fluye como el meconio que a veces se encuentra mezclado están completamente exentos de parásitos; no requieren, por consiguiente, un lavado antiséptico. El mismo Dr. Fritsch dice que estos lavados solo son necesarios en los siguientes casos: Cuando durante el parto no se ha llevado una antisépsis rigurosa; cuando el contenido uterino está putrefacto; cuando hai fiebre; en una palabra, cuando hai infección las inyecciones son de absoluta necesidad.

El Dr. Hofmeier opina que las inyecciones hechas después del parto no son siempre inofensivas. Su peligro consiste en que se pone en contacto los instrumentos i manos, de cuya asépsis no podemos estar nunca seguros, con una estensa herida reciente, como es la cavidad uterina después del parto. Por estos medios es mui fácil llevar principios sépticos, tanto mas cuanto estos instrumentos i manos tienen que atravesar el canal jenital esterno, de cuya asépsis tampoco podemos tener garantía. De 260 mujeres recién paridas de la clínica de Berlin a las cuales se les hizo inyecciones después del parto, 42 o sea 16 por ciento se enfermaron. De 249 sin hacer estas inyecciones solo se enfermaron 19 o sea 8 por ciento. Entre las primeras, ocho de gravedad i entre las últimas solo una. Dice Hofmeier que la cavidad uterina debe respetarse en las tres faces del desembarazo cuando no hai síntoma de infección. Sin embargo, este mismo autor considera estos lavados

de absoluta necesidad en los casos ya mencionados. El profesor Schröder participa de esta misma opinión, como igualmente la inmensa mayoría de los obstétricos, debiendo, por consiguiente, ser aceptada.

No sucede así con las inyecciones vaginales que casi todos los tocólogos siguen en todo parto.

TRATAMIENTO

En el tratamiento de esa afección debemos distinguir dos partes: 1.º tratamiento local; 2.º tratamiento jeneral.

El tratamiento local consiste en las inyecciones vaginales e intra-uterinas. Fué Recolin en 1757 el primero que inauguró este procedimiento terapéutico; pero tanto este autor como Beaudeloque, Dubois i otros no empleaban estas inyecciones sino en caso de aborto para facilitar la salida de la placenta, desprendiendo las bridas de este órgano i las membranas retenidas en el útero. Después las empleaban Barnes, Payot, Dapres i otros, valiéndose del agua fría i de astrinjentes para cohibir las hemorragias; pero ninguno de estos autores practicaron estas inyecciones con un fin antiséptico.

Fué Grünevaldt en 1840 en la maternidad de San Petersburgo i Lize de Mans en Francia, el año 1860, fueron los primeros que se valieron de estas inyecciones con un fin antiséptico para combatir la infección puerperal. Desde esa época esta terapéutica local ha ido ganando cada día terreno, a tal punto de haberse jeneralizado hoidía en el mundo obstétrico.

Todo lavado intra-uterino debe ser siempre precedido de una antisépsis esmerada i prolija de los órganos jenitales esternos, como también de una abundante irrigación vaginal de sublimado para impedir el aporte de nuevos jérmenes a la cavidad uterina.

Cuando nos encontramos en presencia de una mujer con infección debemos siempre hacer una anamnesis precisa para saber fijamente si ha habido desgarraduras perineales u otra solución de continuidad. Si después de esto sobreviene reacción febril es lójico creer en una infección local dependiente de estas heridas, i como éstas están situadas bajo el orificio interno del cuello uterino, es particularmente en la vagina i vulva donde debe hacerse la antisépsis por los lavados o inyecciones; tomando la temperatura antes i después de estas irrigaciones, se pueden apreciar sus resultados. Estas irrigaciones deben hacerse dos o tres veces al día, siendo las

horas mas oportunas las 7 A. M., la 1 P. M. i las ocho de la noche. Si este tratamiento ha sido instituido desde el principio i si a pesar de esto la fiebre sigue ascendiendo i el estado jeneral se agrava, el cuello permanece blando i el útero flácido i distendido, debe creerse en una verdadera fiebre puerperal. Debe darse, por consiguiente, principio a los lavados intra-uterinos.

La exploración bimanual, el aspecto del líquido que afluye, la movilidad del catéter en la cavidad uterina, todos son datos que nos hacen apreciar la cantidad del líquido séptico contenido en la cavidad uterina. Muchas veces acontece que la alza de la temperatura no tiene por una causa una infección puerperal, sino una simple inflamación uterina. Aun en estos casos la inyección intra-uterina nos servirá para establecer el diagnóstico. En estos casos el líquido inyectado sale completamente limpio desde el principio. El primer lavado nos revelará el estado de la cavidad uterina. Si escapa del útero mucho pus, bridos putrilajinosos, restos de membranas, si éste permanece aumentado de volumen, si el líquido sigue saliendo turbio, deben repetirse estos lavados porque la infección persiste.

Las inyecciones intra-uterinas se suspenderán definitivamente, cuando la temperatura ha bajado, cuando el cuello i cuerpo uterino están duros i retraidos i cuando el líquido sale limpio en dos sesiones repetidas.

