2919

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

INFECCION PUERPERAL

Y SU TRATAMIENTO

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

PEDRO R. TORRES

Ex interno por concurso de los Hospitales Rivadavia (de Mujeres)
y Nacional de Clínicas

BUENOS AIRES

IMPRENTA DE MARTÍN BIEDMA É HIJO, BOLÍVAR 535

1896

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

INFECCION PUERPERAL

Y SU TRATAMIENTO

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

PEDRO R. TORRES

Ex interno por concurso de los Hospitales Rivadavia (de Mujeres)
y Nacional de Clínicas

BUENOS AIRES
IMPRENTA DE MARTÍN BIEDMA É HIJO, BOLÍVAR 535
1896

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Decano

Dr. D. LEOPOLDO MONTES DE OCA

Vice Decano

Dr. D. PEDRO MALLO.

Académicos Titulares

Dr. D. LEOPOLDO MONTES DE OCA
» » JOSE T. BACA
» » RAFAEL HERRERA VEGAS
» » PEDRO MALLO
» » JOSÉ M. ASTIGUETA
» » JACOB DE T. PINTO
» » EUFEMIO UBALLES
» » JUAN R. FERNANDEZ
» » ENRIQUE E. DEL ARCA
» » PEDRO N. ARATA
» » MANUEL BLANCAS
» » ROBERTO WERNICKE
» » PEDRO LAGLEIZE
» » JOSÉ PENNA
» » LUIS GUEMES.

Académicos Honorarios

Dr. D. ERNESTO ABERG
» » PABLO MARENGO
» » EDUARDO WILDE
» » MARTIN SPUCH
» » TELÉMACO SUSINI.

Secretario Titular

Dr. D. LUIS M. ACUÑA

Pro-Secretario

Dr. D. ZENON AGUILAR.

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Anatomía Descriptiva	Dr. Juan José Naon.
Anatomía Topográfica	» Juvencio Z. Arce.
Histolojía teórico-práctica	» Rodolfo de Gainza.
Fisiolojía General y Humana	» José M. Astigueta.
Higiene Pública y Privada	» Meliton Gonzalez del Solar.
Patolojía General y Ejercicios clínicos	» Roberto Wernicke.
Materia Médica y Terapéutica	» Justiniano Ledesma.
Patolojía Externa	» Obdulio Hernandez.
Patolojía Interna	» José Penna.
Anatomía Patológica	» Telémaco Susini
Medicina Operatoria	» Adalberto Ramaugé
Enfermedades de mujeres y Clínica Ginecológica.	» Enrique Bazterrica.
Enfermedades de niños y Clínica Pediátrica	» Manuel Blancas.
Enfermedades de los ojos y Clínica Oftalmológica	» Pedro Lagleyze.
Enfermedades nerviosas y su clínica	» José M. Ramos Mejia.
Enfermedades mentales y clinica respectiva	» B. Solari (interino).
Clínica Quirúrjica	» Antonio C. Gandolfo. / Julian Aguilar.
Clínica Médica	» Eufemio Uballes. / Gregorio N. Chaves / Luis Güemes
Obstetricia y Clínica respectiva	» Samuel A. Molina.
Medicina legal y toxicología	» Eduardo M. Perez.
Química aplicada á la Medicina	» Pedro N. Arata / Atanasio Quiroga
Física Médica	» Jaime R. Costa.
Historia natural médica	» Eliseo Canton.
Fisio-patología experimental	» Juan B. Señorans.
Enfermedades venéreas y dermatología	» Baldomero Sommer
Laringología, otología, rinología	» Eduardo Obejero
Farmacia teóriea	» Juan A. Boeri.
Práctica farmacéutica	» J. Manuel Irizar.
Obstetricia para alumnas parteras	» Juan R. Fernandez.
Botánica mèdica	» Adolfo Mugica.
Odontología	» Nicasio Etchepareborda.

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Anatomia Descriptiva	Dr. D. Juan D. Piñero.
Anatomía Topográfica	» » Avelino Gutierrez.
Histolojía teórico-práctica	(vacante)
Fisiolojía General y Humana	» » Pedro J. Coronado.
Higiene pública y privada	» » Enrique Revilla / J. Ricardo Schatz.
Patolojía General y Ejercicios Clínicos	» » Gregorio Araoz Alfaro
Materia Médica y Terapéutica	» « Enrique E. del Arca. / Angel M. Centeno
Patolojía Esterna	» » (vacante) / Pascual Palma
Patolojía Interna	» » Marcial V. Quiroga
Anatomía Patológica	» » Carlos Malbran / Manuel Badia
Medicina Operatoria	» » Alejandro Posadas / (vacante)
Enfermedades de mujeres y Clínica Ginecológica	» » (vacante) / Alfredo Lagarde en ejercicio.
Enfermedades de niños y Clínica pediátrica	» » Antonio F. Piñero. / Facundo Larguia.
Enfermedades de los ojos y clínica oftalmológica	» » Francisco Barraza. / Teófilo A. Moret.
Enfermedades nerviosas y su clínica	» » José A. Esteves.
Enfermedades mentales y clínica respectiva	(vacante)
Clínica Quirúrjica	» » Juan B. Justo / Alejandro Castro / Diógenes Decoud.
Clínica Médica	» » Abel Ayerza / Julio Mendez / Francisco Sicardi (en ejerc).
Obstetricia y Clínica respectiva	» » Luis F. Vila.
Medicina legal y toxicología	» » Francisco de Veyga
Química aplicada á la Medicina	(vacante)
Farmacia y práctica farmacéutica	(vacante)
Laringología, otología, rinología	» » Wenceslao Tello.
Enfermedades venéreas y dermatología	» » Maximiliano Aberastury
Obstetricia para alumnas parteras	» » Enrique Pietranera.
Odontología	(vacante)

PADRINO DE TÉSIS

Académico honorario: Doctor TELÉMACO SUSINI

A la memoria de mi madre

A mi padre

Señores Académicos:

Señores Profesores:

La importancia que la Nosografia Médica reconoce á la Infección Puerperal y el éxito del Método Antiséptico en Obstetricia, que como Interno de la Maternidad del Hospital Rivadavia he tenido ocasión de comprobar, me han hecho decidir por el tema de este trabajo.

En él trataré de la Etiologia y Patogenia de la Infección y del Método Antiséptico como su tratamiento Profilactico y Curativo.

Terminaré presentando una Estadística sobre la Mortalidad por Infección en la Maternidad del Hospital Rivadavia. Esta Estadística comprenderá veinte y seis años é irá acompañada de algunas ligeras consideraciones al respecto.

La Infección Puerperal

A pesar de los progresos cada día mayores, alcanzados en las prácticas de la Antisepsia, la Infección continúa haciendo sus víctimas entre las parturientas. Sin embargo, hoy día los términos de la cuestión han cambiado y la tan temida Fiebre Puerperal, que hasta hace pocos años era el terror de las Maternidades, ha dejado de serlo, para ocupar un lugar secundario, entre las causas de Mortalidad de la recien parida.