Las inyecciones vaginales que siempre deben preceder a las intra-uterinas, deben también continuarse después, principalmente cuando hai fisuras vaginales o desgarraduras del periné, hasta la completa desaparición del pus i mal olor.

Sucede a veces que aun después de varias inyecciones intra-uterinas, que se han repetido dos o tres veces al día, sale siempre el líquido turbio i mezclado de pus, permaneciendo este órgano aumentado de volumen, dejando escapar coágulos negruzcos, pequeños en un principio i que pronto aumentan de volumen. Debe suponerse entonces una causa especial que mantiene la supuración. Esta es un fragmento de placenta retenido i en descomposición, o un colgajo membranáceo. Estos colgajos se detienen a menudo en las hendiduras de las sondas, arrastrándolas éstas al extraerlas. Otras veces son espulsadas espontáneamente después del lavado, gracias al enderezamiento del cuerpo uterino i canal cervical, haciendo desaparecer la involución que de ordinario existe, desprendiendo también estas membranas, facilitando así su expulsión. Tan pronto como se desprenden estos fragmentos re-

cróticos la supuración cesa inmediatamente. Si no se obtiene resultado es necesario hacer el examen de la cavidad uterina.

Por otra parte, el diagnóstico de las retenciones placentarias no estriba con grandes dificultades. La época característica en estos casos es la aparición de los accidentes, a fin de la primera i mas a menudo de la segunda semana; la ausencia de reacción febril antes de esta época, la hemorragia inesplicable indica la presencia de bridas placentarias, cuya descomposición principia desde este momento.

Haciendo entonces el reconocimiento se ve que el cuello ha quedado blando i permeable, estando cubierto casi siempre el orificio interno por estos restos placentarios, cuya extracción es fácil, valiéndose de unas pinzas largas, después de haber introducido un espéculum.

SONDAS UTERINAS

Estas sondas son casi tan numerosas como los facultativos que se ocupan de obstetricia, i tanto en estas sondas como en los demás instrumentos, cada autor encuentra mejor el de su invención i cada médico el de su uso.

Dar una esplicación de cada una de estas sondas sería mui estenso e imposible en esta pequeña reseña que me he propuesto. Todas son buenas, pero todas se prestan a críticas. Tanto se usa la mas complicada como la mas sencilla, la de Hildebrandt. No obstante, la de Bozmann, modificada por Fritsch, presenta ventajas i parece ser la mas generalmente usada.

ELECCIÓN DE LOS DESINFECTANTES

Enumeraré los principales:

Agua de cloro.—Baudeloque fué el primero en emplear este agente. La dificultad de su preparación, su influencia desagradable sobre los órganos de la respiración i su fácil descomposición han hecho abandonar este agente.

El ácido fénico es un excelente antiséptico, siendo sobre todo precioso para la desinfección de los instrumentos i del operador. Su precio módico, su fácil disolución, hacen este agente mui útil. Tiene los inconvenientes de su intoxicación, aunque mui raros i producen las irrigaciones vaginales abundantes casi siempre edemas de la vulva a veces mui molestos. Su proporción para lavado de

manos e instrumentos es al 5 por ciento i para inyecciones al 2 o 3 por ciento.

Sublimado.—Este precioso antiséptico sustituye con ventaja a todos los demás, por su acción segura, su fácil portabilidad, su bajo precio, el ser inodoro, el no tener los inconvenientes del ácido fénico, todo esto revela las ventajas de este agente, el mas precioso de los antisépticos.

Iodoformo.—Este agente no puede prestar aquí sus buenos servicios como en la cirugía; pues su aplicación en la cavidad uterina es imposible.

Los otros antisépticos, como *permanganato de potasa, ácido salicílico, timol, ácido bórico, resorcina, salol*, etc., no desempeñan sino un papel secundario.

PROCEDIMIENTO OPERATORIO

Se coloca la mujer en la posición obstétrica ordinaria. No hai necesidad de atravesar la parturienta en el lecho, teniendo solo cuidado de colocar la cama libre para poder evolucionar a su redor.

Se tiene listo un irrigador común, mejor si es de vidrio, provisto éste de una manguera de dos o tres metros de largo con su respectiva llave. Se tendrá arreglado dos o tres litros de una solución de sublimado al 1/1000 o 2/1000 según los casos, tibia i fría si se tiene hemorragia. La altura del irrigador es 1 a 2 ms. Después de haber llenado todas las medidas antisépticas ya aconsejadas i de haber hecho el lavado vaginal, se introduce el dedo medio e índice de la mano izquierda hasta tocar el cuello uterino, se desliza la sonda sobre ellos i se introduce con toda suavidad. El líquido que refluye se puede recojer en una bacínica chata i se puede usar un colchón dividido o perforado, se podrá recojer el líquido directamente en un receptáculo. Esto se modificará según cada circunstancia particular.

De los prolijos cuidados antisépticos que deben acompañar a todo esto ya me he ocupado i no los volveré a mencionar.

ACCIDENTES PRODUCIDOS POR LAS INYECCIONES INTRA-UTERINAS

Después de las inyecciones fénicas se han observado accidentes a veces mui alarmantes. Las enfermas son presas desde luego de angustia, a veces estallan movimientos convulsivos, se produce una

disnea excesiva, debilitamiento del pulso hasta su completa desaparición. Las pupilas están enormemente dilatadas i no reaccionan. La situación es de las mas apremiantes. Cuando se extrae la sonda sobreviene siempre una hemorragia, a veces tan alarmante que hai que acudir al sécale al interior i hielo en el hipogastrio.

El conocimiento vuelve poco a poco; después de media hora todo peligro ha desaparecido.

La parturienta ha quedado pálida i débil, traspira abundantemente, la orina tiene tinte oscuro, como la orina fénica.

Se ha atribuido estos accidentes a una intoxicación fénica o a simples reflejos, ambas teorías no son aceptables.

Fritsch ha visto producirse estos mismos accidentes después de haber usado el ácido salicílico. Este autor explica el accidente comparándolo a una transfusión de sangre, el cuadro sintomático es el mismo.

Jamás se ha visto producir accidente alguno haciendo las inyecciones inmediatamente después del parto.

Debe, pues, haber una circunstancia especial que favorezca la absorción del líquido en estos casos. Esta es la flebitis i peri-flebitis que distiende las paredes venosas, haciéndolas ríjidas i favoreciendo el desprendimiento de los coágulos. Las venas por la ríjidez de sus capas o permiten ya el plegamiento de sus paredes quedando estas abiertas, lo que facilita la entrada del líquido, siendo también favorecida por la demasiada presión i por su entrada brusca.

Esta teoría de Fritsch es corroborada por el hecho que una hemorragia lijera sigue siempre a la producción de este accidente.

Se previene esto no dando demasiada presión al líquido, vijilando además el órgano, poniendo la mano sobre el fondo uterino para impedir su excesiva distensión.

Se observa a veces otro fenómeno; es el siguiente:

Cuando se inyecta una cantidad de soluto débil fenicado en el útero no sucede como en el caso acabado de relatar, sino lo contrario: desde luego hai un fuerte calofrío, contracciones histero-epileptiformes i, en lugar de *atermia* i *colapsus*, una exacerbación febril intensa. La explicación de este fenómeno es mas difícil. Fritsch la explica así: La presión creciente del líquido inyectado en la cavidad uterina hace penetrar, por las venas abiertas, cierta cantidad de principios sépticos, que se encuentran ya en la superficie de este órgano. Esta presión centrífuga producida en la cavidad uterina determina una rápida absorción de estos productos;

esta absorción determina el acceso febril intenso. Si el organismo tiene la fuerza suficiente neutraliza estos principios sépticos, la fiebre cae i la mejoría se produce.

Suele observarse con las inyecciones de sublimado casos de intoxicación mercurial que se manifiesta por salivación i diarrea, tal como cuando se produce esta intoxicación por otra vía.

La estadística registra por desgracia ya cerca de una docena de defunciones producidas por estas intoxicaciones. La esperiencia ha demostrado que estos accidentes sobrevienen solo en personas que padecen de una afección renal.

Esta es, por consiguiente, una formal contra-indicación para las inyecciones intra-uterinas de sublimado.

Esta intoxicación es favorecida también por una anemia intensa o una hemorragia abundante.

Agregaré que se han observado casos de embolías pulmonares i aun cerebrales, cuando se hacen las inyecciones en una época mui tardía, por desprendimientos de los trombus uterinos.

Estos accidentes justifican la medida de prohibir a las matronas hacer las inyecciones intra-uterinas.

OBJECIONES HECHAS A LAS INYECCIONES

1.^a *Aumentan los loquios.*—Este aumento no es sino ficticio, los loquios no aumentan, sino que la contracción uterina es exitada, las membranas i detritus desprendidos, el cuello franqueado, todo contribuye a exajerar esta eliminación, mas no la aumentan.

2.^a *Esponen a la penetración del liquido en las trompas i cavidad peritoneal.*—Esta objeción carece de valor, no sucede esto sino cuando el útero está sometido a una enorme presión, como se ha demostrado experimentalmente. En las inyecciones intra-uterinas no sucede esto porque el líquido refluye con facilidad.

3.^a *Las inyecciones uterinas determinan hemorragias.*—Estas hemorragias son escepcionales i nunca fatales.

4.^a *Entrada del aire a los senos uterinos.*—Esto solo se ha observado escepcionalmente, i estas escepciones nada prueban en contra de los inmensos beneficios obtenidos cada día por este tratamiento.

5.^a *Las inyecciones provocan calofríos, metritis i peritonitis.*—La metritis i peritonitis no los provocan jamás la inyecciones, sino que existen desde antes. Los calofríos es cierto que son mui frecuentes después de las inyecciones; pero estos no son de naturaleza

mórbida, porque es de regla que sean seguidos de una considerable mejoría, el pulso i la temperatura bajan notablemente.

DRENAJE UTERINO

Este sistema, mui en boga en otra época, tiende a abandonarse hoi día, contando no obstante todavía con numerosos partidarios.