Esta evolución favorable sufrida por la Infección Puerperal, es debida al conocimiento exacto que hoy se tiene de su verdadera causa, pues, las ideas erróneas que antes de los descubrimientos de Pasteur, se poseían sobre su orígen y su naturaleza, debían fatalmente, hacer fracasar toda la Terapéutica empleada para combatirla.

Actualmente, si no presenciamos ya esas verdaderas epidemias concluyendo con la vida de las Puerperas, nos encontramos de tarde en tarde con algunos casos aislados de Infección. Estos casos, aunque raros, nos

demuestran que la causa de la Infección Puerperal está siempre pronta en acecho para invadir á la parida en cuanto cometamos la menor falta en el empleo del Mé-todo Antiséptico, única pero eficaz arma que poseemos para luchar con enemigo tan poderoso.

Etiología

Reseña histórica—Haremos á un lado las descripciones de los primeros autores, que, confundiendo las causas con sus efectos, hacian de la Fiebre Puerperal una enfermedad por retención de loquios ó por reabsorción lactea.

Entraremos pues, de lleno á la época en que Samuel Kneeland, ilustre médico americano, dándose cuenta de la naturaleza de la Fiebre Puerperal escribía en 1846 *in the American Journal of the Medical Sciences:*

«Yo pienso estar autorizado á deducir del exámen atento de los hechos, las siguientes proposiciones:

1°. La Fiebre Puerperal es contagiosa como lo prueba su localización á la clientela de algunos médicos ó parteras, que llevan la infección de una casa á la otra, como lo demuestran todavia los estragos que ella causa en los Hospitales y los efectos funestos de las autopsias.

Es posible, que estados particulares de la atmósfera

determinen la Fiebre Puerperal en sugetos predispuestos, pero el contagio de esta enfermedad no es menos innegable.

2°. La Fiebre Puerperal se trasmite de varias maneras. Asi, ella puede ser inoculada directamente por líquidos recogidos sobre una mujer viva y enferma, ó sobre el cadáver de una mujer muerta durante el puerperio.

Las emanaciones que se desprenden de las enfermas y sobre todo, el aire de las salas de los Hospitales donde se hallan reunidas varias mujeres atacadas de Fiebre Puerperal propagan la enfermedad. En fin ella, es trasportada por los médicos, por las ropas, lienzos, colchones etc., que han estado en contacto con una persona infectada.

3°. La propagación de la enfermedad por el médico y la regularidad con la cual los casos se suceden en sus paridas, demuestran que las epidemias de Fiebre Puerperal son casi siempre el *efecto* y no la *causa* del contagio.

4°. El contagio es tanto más de temer cuando las relaciones entre el médico y la parida son mas frecuentes. El contagio directo es por consiguiente mas temible que la insalubridad de los locales, la miseria de las mujeres, el asinamiento; y si es cierto que la miseria por el estado de decadencia en que pone al organismo, sea una causa predisponente de la enfermedad, ella, no es un factor esencial puesto que se la ve estallar tanto en la clase rica como en la clase pobre.

5°. Un caso de Fiebre Puerperal en apariencia es-

porádico basta para trasmitir la enfermedad; un caso ligero puede engendrar un caso grave y vice-versa.

6°. La inmunidad no puede ser invocada como un argumento contra el contagio; se la encuentra en efecto en todas las enfermedades universalmente consideradas como contagiosas.

7°. La Fiebre Puerperal es contagiosa desde el principio; ella, lo es todavia después de la muerte: lo atestiguan los desastres que sobrevienen en su clientela á un médico que ha practicado la autopsia á una puérpera.

8°. El partero, no debe entonces ni practicar autopsia de mujer muerta de Fiebre Puerperal, ni aun asistir á una autopsia cualquiera que sea. Y, si él lo ha hecho á pesar de esta prohibición, es necesario que se desinfecte el cuerpo y las ropas para no infectar á su próxima parida.

Si entonces, uno ó varios casos de Fiebre Puerperal sobrevienen en su clientela, el médico debe considerarse como un foco de pestilencia según la expresión del Dr. Holmez y obrar en consecuencia.

En cuanto á las personas que han manipulado de una manera cualquiera los lienzos ú objetos de camas ensuciadas por loquios de mujeres enfermas, no deben ni aproximarse, ni con mayor razón cuidar á una mujer de parto.»

La doctrina de la contagiosidad queda entonces netamente planteada por Kneeland en sus proposiciones, las que he querido traducir íntegras, en honor al autor y á los elevados conceptos que ellas encierran.

Es por esta misma época que Semmelweis, de la Clínica de Partos de Viena trata de sentar una doctrina algo diferente.

Inyectando en los genitales internos de conejos recien paridos, líquidos cadavéricos, consigue determinar en ellos lesiones análogas á las de la Fiebre Puerperal y de la Piohemia.

De estas experiencias se creyó con derecho á deducir, que la Fiebre Puerperal resultaba de un proceso mórbido importado por la infección cadavérica; «la putrefacción de las carnes muertas engendraba la descomposición de los tegidos vivos.»

Consecuente con sus ideas, obligó á los estudiantes que asistían á su clínica después de trabajar en el cadáver, á lavarse las manos con una solución de Cloruro de Cal y cepillarse las uñas antes de practicar el Tacto. Se proponía con estas precauciones destruir las materias cadavéricas que trasportadas por las manos de los estudiantes podían infectar las parturientas.

Haberse aproximado mucho á la verdad en cuanto á la naturaleza de la infección y haber indicado un medio de prevenirla, son los dos grandes méritos que debemos reconocer á Semmelweis. Sin embargo, como lo hace notar Tarnier, él no tenía razón sinó á medias; en efecto, la infección determinada por las materias cadavéricas es la infección pútrida y no la infección puerperal propiamente dicha, á menos que se trate del cadáver de una mujer, muerta por esta misma infección.

No obstante lo avanzado de las ideas, como el grado de verdad que encierran las doctrinas de Kneeland y

Semmelweis, ellas no encontraron éco en el Mundo Científico.

En Francia, Tarnier en 1856, asombrado por la cifra de la mortalidad en su Clínica de Partos, resolvió emprender investigaciones, con el objeto de descubrir la verdadera causa de las Epidemias Puerperales y de encontrar los medios de oponerse á su desarrollo.

Un hecho que había llamado su atención era, que mientras en su Maternidad tenía una mortalidad de 1:19, en la población Urbana la mortalidad sólo alcanzaba á 1:322.