Se ha usado un tubo de goma de paredes gruesas i resistentes por el cual se pasa próximo a su estremidad un tubito delgado, haciendo una cruz, para que se mantenga así retenido en la cavidad uterina. Estos pueden ser también de doble corriente.

Ultimamente se han reemplazado éstos por una simple sonda de zinc flexible, que se mantiene bastante bien en la cavidad de este órgano, sin ser suficiente la contracción uterina para espulsarla por completo.

Las inyecciones intra-uterinas interrumpidas tienen sobre el drenaje e irrigaciones continuas las siguientes ventajas: se espulsan mejor las membranas i detritus por un chorro intenso e intermitente, que por las continuas i débiles. Después de cada inyección periódica el útero se contrae poderosamente i se separa así bridas de membranas fetales i restos de caduca. La primera inyección evita la contracción, separa las membranas i restos, i la segunda arroja estos restos necrosados. A estos podría agregar muchos otros, que hacen de las inyecciones periódicas el procedimiento mas ventajoso i casi único empleado hoi día.

Los partidarios del drenaje, que todavía lo son en bastante número, colocan su sonda en la cavidad uterina de tal manera que quede un segmento accesible para poder adaptar el tubo del irrigador. No extraen este tubo sino cada 24 horas, para limpiarlo i desinfectarlo. Encontraban en este procedimiento una gran ventaja para las irrigaciones frías continuas con un fin antitérmico; pero esto ha perdido su valor por ser los baños mucho mas ventajosos que estas irrigaciones.

TRATAMIENTO JENERAL

Después de estar en boga el tratamiento local, el jeneral ha desempeñado un papel secundario.

Este se propone dos abjetos: bajar la temperatura i mantener las fuerzas.

Para bajar la temperatura tenemos agentes terapéuticos i agentes físicos.

En el primer grupo, tenemos la antiperiana que se administra por la vía gástrica, a la dosis de 0.50 gramos hasta 2 gramos, i i en enemas absorbentes pudiendo llegarse entonces hasta 3 gramos.

Las sales de quinina que se pueden emplear por las mismas vías, siendo las mas usadas el sulfato ácido i el clorhidrato; este último, sobre todo, para enemas a las dosis de 1 a 2 gramos.

Con mejor resultado aun se asocian estos dos medicamentos en proporción de 0.50 de quinina por uno de antipirina por día i aun por dosis, según los casos.

Cuando hai intolerancia gástrica deben siempre administrarse estos dos medicamentos en enemas absorbentes, perfectamente absorbibles, a condición de hacer preceder estos enemas de un lavado rectal.

Mencionaré también el ácido salicílico i salicilato de soda, menos eficaces que los anteriores i que se asocian a menudo con ellos. La antifebrina, que también principia a usarse con un doble fin, para bajar la temperatura i principalmente para combatir la sobreexcitación nerviosa. A estos podría agregar la cairina, veratrina i muchos otros.

Las mas de las veces todos estos agentes terapéuticos son insuficientes i aun ineficaces. La baja de la temperatura es poca i la curva vuelve a subir con rapidez.

Cuando hai sustancias infectas en la cavidad uterina, estos agentes no tienen acción ninguna sin ser acompañados del tratamiento local.

Segundo grupo.—Agentes físicos: Se han empleado en la fiebre puerperal, como en el tífus, los baños tibios enfriados gradualmente i se ha obtenido aquí como allá brillantes resultados.

Los baños producen una baja segura de la temperatura, pudiendo esta baja graduaria el médico a voluntad. Su acción es mas constante i duradera, no ascendiendo la curva sino mui tardía i lentamente. No tiene acción debilitante, como los agentes terapéuticos, sino que, al contrario, da enerjía i vigor a la parturienta, su pulso se hace mas lento i fuerte, la disnea es reemplazada por una respiración amplia i fácil i, por fin, se evitan las alteraciones dixerativas. Tales son las ventajas de este tratamiento.

Para efectuar estos baños tomaremos las prescripciones siguientes: se tendrá pronta la tina con agua a 32° i a la mano hielo,

nieve o en su defecto, agua lo mas fría posible, para poder bajar la temperatura a voluntad.

La enferma desnuda se envuelve en una sábana. Si es mui débil o por pudor se puede quedar con la camisa. La duración del baño es de diez a veinte minutos, la sumersión prolongada no produce tan buenos efectos como la baja térmica del baño. La temperatura de baño se baja hasta 28 o 29° i mas si hai necesidad.

Mientras la enferma está en el baño, se hace la cama, la que se cubre de una sábana sobre la cual se coloca una frazada.

Si la parturienta ha conservado la camisa, se le quita o rasga despojándola igualmente de la sábana de envoltura, se le coloca sobre el lecho i se envuelve nuevamente con la sábana seca i frazada. Se le da a tomar una bebida estimulante i se le deja tranquila por algunos minutos.

Después se seca prolijamente quitando la sábana i frazada mojada i cubriendo a la enferma con otras secas i limpias.

En caso de inconveniente para los baños, se puede acudir a las envolturas frías, que se ejecutan de la manera siguiente: se colocan dos camas, una al lado de la otra; en cada una se coloca una envoltura empapada con agua fría. La enferma es llevada alternativamente de la una a la otra, dejándola solo unos pocos minutos en cada envoltura, cambiando ésta siempre. Esto se puede repetir de doce a veinticuatro veces.

En casos lijeros basta aplicar sobre el pecho i abdomen una sábana doblada varias veces empapada en agua fría i que se cambia a cada momento.

Otro método mui en boga en otra época, pero que va perdiendo terreno, eran las irrigaciones frías permanentes, que se consideraban como antitermia local.

Las inyecciones intra-uterinas, hechas con un fin antiséptico, desempeñan un papel antitérmico notable, bajando la temperatura después de cada lavado hasta un grado, como lo comprueban las relaciones que acompaño.

¿Cuándo debe acudirse a este procedimiento antitérmico?

Este tratamiento no solo lo indican la elevación térmica, 40° i aun 41°, porque estas altas temperaturas a veces son mui pasajeras i no reclaman este tratamiento como indispensable.

No así cuando la fiebre es continua o débilmente remitente; cuando hai síntomas cerebrales o cuando es de urgencia sostener la fuerza, entonces es indispensable recurrir a este medio i con prontitud.

Advertiré, por último, que jamás debem^s estar seguros de la baja de la temperatura si el pulso no baja a la par con ella; con seguridad no será estable este descenso térmico.

A esto podré agregar todavía que las vejigas de hielo que se colocan sobre el hipogastrio, para evitar complicación peritoneal, fuera de su acción principal de anti-flojística, también contribuyen a bajar la temperatura.

A este grupo de medios antitérmicos agregaré una nueva sección de medicamentos, que por otra vía nos ayudan a alcanzar esta baja de la temperatura, me refiero a los purgantes.

Una vez que los agentes de infección han penetrado a la circulación, la principal, por no decir única vía de eliminación, es el tubo digestivo; hé aquí, pues, la indicación de los purgantes.

La naturaleza por su parte se encarga de indicarnos esta medida, pues rara vez falta la diarrea en la fiebre puerperal, debiendo esta respetarse sino pasa a la exajeración.

Deben emplearse los purgantes siempre que haya estitiquez i cuando las deposiciones no pasen de una en las 24 horas.

Se prefiere de ordinario el cálmel i aceite de ricino.

Se administran con muy buen resultado enemas abundantes de una solución de salicilato de soda. Tiene este sistema las siguientes ventajas: el ser antiséptico i antitérmico a la vez i de evitar a la vía digestiva alteraciones que harían imposible la administración de estos medicamentos cuando existe intolerancia gástrica.

MEDICACIÓN TÓNICA

El sostener las fuerzas es una indicación tan necesaria como la de bajar la temperatura, ambas van encaminadas a un mismo fin. Los alcohólicos, bajo sus diversas formas, llenan esta indicación mejor que cualquiera otra. Este se administra bajo la forma de poción Todd, cognac, vino jeneroso o Champagne helado. Las dosis las elejirá el médico, según las circunstancias.

La quina, bajo la forma de extracto blando, es recomendada.

Se someterá a la enferma a dieta, se le dará caldo, leche, polvo de carne, etc.

Sabemos que una de las principales indicaciones después del parto, como en la fiebre puerperal, es procurar la contracción uterina i vijiliar que este órgano se mantenga contraído.

Para esto débese acudir al sécale, sea por la vía gástrica o en

inyecciones hipodérmicas de ergotina, valiéndose de la solución de Dusart u otras; este último método es mas pronto i seguro.

Para combatir el insomnio se acudirá a la morfina, cloral, uretano, paraldehido, hipnona i otros.

OBSERVACIÓN 1.^a

A fines de mayo del presente año el Dr. Carvalho Elizalde fué llamado a Valparaíso para atender a la señora N. N., de 30 años de edad, múltipara, que había dado a luz un robusto niño después de largas horas de duro trabajo.

Tres días después del parto se iniciaron síntomas febriles que fueron atribuidos, por el medico que la asistía, a la fiebre precursora de la secreción láctea. La matrona aseguraba la expulsión íntegra de la placenta i a la vez esponía haber empleado durante el parto la mas rigurosa antisepsis.

Debe advertirse que en esta enferma la concepción se había verificado en un útero afectado de un proceso inflamatorio crónico de la mucosa.

Los calofríos, la elevación térmica a 29°5, la sequedad de la boca, el malestar jeneral i la erupción de una considerable cantidad de sudámipas, hicieron alejar la idea de la fiebre de leche, sin hacer aun un diagnóstico fijo. Se empezó a tratar el síntoma fiebre por medio de un purgante primero i luego por la antipirina en enemas, a la dosis de dos gramos.

El sulfato de quinina era administrado al anterior. Estos medicamentos en nada modificaron la temperatura. Soluciones débiles de ácido fénico estaban destinadas a las inyecciones vajinales.