A qué era debida una tan notable diferencia? Este, fué el sujeto de sus investigaciones de las que llegó á concluir que una tal diferencia sólo podía reconocer por causa las diferentes condiciones en que se encontraban las paridas

Mientras en la ciudad ellas se encontraban aisladas, cada una en su casa cuidada por su médico y su enfermera, en el Hospital por el contrario se hallaban todas reunidas, atendidas por el mismo médico, las mismas enfermeras, respirando el mismo aire y sirviéndose de las mismas ropas.

Fueron estas consideraciones que lo llevaron á admitir el contagio en la Fiebre Puerperal y en este sentido escribió su Tésis inaugural titulada: *Recherches sur i'état puerpéral et les maladies des femmes en couches.*

Le quedaba todavía por averiguar cuál era el agente de ese contagio y en qué condiciones él se producía.

No era difícil de acuerdo con las ideas que entonces reinaban admitir la existencia de un *miasma contagioso*

que debía encontrarse en las secreciones genitales de las mujeres enfermas de Fiebre Puerperal. Este *miasma* ó *virus* debía ser fatalmente, el que trasportado por la mano del partero ó por medio de las ropas propagaba el contagio. En vano lo buscó bajo el Microscopio sin poder señalar su presencia; de la experimentación sobre los animales solo pudo sacar en conclusión, que en el pus de las mujeres muertas de Fiebre Puerperal existía un veneno activo, pero cuya naturaleza íntima quedaba absolutamente desconocida.

Mas tarde en 1869, Coze y Feltz de Estrasbourgo, habiendo emprendido estudios sobre el estado de la sangre en las enfermedades infecciosas, examinaron al Microscopio la de mujeres atacadas de Infección Puerperal. Ellos encontraron micro-organismos puntiformes, redondeados y que agrupados los unos á continuación de los otros constituían verdaderas cadenitas flexuosas.

No obstante estos descubrimientos más ó menos felices, la Etiología de la Fiebre Puerperal permanece todavía muy oscura cuando en 1879 Pasteur viene á sacarla de la incertidumbre en que ella reinaba bajo el punto de vista Bacteriológico.

Fué Pasteur quien obtuvo culturas puras del Streptococo encontrado en la sangre y el pus de las puerperas infectadas. Fué él quien probó su acción patógena inyectando estas culturas en los animales y obteniendo en ellos accidentes análogos á los producidos por la inyección de la serosidad peritoneal de mujeres muertas de infección.

Y, por último, diré que fué Pasteur quien sostuvo por

primera vez en la Academia de Ciencias que: «la Fiebre Puerperal, era la consecuencia del desarrollo de micro-organismos que infectan las heridas producidas durante el parto y que de estas heridas se esparcen bajo diversas formas y por diferentes vías en tal ó cual parte del cuerpo, determinando allí formas mórbidas variables con el estado de estas partes, con la naturaleza de los parásitos y la constitución general de los sujetos.»

Estas conclusiones á que llegó el ilustre sábio sobre la naturaleza de la Fiebre Puerperal han sido confirmadas por estudios posteriores y son las adoptadas hoy día.

Fuera del Streptococo, se encuentran en los loquios de las puerperas enfermas otros gérmenes que por sí solos ó asociados á él, tienen un poder patogeno suficiente para producir los accidentes de la infección puerperal.

Estos son en órden de virulencia: el vibrión séptico, el stafilococo aureus, el albus, el bacterium coli y otros de menor importancia.

Patogenia

Una vez conocidos los agentes de la infección, nos resta averiguar: cómo ellos llegan al campo de su acción, cuáles son las condiciones que favorecen su desarrollo, cuál es el mecanismo de su acción patógena.

a) CÓMO LLEGAN LOS MICRO-ORGANISMOS Á ESTABLECERSE EN LOS ÓRGANOS GENITALES?

Indudablemente las Bacterias Patógenas pueden existir en los órganos genitales antes del trabajo del parto; unas veces se trata de infección preexistente como en los casos diversos de vaginitis, metritis, abceso de la vulva, bartolinitis, etc., otras veces los gérmenes pueden encontrarse allí atenuados sin manifestar su presencia, confundidos en amigable consorcio si me permite la expresión, con los innumerables saprófitos, pacíficos moradores de aquellas regiones.

Las Bacterias, pueden también llegar á los genitales

durante el trabajo del parto ó los días subsiguientes y esto es lo que más generalmente sucede en este caso son: las manos del personal que interviene, las ropas que se ponen en contacto con la parida, los instrumentos impuros y mismo el agua de que se sirve para los lavages los que han servido de vehiculo al agente de la infección.

b) — CONDICIONES QUE FAVORECEN EL DESARROLLO DE LA INFECCIÓN

El estado de congestión intensa en que se encuentran los órganos genitales durante el parto, las soluciones de continuidad producidas y el traumatismo nervioso que sufre todo el organismo materno, constituyen causas suficientes para favorecer el desarrollo de la infección.

A estas condiciones, que podíamos llamar fisiológicas, vienen á agregarse los accidentes que tienen lugar durante el trabajo y que alteran su mecanismo normal. Así, p. ej., la ruptura prematura de las membranas, ya sea por los procesos de putrefacción que de parte del huevo pueden sobrevenir como por la prolongación del trabajo, que puede ser su consecuencia; las hemorragias copiosas que debilitan el organismo; los restos placentarios y los coágulos sanguíneos retenidos en la cavidad uterina, son también buenos materiales de nutrición para los gérmenes.

c) — MECANISMO ÍNTIMO DE LA INFECCIÓN

En los párrafos anteriores acabamos de ver cómo los micro-organismos llegan al canal genital y las con-

diciones de terreno que favorecen su desarrollo en él. Nos queda ahora por averiguar cómo obran estos gérmenes para producir las alteraciones que constituyen la infección puerperal en sus diversas formas clínicas.

Instaladas las bacterias en la cavidad uterina, ellas proliferarán allí si nada viene á perturbar su vitalidad y desarrollan productos de tanta mayor toxicidad, cuanto más ricos sean los materiales nutritivos en medio de los cuales pululan.

La acción bacteriana no tarda en hacerse sentir bien pronto; tienen lugar en la mucosa uterina modificaciones en relación con el número y la calidad de los gérmenes y dependientes de las transformaciones operadas por sus diastasas y elementos quimiotácicos. Entonces vemos desarrollarse allí la inflamación con todo su cortejo sintomático, en algunos casos; representada tan sólo por alguna de sus faces, en otros. La necrosis del revestimiento epitelial, siendo la consecuencia obligada de este proceso, las bacterias ya no encuentran la resistencia que él les oponía y se insinúan en los linfáticos y sobre las paredes de las venas.

La infección en su principio queda así constituida, ella es localizada.

Aquí comienza la lucha entre el organismo y el proceso mórbido; éste trata de difundirse, de hacerse general; el organismo en cambio despliega todo su vigor, todas sus fuerzas, para localizarlo, ahogándolo *in situ*.