Seis días después del parto la erupción de manchas rojas escarlatiniformes invaden el tronco, la cara i los miembros. Inmediatamente se formuló el diagnóstico de escarlatina, tomando en consideración que coincidía con la aparición de esta enfermedad en la población.

La temperatura estaba ya en 40° i los medicamentos antipiréticos en nada modificaban el estado de la paciente, consiguiéndose a lo mas disminuir momentáneamente la fiebre por medio de las abluciones frías.

De los cuatro facultativos que estaban a la cabecera de la enferma, tres aceptaron el diagnóstico de escarlatina i solo el pro-

Y señor señor Carvallo declaraba que, a su juicio, se encontraban en presencia de una fiebre de infección, fiebre puerperal. El pronóstico fué formulado como mui grave, i hubo momentos en que se anunció que la enferma estaba completamente perdida.

El examen de la orina no demostraba la presencia de albúmina.

El estado de la señora en la noche del 27 de mayo, que fué cuando la observó por primera vez el Dr. Carvallo era el siguiente: temperatura 41°2, manchas escarlatiniformes en plena descamación, labios i lenguas cubiertos de fuliginosidades i pequeñas ulceraciones, piel seca i urente. Estado semi-comatoso, alternando con cierto grado de sub-delirio; previniendo que en noches anteriores el delirio habia llegado hasta el punto de pretender la enferma huir del lecho. Abdómen meteorizado, útero lijeramente dilatado i sensible, loquios no mui abundantes i fétidos, ausencia de leche.

En vista de este cuadro sintomático, diagnosticó el Dr. Carvallo fiebre puerperal, opinando que era uno de esos casos en que no podía suscitarse duda sobre la naturaleza de la afección. El pronóstico se formuló mui grave, pero aun con probabilidad de éxito si se recurría sin pérdida de tiempo a un tratamiento que llenara las indiciones del caso.

Tratamiento.—Lavados intra-uterinos con sublimado al 1 por mil, a la temperatura de 32°; baños de 32° enfriados con hielo hasta 28° i de duración de veinte a veinticinco minutos. Al interior Champagne helada i ningun medicamento.

Esa misma noche se hizo el primer lavado intra-uterino con la sonda de Bozeman modificada por Fritsch, saliendo el líquido mui turbio i de mal olor, precipitando abundantes detritus. Molestaban únicamente a la enferma el gran ardor que el sublimado producía en un desgarro de la mucosa a la entrada de la vajina. Una hora después del lavado la temperatura habia descendido a 39°5.

Mayo 28.—En la mañana: temperatura, 40°; el mismo estado que la noche anterior, nuevo lavado i un baño que agradó sobremanera a la enferma. Una hora después la temperatura era de 39°. Se le dió Champagne i caldo. En la tarde el termómetro marcaba 39°7, nuevo lavado; baño solicitado por la paciente. En la noche apenas 39°. Ha conciliado el sueño, pero interrumpido por cierta agitación nerviosa.

Mayo 29.—En la mañana 39°5, lavado i baño. Desaparición casi completa de las manchas rojas. El residuo del lavado precipita detritus que no parecían mucosidades i que son considerados como fragmentos de placenta. A medio día nuevo baño. El estado

jeneral de la enferma es mas satisfactorio, habiendo desaparecido el estupor, su intelijencia es clara i principia a darse cuenta de la gravedad en que ha estado. En la noche 39° de temperatura: se hace un nuevo lavado intra-uterino que hace descender después de una hora la temperatura a 38°5.

Mayo 30.—Ha pasado buena noche; temperatura 39°, lavado intra-uterino i último baño, la temperatura descende a 38°5, para no volver a elevarse i continuar gradualmente bajando hasta la normal.

Los lavados intra-uterinos se continuaron por dos días mas, una vez diaria, hasta obtener líquido claro.

Se administró a la enferma bromuro potásico para calmar la ajitación nerviosa i algunos tónicos.

Doce días mas tarde abandonaba el lecho completamente curada.

Es este uno de los casos en que se revela en todo su valor la influencia de la infección del útero, como único tratamiento curativo de la fiebre de infección en el curso del puerperio.

Grandes enemas con solución de salicilato de soda eran empleados con el objeto de desocupar el tubo intestinal de las sustancias en fermentación.

OBSERVACIÓN 2.^a

N. N., de 23 años de edad, bien constituida, primípara, llegó a término en marzo de 1886. El parto fué natural i sin obstáculo de ninguna especie que hiciera temer alguna complicación. La matrona que la asistió dijo haber empleado todos los elementos de antisepsis requeridos hoi día.

Al tercer día después del parto se notó lijera alteración térmica i sensación del malestar jeneral acompañado de algunos calofríos. El médico que la asistía juzgó al principio que bien pudiera tratarse de la fiebre que prece le a la secreción de la leche. Luego pudo convencerse por la rapidez con que la curva térmica llegaba a 40°, se encontraba en presencia de una grave complicación en el curso del puerperio que aun no se diagnosticaba, no existiendo mas síntoma que la fiebre. El abdomen estaba lijeramente meteorizado, el útero no contraído i sensible.

Se prescribió 30 gramos de aceite de ricino.

Al día siguiente la temperatura por encima de 40°, apesar de

las numerosas deposiciones de purgante. Se acentúa un cierto grado de estupor i se inician fuljinosidades de la lengua i labios.

Se supone ya el diagnóstico de una fiebre puerperal, formulándose la gravedad del pronóstico i previniendo a la familia el peligro que corría la enferma.

El tratamiento se reduce a bajar la temperatura por medio de enemas absorbentes de dos gramos de antipirina. Al interior se administra quinina asociada al salicilato de soda. Se le da coñac a pasto, caldo i leche, con exclusión de otros alimentos.

Dos días después manchas rojas de aspecto escarlatiniformes se muestran en la cara, jeneralizándose con rapidez. La temperatura sube a 41°, el estado tífico se acentúa, aparece delirio i la enferma se cree perdida por los médicos que la asistían i los de la familia. La antipirina en enemas i por la boca, la quinina i el salicilato de soda eran del todo ineficaces i no determinaban sino fenómenos de intolerancia gástrica. Las abluciones frías de agua con hielo repetidas con frecuencia dominaban momentáneamente la temperatura. Se asociaba a esto irrigaciones vaginales con sublimado.

Consultados otros dos facultativos, los señores Carvalho i Barros Borgoño, discutido el proceso, se alejó el diagnóstico de escarlatina i se aceptó el de fiebre puerperal. El pronóstico gravísimo.

Se instituyó un tratamiento que, a la mas rigurosa antisepsis uterina, se unieran los elementos destinados a sostener las fuerzas próximas a extinguirse.

Quedó establecido el siguiente: Inyecciones intra-uterinas de sublimado al 1 por mil, valiéndose de la sonda de Bozemann modificada por Fritsch. Estas inyecciones se repetían dos o tres veces al día. Baños a la temperatura de 35°, que se enfriaban hasta que la enferma sintiera frío intenso, duración de 20 a 25 minutos, repetidos siempre que la temperatura quedaba encima de 39°.

Agua con coñac i Champagne helado.

Supresión completa de todo medicamento, salvo cloral i una inyección de morfina por la noche para combatir el insomnio i cierta agitación nerviosa.

La persistencia de este tratamiento dió síntomas de reacción al cabo de tres días i solo después de ocho se declaró la mejoría bajo una franca convalecencia. El estado del vientre era atendido por medio de la desinfección del intestino, con enemas de salicilato de soda.

La enferma alcanzaba a tomar dos o tres baños diarios i dos

lavados intra-uterinos, descendiendo gradualmente la temperatura hasta quedar en 37°.

Los lavados que salían turbios en un principio aclararon poco a poco hasta quedar limpios e inodoros. No se encuentran fragmentos de placenta ni de membranas.

Tres días después de un estado casi normal, bajo la influencia de un desarreglo en la alimentación, la temperatura se eleva a 40°, i la enferma presenta un cuadro sintomático alarmante, disipándose todo con un colomelano i 30 gramos de ricino.

Durante el período de declinación se practicaron algunas inyecciones hipodérmicas de ergotina para activar la contracción uterina.

La enferma curó completamente, sobreviniendo solo una caída de pelo que volvió a recobrar pronto.

OBSERVACIÓN 3.ª

N. N., de 28 años, dos partos normales anteriores. Desembarazó el 20 de abril, parto largo, difícil, seguido de lijera inercia uterina, fácilmente combatida con paños fríos sobre el hipogastrio e inyecciones de ergotina.

Durante los tres primeros días nada de nuevo, salvo lijeros esfuerzos el cuarto día. Al quinto la temperatura era de 39°5, con calofríos, disminución de los loquios que son lijeramente fétidos, sudores abundantes. Examinada la enferma en estas condiciones, se comprobaba aumento de volumen de este órgano i exajeración de su sensibilidad, estando ocupada la cavidad por coágulos en principio de descomposición.

Se hizo un lavado intra-uterino con solución de sublimado al medio por mil, dándole al interior un gramo de antipirina. En la tarde temperatura de 38°, estado jeneral mejor.

En la mañana del día siguiente 38°5, nuevo lavado, los loquios han aumentado i son menos fétidos. En la tarde 39°5, sudores abundantes; se practica un nuevo lavado abundante con solución al 1 por mil; en la noche temperatura de 38°.

Al siguiente día 38° i en la tarde 38°; se hizo un nuevo lavado al 1 por mil.

Al día siguiente en la mañana 37°5; se hace un nuevo lavado i la temperatura baja a 37°. Teniendo al día siguiente en la tarde

una oscilación de medio grado, pero bajando de nuevo a la normal. Se suspendieron las inyecciones intra-uterinas, continuándose solo las vaginales por algunos días.

Al interior se daban los alcohólicos i dieta.

OBSERVACIÓN 4.^a

N. N., de 26 años, primípara, habiendo tenido tan solo anteriormente un aborto de tres meses. Se sintió con dolores el día 30 de abril, en la tarde. Los dolores se acentuaron durante toda la noche, rompiéndose la bolsa de las aguas como a las ocho del día siguiente, derramándose una pequeña cantidad de éstas.