Si el organismo vence, la infección queda localizada y los accidentes consecutivos á ella se reducen á alteraciones de marcha mas ó menos lenta que salen del do-

minio de la obstetricia, ó bien, como sucede en casos más felices, al cabo de pocos días todo vuelve á la normal y tiene lugar un *restitutio at integrum*.

Desgraciadamente, esto no sucede siempre así; la infección avanza á pesar de los obstáculos que en su defensa le opone el organismo; el endotelio de las paredes vasales, sanguíneas como linfáticas, se hace el asiento de colonias microbianas que mezclan sus productos con el medio circulante y envenenan la economía, alterando el funcionamiento de los órganos, cuyos trastornos caracterizan el cuadro de la septicemia puerperal.

Otras veces las colonias bacterianas que han dado lugar á coagulaciones sanguíneas en el sitio de su implantación ó que se han establecido sobre los trombus preexistentes, producen la disgregación de estos trombus; las partículas así disgregadas son arrastradas por el torrente circulatorio, llevadas en los diversos órganos donde las embolias y los infartos á que dan lugar, no hacen sino preparar el terreno para el cultivo de los gérmenes de que estas partículas son portadoras. Es de esta manera como se constituye la forma piohémica de la infección puerperal; al foco único han sucedido focos múltiples en cada uno de los cuales va á reproducirse el proceso primitivo.

En resúmen, diremos, para terminar con este capítulo: que la fiebre puerperal no es más hoy día considerada como una enfermedad *esencial*, especial á la recién parida; que ella no es sino el resultado de una infección cuyas condiciones quedan determinadas.

Metodo terapéutico

La antisepsia en obstetricia constituye todo un Método Terapéutico que comprende en su ejecución diversos procedimientos: los unos, tendentes á evitar el estallido de la infección, los otros á ahogarla en su cuna cuando los primeros han sido olvidados ó insuficientes.

El Método Terapéutico comprende, entonces, un tratamiento profiláctico de la infección y otro curativo.

TRATAMIENTO PROFILÁCTICO

Este tratamiento es puesto en práctica sobre las mujeres en tres estados diferentes: durante los últimos días del embarazo; durante el trabajo del parto comprendiendo el alumbramiento y en los días de puerperio.

ANTISEPSIA DE LA MUJER EN CINTA

Creo que es logico dividir las embarazadas en dos categorías, por el estado de sus órganos genitales bajo el punto de vista de la infección:

1ª categoría: Embarazadas con órganos genitales sanos; 2ª: Embarazadas cuyos genitales se hallan enfermos.

Embarazadas de la primera categoría- -En éstas todo se reducirá á cuidados generales de limpieza, baños ó lociones jabonosas de todo el cuerpo, especialmente de las partes cubiertas de pelo serán hechos con la mayor frecuencia posible.

A estos cuidados de higiene, se agregarán durante los últimos días lavages de la región ano-vulvar con una solución antiséptica.

En cuanto á las inyecciones vaginales, las que trataré con detención más adelante, no las creo necesarias porque las considero inútiles, así lo prueba la Estadística de nuestra Clínica; en efecto, en la Maternidad del Hospital Rivadavia, á la que he asistido estos tres últimos años y de la que he sido Interno, no se ha producido un solo caso de muerte por infección, entre las mujeres que han ingresado al servicio con algunos días de anterioridad á su parto; sin embargo, las inyecciones vaginales no son practicadas sino en casos patológicos.

Embarazadas de la segunda categoría—En éstas cambia la faz de la cuestión; á los cuidados generales de higiene añadiremos un tratamiento apropiado al padecimiento; si éste es de los genitales internos, la antisepsia nada podrá y es de otros medios que echaremos mano; pero, si se trata de una afección externa de la vulva, vagina ó cuello del útero, pondremos en práctica el Método Antiséptico en todo su rigor y el éxito coronará nuestros esfuerzos.

Inyecciones vaginales—Es en estos casos patológicos que practicamos las inyecciones vaginales; es sobre todo en los casos de vaginitis que ellas están indicadas y don-

de demuestran su eficacia. Curando á la madre de sus vaginitis se le evita los peligros de la Infección Puerperal que ésta podia engendrar y se le sustrae al mismo tiempo una causa de molestia suprimiendo el flujo leucorreico; pero lo que es mas todavia se evita que el niño contraiga una oftalmia purulenta por la penetración entre sus párpados del *gonococo* ú otro agente piogeno, ya sea á su paso por el canal vulvo-vaginal ó mas tarde por inoculación llevada por las ropas ó las manos de la puérpera.

Las inyecciones vaginales han sido incriminadas de producir el aborto y muchos médicos las temen aún hoy día; sin embargo este temor no tiene su razón de ser siempre que ellas sean practicadas, siguiendo las reglas que la prudencia aconseja.

Es verdad que existe todo un método para la provocación del aborto y del parto prematuro basado en la acción de las inyecciones vaginales sobre el cuello del útero; pero, en este método ideado por Kiwisch las inyecciones deben ser practicadas bajo una fuerte presión, porque es la percusión de la columna de agua sobre el cuello la que determina el trabajo prematuro. Ahora bien, si eliminamos esta acción mecánica suprimiendo la presión al líquido á inyectar, él, solo podría obrar sobre la fibra uterina por su temperatura, pero, esta acción no es susceptible de provocar el trabajo, como lo ha demostrado Pinard estudiando la acción del agua caliente sobre la contractilidad del útero grávido y esto mismo es lo que resulta en nuestra practica.

También se dice que las inyecciones son ineficaces,

porque ellas son incapaces de destruir todos los gérmenes que pueden encontrarse sobre la vagina y el cuello uterino. Esta objeción á primera vista parecería de gran peso pues que ella tiene su grado de verdad; en efecto, doce horas después de haber hecho una inyección, acompañada de frotamiento con dos dedos sobre la vagina y el cuello, encontramos sobre estos órganos un número de bacterias casi igual al que existia antes de la inyección. La razón de este hecho estriba en que las bacterias no solo pululan sobre la superficie de la mucosa, sino también en las capas profundas del epitelio y en los folículos glandulares; el efecto de las primeras inyecciones será destruir y arrastrar consigo los gérmenes de la superficie; las inyecciones posteriores concluyen por producir un estado de irritación de la mucosa, que trae como consecuencia el renovamiento rápido de la superficie epitelial, los epitelios al caer arrastran gran cantidad de micro-organismos mientras que por otra parte, dejan sin protección á los que quedan sobre las paredes que muy pronto sufrirán la acción destructora del antiséptico.

Creo que es por este mecanismo, que las inyecciones consiguen establecer la asepsia del canal vulvo-vaginal, en la mayor parte de los casos; en los restantes, poniendo el terreno en condiciones desfavorables para el desarrollo de los gérmenes atenúa su virulencia hasta el grado de hacerlos inocuos.

Antisepsia durante el parto—Si los cuidados de limpieza y antisepsia son considerados necesarios durante el embarazo con mayor razón deben serlo durante el

parto; aquí las causas que favorecen la infección multiplicándose, llegan á colocar el canal genital en idénticas condiciones que un campo operatorio; ahora bien, creo que nadie podrá poner en duda la necesidad de desinfectar el campo de una operación, que va á abrir una comunicación directa, entre el medio circulante del organismo y el mundo exterior.

Sin embargo, el acuerdo que reina á este respecto entre los hombres de ciencia, que actualmente se ocupan de la cuestión no es sino parcial; en efecto, miéntras los maestros de la escuela francesa quieren que se haga la antisepsia de todo el canal vulvo-vaginal durante el trabajo en todos los partos tanto naturales como distocicos, los de la escuela alemana sostienen: que no es necesario hacer sino la antisepsia de la vulva en los partos expontáneos, dejando la antisepsia de la vagina para los casos que requieren intervención.

Esta divergencia en la práctica de un mismo método consiste en una diferencia de doctrina; asi miéntras la escuela francesa sostiene la *auto-infección* á la par de la *hetero-infección*, la escuela alemana la rechaza no admitiendo sino esta última.

Los autores alemanes Léopold, Keller, Glökner y otros han tratado de demostrar, que no existiendo en la vagina sino saprófitos inofensivos las inyecciones vaginales durante el parto son superfluas y que por otras razones ellas pueden ser nocivas. Como se vé ellos quieren sentar una teoría partiendo de una base falsa. pues que, es un hecho probado que la vagina puede encerrar el stafilococo, el vibrión séptico y aún el strep-

tococo, que esperan una ocasión propicia para desarrollar su virulencia.

Como elementos de prueba nos presentan una série de estadísticas cuyos resultados no pueden llevar la convicción al espíritu de ningún observador serio é imparcial; Leópold por ejemplo solo cuenta los partos expontáneos; Glöckner y Keller eligen cada día las mujeres que van á someter á la observación; no es raro que en esta forma obtengan resultados brillantes. Tampoco dicen, si en sus estadísticas van comprendidas, mujeres llegadas á la clínica habiéndose iniciado ya, el trabajo del parto; pero, es lógico suponer, que si eligen los casos para *fabricar* estadísticas, los tomen de las pensionistas de sus servicios por ser las que presentan mejores condiciones.

Nos colocaremos del lado de los observadores franceses porque ellos nos parecen mas sérios y porque sus deducciones están mas de acuerdo con la enseñanza que diariamente nos proporciona nuestra clínica.

Que las inyecciones vaginales durante el trabajo son peligrosas, dice Leópold, y sin embargo él las practica en los partos artificiales; desde que las practica es porque no las considera peligrosas en estos casos; ahora bien, ¿cómo se entiende este doble criterio sobre un mismo asunto? En igualdad de condiciones por qué ha de ser peligroso para las unas, lo que redunda en provecho para las otras?

CÓMO DEBE PROCEDERSE EN PRESENCIA DE UNA MUGER EN TRABAJO DE PARTO

El primer cuidado á tomar con una parturienta desde el momento que se inicia el trabajo, será desalojar del recto y de la vejiga las materias fecales y la orina que estos receptáculos pueden contener; obrando de esta manera se evita: el obstáculo que estos órganos dilatados por su contenido pudieran oponer al descenso de la presentación, así como los accidentes á que su compresión podría dar lugar; se impide también que durante el período expulsivo ellos salgan de sus reservorios, viniendo á ensuciar la región ano-vulvar y la mano del partero que sostiene el periné.

Se buscará la albumina en las orinas especialmente si existen: edemás, cefaleas, desordenes visuales ú otros que hagan sospechar su presencia.

Tomadas estas precauciones preliminares se procede á la desinfección de la parturienta que comprenderá el toilette de la vulva y adyacencias y las inyecciones vaginales.

TOILETTE VULVAR

Prévia antisepsia de las manos el partero procede á jabonar profusamente la cara interna de los muslos, la región perineal, el Monte de Venus y la vulva; á medida que se frotan estas partes con el jabon se irrigan con una solución antiseptica caliente.

El antiseptico empleado es el sublimado al que da-

mos la preferencia porque á su propiedad en alto grado germicida reune la ventaja de mezclarse muy bien con el agua jabonosa facilitando así el lavado; el título de la solución empleada es de 0,20 °/$_{oo}$.

Estos lavages de la vulva han sido practicados en todo tiempo, pero se ha dado cuenta de su importancia recién desde el advenimiento de la antisepsia; ellos son practicados aún por aquellos que rechazan las inyecciones vaginales.

Asepsia de las manos, asepsia de la vulva, he ahí los dos puntos capitales de la antisepsia obstetrica ha dicho Tarnier y un partero de conciencia no debe jamás practicar un tacto sin haber llenado préviamente estas dos condiciones.

INYECCIONES VAGINALES

Terminado el toilette de la vulva sigue el de la vagina, que se hace, inyectando la solución antiséptica al mismo tiempo que dos dedos introducidos en su cavidad frotan sus paredes y las del cuello uterino; en la Maternidad del Hospital Rivadavia se usa para jabonar la vagina un jabon antiséptico blando preparado *ad hoc;* el antiséptico empleado aquí, es también el sublimado y al mismo título que para la vulva, se hace pasar por la vagina seis litros de solución.

La inyección debe hacerse sin presión para evitar los síncopes, convulsiones etc., que pueden producirse si el líquido es proyectado con fuerza en la vagina.

Terminada la antisepsia de los genitales, se procede á practicar el tacto que es seguido de una nueva inyección.

Si del exámen de la pélvis, la variedad de presentación, su grado de descenso y el estado del cuello, deducimos que la marcha del trabajo será normal, nos revestimos de la paciencia de todo buen partero y dejamos andar las cosas, hasta que llega el período expulsivo.

Si en el trascurso del trabajo se hace necesaria la ruptura artificial de las membranas, la practicamos sirviéndonos para ello, de una pinza herina esterilizada ó la punta de una tigera en iguales condiciones. Es conveniente antes de romper las membranas hacer una inyección vaginal.

Durante el período expulsivo, desde que la presentación, impulsada por la contracción uterina comienza á distender las partes blandas, hacemos una nueva toilette de la vulva y el periné; terminada ésta colocamos bajo la región sacro-lumbar de la parturienta, una almohadilla formada por una sábana, doblada á la manera que lo hacen las planchadoras.

Esta almohadilla levantando la pélvis, hace que los esfuerzos de los músculos abdominales se ejerzan en el buen sentido al mismo tiempo que facilita el aseo de la región perineal; tiene todavía otra ventaja esta elevación de la pélvis y es, que ella facilita el desprendimiento de los hombros y permite velar por la integridad de la vulva y el periné.