Los dolores continuaron haciéndose cada vez mas tardíos, hasta que como a las seis de la tarde viéndose que no avanzaba la cabeza se procedió a aplicar el forceps. La presentación era occipito iliaca izquierda anterior. Cloroformizada la enferma, se estrajo un niño robusto, que presentaba el diámetro occipito frontal mui alargado por la compresión a que había estado sometido.

La placenta i membranas salieron íntegras.

El periné se desgarró en una estensión como de centímetro i medio.

La hemorragia consecutiva al desprendimiento de las membranas fué poco considerable, no sobreviniendo hemorragia posterior.

La enferma se sintió bien, solo con lijera cefalalja que se atribuyó al cloroformo i sangre perdida.

Al tercer día tenía 38°4 de temperatura, que coincidió con la aparición de la leche i que se atribuyó a esta causa. Mas la temperatura siguió ascendiendo hasta 40°3.

Los loquios mui escasos, apenas manchaban la ropa, i casi inodoros.

Se diagnosticó infección puerperal.

Los lavados intra-uterinos se principiaron en la tarde del cuarto día, con solución de sublimado al 1 por mil, bajado la temperatura 8 décimas. Al día siguiente el útero estaba mui aumentado de volumen, alcanzaba casi al nivel del ombligo.

Se le administró cornezuelo en papelillos, pero por haber éste producido vómitos, se prefirió las inyecciones de ergotina.

En la tarde del día 5 la temperatura era de 40°; se le hizo otro lavado intra-uterino que bajó la temperatura a 39°3. Se le dió también 0.50 gr. de antipirina.

En la tarde del día 6 se le hizo otro lavado que bajó la temperatura a 36°8.

En todos estos lavados el agua salía muy turbia y precipitaba una gran cantidad de detritus.

En la tarde del día 7 subió la temperatura a 39°7; se hizo otro lavado, que solo bajó la temperatura dos décimas. El agua en este lavado salió enteramente limpia, por lo que se suspendieron éstos.

El tratamiento consecutivo, a pesar de la curva térmica, se limitó a la administración de antipirina por la vía gástrica y en enemas.

Se mantuvo por algunos días aplicada sobre la región hipogástrica una vejiga de hielo.

Al interior se daban los alcohólicos bajo sus diferentes formas. La enferma manifestaba intolerancia gástrica para toda clase de alimentos, incluso la leche. Se le suministraron los polvos de carne y éstos los toleró perfectamente.

La curva térmica, después de grandes oscilaciones, bajó a la normal el día 14.

CONCLUSIONES

La profilaxis y tratamientos antisépticos en las infecciones puerperales han bajado inmensamente el número y mortalidad de éstas.

La profilaxis se dirige a los medios que rodean y se ponen en contacto con la parturienta y a esta misma. Todos los útiles, matronas y médicos se ceñirán a la más estricta antisepsis.

Antes del desembarazo la parturienta guardará el más prolijo aseo y los órganos genitales externos serán sometidos a rigurosa antisepsis antes de las exploraciones.

Las inyecciones vaginales no deben hacerse antes del parto, sino en las clínicas, cuando se ha hecho exploraciones no antisépticas y cuando existe infección.

Las exploraciones muy repetidas son inútiles y perjudiciales.

Durante el parto no se harán inyecciones sino cuando el trabajo es prolongado, cuando las membranas se rompen prematuramente, cuando el feto está muerto y cuando las aguas del amnios están enturbiadas con meconio.

El parto se hace seguir siempre de una inyección vaginal, pero

no uterina. Esta es de absoluta necesidad cuando existe infección.

El tratamiento es jeneral i local.

El local consiste en las inyecciones vaginales e intra-uterinas.

Las inyecciones intra-uterinas siempre deben ser precedidas de vaginales.

Las inyecciones intra-uterinas se suspenden cuando ha bajado la temperatura i el líquido sale limpio desde el principio.

Entre las muchas sondas uterinas no hai ninguna de especial predilección, la de Bozemann-Fritsch es la mas usada.

El mejor desinfectante es el sublimado en proporción de 1 por mil a 2 por mil.

El procedimiento operatorio no tiene nada de especial.

Los accidentes producidos por las inyecciones no son fatales.

Las afecciones renales contraíndican el empleo del sublimado.

Las objeciones hechas a las inyecciones carecen de valor científico.

El drenaje e irrigaciones continuas tienden a abandonarse.

Los antitérmicos terapéuticos mejores son la quinina asociada a la antipirina.

Lo mas seguro son los baños tibios o ablusiones frías; producen baja segura i duradera de la temperatura.

Las inyecciones intra-uterinas producen siempre un descenso térmico. Jamás debemos estar seguros de la baja de la temperatura si el pulso no baja a la par con ella.

El mejor tónico es el alcohol bajo sus diversas formas.

Al concluir debo dar mis sinceros agradecimientos a los profesores Drs. Carvalho, Murillo i Moerike, por la amabilidad con que me han suministrado datos.

Señores examinadores, vuestra aprobación sería mi mejor recompensa.