Como al final del período expulsivo el partero necesita llevar sus manos repetidas veces sobre las partes maternas, sea para sostener el periné ó facilitar el desprendimiento, él deberá mantenerlas constantemente asépticas con cuyo fin coloca sobre el mismo lecho un recipiente

conteniendo la solución antiséptica, donde las sumerge con frecuencia.

Expulsado el feto esperamos que el cordón cese de latir para seccionarlo entre dos ligaduras, colocadas la una, á cuatro ó cinco centímetros de su inserción fetal y la otra un poco más léjos; el hilo empleado para estas ligaduras habrá sido préviamente mantenido en una solución antiséptica.

Inmediatamente que nace el niño y antes de practicar la sección del cordón, se lavan sus ojos con una solución boricada; esta práctica es repetida después del baño y en los dias subsiguientes con lo que se consigue evitar la oftalmía purulenta.

ANTISEPSIA DURANTE EL ALUMBRAMIENTO

El niño ha nacido, el parto propiamente dicho está terminado, pero, el rol del partero no ha concluído, la placenta no es todavía expulsada; entramos entónces al período del alumbramiento; véamos lo que debe hacerse.

A exepción de casos raros en que la expulsión de la placenta se hace inmediatamente detrás del feto, el período del alumbramiento natural comprende un lapso de tiempo, que varía entre 15 y 30 minutos; por consiguiente, si el parto ha sido normal, si el huevo no ha sufrido anteriormente procesos de putrefacción, sino hay hemorragia esperaremos que este lapso de tiempo se cumpla. Como la vulva ha quedado abierta á consecuencia de la relajación de los tegidos, exponiendo así á la infección las soluciones de continuidad producidas

por el parto, procedemos á su oclusión aplicando por delante de ella una planchuela de algodón aséptico.

Cuando la retracción del globo uterino y un bloc de sangre escapado por la vulva, nos hacen presumir que las dos primeras faces del alumbramiento: desprendimiento de la placenta y su descenso en la vagina han tenido lugar, introducimos dos dedos á través de la vulva para cerciorarnos de éllo. Si encontramos la placenta en la vagina procedemos á su extracción siguiendo las reglas que el arte aconseja, para evitar que partes de ella ó de las membranas queden retenidas en la cavidad uterina.

Si la placenta no se desprende por si sola pasado el tiempo normal, se ayuda su desprendimiento por las inyecciones vaginales calientes y el amasamiento del globo uterino; si estos medios no dan resultados y han pasado ya dos horas de expulsado el feto, procederemos sin pérdida de tiempo á la extracción manual de los anexos; esta operación tan justamente temida en otro tiempo, se ha hecho hoy día completamente inofensiva por obra del método antiséptico; asi lo prueban las treinta y tres extracciones practicadas en nuestra Maternidad el año pasado, en todos los casos el puerperio fué fisiológico.

Terminado el alumbramiento se examina inmediatamente el producto para cerciorarse de su integridad; si él ha sido completo, hay razón para suponer un puerperio normal, pero si algún resto de membranas ó cotiledón placentario ha quedado en el interior del útero, debemos ser reservados en el pronóstico, pues se trata de un acci-

dente que puede llegar á ser grave. En este caso introducimos la mano en el útero hasta donde su retracción lo permite, exploramos su cavidad y desprendemos y sacamos fuera estos restos en la medida de lo posible; practicamos una inyección intra-uterina y redoblamos las precauciones antisépticas durante el puerperio.

Antisepsia despues del alumbramiento.—Despues del alumbramiento se procede á una nueva y prolija desinfección que comprenderá la toilette de la vulva y la inyección vaginal en los partos espontáneos, se agregará la inyección intra-uterina cuando haya una indicación especial como por ejemplo: putrefacción del huevo, fiebre durante el trabajo, hemorragia despues del alumbramiento por inercia uterina. Se practicará también la inyección intra-uterina en los casos de intervención: Forceps, versión, extracción de la placenta, etc.

A exepción de aquellos casos en que hay contraindicación para el mercurio, como en las hemorragias y en la albuminuria, se emplea en la Maternidad del Hospital Rivadavia la solución de sublimado á 0,20 °/$_{oo}$ para todas las inyecciones, sin que hasta la fecha se haya producido ningún caso de hidrargirismo.

Cuando se han producido desgarraduras del cuello del útero, de la vagina ó del periné se procede de distinta manera según el grado de las lesiones. En las desgarraduras del cuello que dan sangre, si ellas no son muy extensas basta practicar un taponamiento de la vagina con gaza iodoformada; en las grandes desgarraduras con hemorragia importante practicamos la sutura con catgut. Creo que debemos ser parcos en la

aplicación de suturas sobre el cuello: 1° porque son muy raros los casos en que llenan una indicación absoluta; 2° porque todo cuerpo extraño dejado allí á permanencia aumenta las probabilidades de infección.

En las grandes desgarraduras de la vagina y el periné la sutura inmediata es la regla.

Puerperio Fisiológico

Cuando durante el parto y despues del alumbramiento se ha puesto en práctica el método antiséptico en todo su rigor, podemos considerar las vías genitales de la puérpera en un estado de asepsia satisfactorio; el rol del Médico será entónces en los días consecutivos, conservar este estado aséptico si quiere ver llegar el todo á feliz término; para conseguirlo bastará hacer la toilette de la vulva tres veces al día, empleando para ello una solucion antiséptica y obturandola con algodón hidrófilo despues de cada toilette.

En la Clínica del Dr. Molina las puérperas reciben diariamente una inyección vaginal; esta práctica la creo útil y necesaria en una Maternidad como una buena medida profiláctica, pero en las puérperas de la clientela privada no solo, no la creo útil sino que la considero peligrosa y las razones en que me fundo son las siguientes: que miéntras en el servicio de una Maternidad se cuenta con un personal idóneo y con los medios necesarios para prác-

ticar estas inyecciones con todas las reglas de la antisepsia, fuera de él se carece en general de estos medios y como una falta en el Método, puede costar la vida á la puérpera, considero preferible abstenerse de su empleo en el puerperio fisiológico: *primo non noscere.* Por otra parte, nadie ha demostrado su absoluta necesidad, en cambio yo he visto producirse síncopes y aún la muerte súbita en un caso, debida indudablemente á la inexperiencia de la persona que practicaba la inyección.

Tacto Vaginal

Es teniendo en cuenta la importancia que se da en obstetricia á la práctica del tacto, que he querido tratarlo por separado.

Los signos que él nos suministra como elemento de diagnóstico son de tanta mayor importancia, cuanto que no nos pueden ser proporcionados por ningún otro medio; es él quién nos da á conocer el estado de la vagina, del segmento inferior del útero, de la dimensión, la consistencia y el grado de dilatación del cuello; el estado de la bolsa de las aguas, las procidencias, las variedades de posición y muchas veces la presentación misma necesita la ayuda del tacto para su confirmación. Señalándonos la situación de los reparos de posición, con relación á los diversos planos y ejes del canal pelviano, nos enseña el grado alcanzado por el trabajo, mostrándonos las diversas faces del mecanismo del parto.

El tacto es todavía mensurador del esqueleto de la

pélvis, puesto que nos pone al corriente, de los vicios que en su forma y dimensiones ella pueda presentar.

—Hé ahí ligeramente enumerados los beneficios que el tacto puede ofrecernos, véamos ahora los inconvenientes á que su práctica puede dar lugar; analicemos estos hechos, comparemoslos y juzgando con criterio imparcial veremos quién tiene razón, si los que sostienen la necesidad del tacto ó sus detractores.

Los maestros de la escuela Alemana y Leópold en primera línea como hemos visto, no aceptan otra doctrina que la de la Hetero-Infección y consecuentes con su modo de pensar tratan de evitarla por todos los medios á su alcance; es, siguiendo esta corriente de ideas que han llegado á la exageración de proscribir el tacto durante el parto, como un medio de precaverse contra la infección.

Indudablemente, que si practican el tacto con manos impuras ó sin desinfectar convenientemente los genitales externos de sus parturientas, las probabilidades de infeccion aumentarán en tantas veces por ciento como tactos hagan. Pero yo me pregunto, el tacto vaginal con manos asépticas á través de vías genitales en iguales condiciones, puede reportar algún peligro para la parturienta bajo el punto de vista de la insfección? No habrá de seguro divergencia de juicios á este respecto; todo el mundo contestará negativamente.

Lo único que podría discutirse sería la posibilidad de hacer asépticos los genitales externos de la parturienta y la mano del partero. En cuanto á la 1ª cuestión, ella ha sido ya discutida y resuelta favorablemente, y por lo que respecta á la 2ª la considero suficientemente proba-

da en el éxito alcanzado por la cirujía moderna; acaso no vemos todos los días abrir el vientre y pasear la mano del cirujano á través del peritoneo sin que éste se resienta de su contacto? ó es por ventura la mucosa genital más susceptible que la serosa peritoneal, ó la mano del partero más séptica que la del cirujano. No, pues, si todo es cuestión de Antisepsia.

Ahora bien, si el tacto vaginal con todas las ventajas que él nos proporciona como elemento de diagnóstico, puede ser practicado sin ningún peligro siempre que se siga el Método Antiséptico, conceptúo irracional y por demás absurdo privarnos de su concurso, aún en los partos normales.

Puerperio patológico

Si el Método Antiséptico es una arma poderosa para impedir que la infección siente sus reales sobre el organismo de la recién parida, no lo es menos para luchar contra esta infección cuando los medios puestos en práctica han sido insuficientes para contener la invasión bacteriana.

La inyección intra-uterina, el curetage y la irrigación contínua son los tres principales elementos de que dispone el partero en su lucha contra la infección declarada, y ellos son los que constituyen el Tratamiento Curativo de la Infección Puerperal.

Las alteraciones del pulso y de la temperatura son los primeros síntomas que nos revelan la infección, mucho antes de que los escalofríos, los lóquios fétidos y los fenómenos peritoneales vengan á confirmar su diagnóstico.

El pulso y la temperatura son, pues, los que van á guiarnos en la conducta á adoptar. Durante el puerperio

fisiológico la temperatura no debe pasar la normal y toda elevación por arriba de 37°5 y aún esta misma, debe ponernos en guardia. La frecuencia del pulso es también de tener muy en cuenta, sobre todo si su aumento va acompañado de una elevación térmica.

Es bueno saber que hay ciertas causas fuera de la infección que pueden dar lugar á alteraciones del pulso y de la temperatura.

Inyecciones intra-uterinas—Desde el momento en que la temperatura alcanza 38°, consideramos á la puérpera en estado de infección, y si una herida del periné ó de la vagina, producida durante el parto, no nos revela su puerta de entrada, la suponemos en el útero y obramos en consecuencia.

De acuerdo con Pinard, creemos que la inyección intra-uterina debe ser el tratamiento de la primera ascensión térmica, cuyo límite inferior consideramos entre 37°5 y 38°. Si doce horas después de hecha la inyección intra uterina, la temperatura ha vuelto á la normal, no la repetimos, contentándonos con inyecciones vaginales practicadas dos veces al día.

Desgraciadamente, la elevación térmica no siempre cede á la primera inyección, sino que por el contrario ella continúa aumentando, al mismo tiempo que el pulso se acelera y sobrevienen escalofríos; en este caso practicamos una nueva inyección intra-uterina; si seis horas después de la segunda inyección la temperatura no desciende, quiere decir que el medio empleado ha sido insuficiente. Para estos casos contamos con el curetage

y la irrigación contínua, cada uno de ellos tiene sus indicaciones.

Curetage—Cuando pasados tres días del parto la puérpera ha sufrido una elevación térmica, la que no ha cedido á las inyecciones intra-uterinas, especialmente en aquellos casos en que algún resto de los anexos ha sido retenido por el útero después del alumbramiento, el curetage de la cavidad uterina es el procedimiento más racional á emplear.

Practicado el curetage, la temperatura y el pulso pueden volver rápidamente á la normal, y si este retorno es definitivo, la infección habrá sido conjurada. Otras veces la caída de la temperatura y la regularización del pulso se hacen lenta y progresivamente.

Puede todavía presentarse un tercer caso en que, á pesar del curetage, la temperatura siga ascendiendo.

Estos tres tipos, seguidos por la marcha de la temperatura después del curetage, comportan indicaciones variables con cada uno de ellos.

Primer tipo: *Descenso rápido*—Pasadas 24 horas, practicamos una inyección intra-uterina y el tratamiento de los días subsiguientes se reducirá á inyecciones vaginales.

Segundo tipo: *Descenso lento y progresivo*—Practicamos inyecciones intra-uterinas cada 24 horas hasta que la temperatura baje á la normal.

Tercer tipo: *Marcha ascendente*—Aquí la persistencia de la elevación térmica puede reconocer dos causas; ó el curetage no ha conseguido destruir todo el foco ó la infección se ha generalizado. En todo caso, un nuevo

curetage se impone, y si la infección no cede, apelamos á la *irrigación contínua.*

Irrigación contínua—Cuando la inyección intra-uterina y el curetage han fracasado, nos queda todavía por emplear la irrigación contínua, medio heróico, puesto en práctica la primera vez por Pinard y Varnier en el tratamiento de la Infección Puerperal.

Pero no es solamente como último recurso que la irrigación contínua tiene sus indicaciones, ella presta los más señalados servicios en aquellos casos de infección rápida que aparecen antes del tercer día del puerperio y que no ceden á la inyección intra-uterina. En estos casos, no estando el útero en condiciones de soportar un curetage sin peligros para la integridad de sus paredes, es racional ensayar la irrigación antes de practicarlo.

Para terminar con este trabajo, voy á presentaros un cuadro estadístico de vuestra Maternidad, relativo á la mortalidad materna. Los datos que él contiene han sido obtenidos de los originales existentes en el Archivo del Hospital Rivadavia, cuyo digno Director, el Dr. Samuel Molina, ha tenido la fineza de facilitarme.

Sería una injusticia no recordar aquí el nombre del Dr. Molina que, como Profesor de la materia y Gefe de la Clínica de Partos, aplicando al Arte los adelantos de la Ciencia, ha sabido elevar la Obstetricia al rango que hoy ocupa entre nosotros.

Mortalidad maternal en cada año del funcionamiento de la Maternidad del Hospital General de Mujeres (hoy Rivadavia), desde 1870 á 1895 inclusives:

AÑOS	Nº. de mujeres paridas	Cifra de la mortalidad total	Tanto °/o de la mortalidad total	Cifra de la mortalidad por infección	Tanto °/o de la mortalidad por infección
1870	95	3	3,15 %	2	2,10 %
1871	71	2	2,28	2	2,28
1872	97	2	2,06	2	2,06
1873	107	4	3,74	3	2,80
1874	116	20	17,25	17	14,59
1875	126	7	5,55	6	4,76
1876	135	3	2,22	2	1,49
1877	160	7	4,37	5	3,12
1878	167	6	3,59	5	2,64
1879	168	2	1,18	2	1,18
1880	175	3	1,71	2	1,14
1881	160	16	10,00	15	9,37
1882	146	1	0,68	1	0,68
1883	187	1	0,53	1	0,53
1884	235	1	0,42	1	0,42
1885	205	1	0,48	1	0,48
1886	227	1	0,44	1	0,44
1887	236	2	0,84	1	0,42
1888	233	2	0,85	1	0,42
1889	269	4	1,48	1	0,37
1890	525	7	1,33	3	0,57
1891	530	4	0,75	2	0,37
1892	430	3	0,69	2	0,41
1893	534	1	0,18	0	0,00
1894	552	8	1,44	2	0,36
1895	568	7	1,23	3	0,51
	6554			83	

Este cuadro estadístico comprende, como puede verse, la mortalidad por infección durante un período de 26 años del funcionamiento de la Maternidad del Hospital de Mujeres (hoy Rivadavia); él nos presenta 83 muertas sobre una totalidad de 6554 paridas, ó sea 12,70 por mil

Si analizamos este cuadro, veremos alterarse la cifra de la mortalidad por infección desde una época dada; esta alteración, consistente en una notable disminución de dicha cifra, no hay para qué decirlo, indica los efectos de la Terapéutica empleada.

Dividamos la estadística en dos grandes séries, comprendiendo la una de 1870 á 1881, es decir, la época anterior á la aplicación del Método Antiséptico, y la otra de 1882 á 1895; estudiándolas, encontramos en la 1ª série 1577 partos con 63 muertes por infección y en la 2ª 4977 partos con 20 defunciones, lo que significa para la 1ª série una mortalidad de 39,90 por mil y para la 2ª 4 por mil.

Mientras en la 1ª série pueden notarse dos grandes epidemias, una con 17 y otra con 15 casos fatales, que obligaron á cerrar temporariamente las puertas de la Maternidad, en la 2ª por el contrario se trata de casos aislados referentes casi siempre á mujeres que han llegado al servicio después de haber sufrido intervenciones de todo género.

Desde el año 1882 la cifra de la mortalidad por infección cae por debajo de 1 % con la introducción de las primeras prácticas de la Antisepsia.

El año 1893 se señala en los Anales de nuestra Ma-

ternidad como un año excepcional, habiendo descendido á (0) cero la mortalidad por infección sobre 534 partos.

Como se vé, las cifras hablan por sí solas y prueban con demasiada elocuencia las enormes ventajas alcanzadas por el Método actual.

Comparemos nuestra estadística con la de la Maternidad Baudelocque de Paris, que, como se sabe, es la Clínica de la Facultad, y veamos su resultado:

Clínica Baudelocque		**Maternidad del H. Rivadavia**	
AÑOS	Mortalidad por infección	AÑOS	Mortalidad por infección
1883.....	1,38 %	1883.....	0,53 %
1884.....	1,13	1884.....	0,42
1885.....	0,79	1885.....	0,48
1886.....	0,65	1886.....	0,44
1887.....	0,00	1887.....	0,42
1888.....	0,55	1888.....	0,42
1889.....	0,00	1889.....	0,37
1890.....	0,32	1890.....	0,57
1891.....	0,36	1891.....	0,37
1892.....	0,27	1892.....	0,41
1893.....	0,42	1893.....	0,00
1894.....	0,18	1894.....	0,36

De este parangón, nuestra estadística sale airosa, pues en el período tomado como punto de comparación, sobre una totalidad de 4163 partos, presenta 0,38 % de mortalidad, mientras la de Paris dá 0,45 %, si bien es cierto sobre un total de casos mayor que la nuestra, 13.835 mujeres.

PEDRO R. TORRES.

Septiembre 11 de 1896.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

—

I

La Elitrotomia posterior seguida de drenage es el tratamiento más racional de las Colecciones Pelvianas.

II

El parto prematuro provocado no debe ser desalojado por la Sinfiseotomia.

III

La inmovilización del miembro enfermo debe constituir la base del tratamiento en la Osteo-Tuberculosis.

I

II

Buenos Aires, Setiembre 15 de 1896.

Quedan nombrados en comisión para dictaminar respecto de la admisibilidad de este trabajo, los Señores Académico Dr. Jacob de T. Pinto, Profesor Dr. Samuel A. Molina y Profesor Suplente Dr, Luis F. Vila.

LEOPOLDO MONTES DE OCA.

L. Acuña.

Buenos Aires, Octubre 1 de 1896.

Señor Decano:

Transcribo á continuación el acta labrada en el día de la fecha por la Comisión encargada de dictaminar respecto de la admisibilidad de la tésis presentada por el ex-alumno D. Pedro R. Torres:

« En el local de la Facultad, á 1° de Octubre de
« 1896, reunidos los que suscriben, encargados de dic-
« taminar respecto de la admisibilidad de la tésis pre-
« sentada por el ex-alumno D. Pedro R. Torres y

« que versa sobre « Infección Puerperal y su Trata-
« miento », resolvieron admitirla.

« Con lo que se terminó el acto.

« Firmado—*J. de T. Pinto* —*S. Molina*—
Luis F. Vila.

« Firmado—*Zenón Aguilar.* »
L. Acuña.

Buenos Aires, Octubre 3 de 1896.

Entréguese al interesado esta tésis para su impresión, debiendo fijarse por Secretaría el día en que haya de ser sostenida.

Leopoldo Montes de Oca.
L. Acuña.
