

1898

J. M.

11384



Tratamiento antisепtico de  
los septicemas puerperales

Pedro A. Gómez



Señor Decano

S.S. Catedráticos.

Al ocupar esta tribuna por segunda vez lo hago impulsado por el deseo obtener felicísima acogida, que de vuestra bondad no dudo obtendrá, ya si bien ha superado mis esfuerzos para dar cumplimiento a un mandato universitario.

El punto, tema de mi presente trabajo versa sobre el tratamiento antiséptico de las septicimias perniciosas.

La experiencia clínica nos ha probado hace  
tiempo que, en gran numero de casos era el par-  
tiro, la matrona, etc que infectaban la parturiente;  
así, se han relatado casos de fiebre puer-  
peral sobrevenidos día a día en la práctica ob-  
stétrical del mismo médico, y de otras en la misma  
Maternidad puyas parturientas galocadas en las  
mismas condiciones, no experimentaban ningún  
accidente.

Importa pues que toda persona  
(parto, médico, matrona, interno, etc.) que preste  
sus cuidados a una parturienta, se someta a  
una rigurosa desinfección.

Sin duda las necesidades de la  
práctica diaria vuelven a veces difíciles la ejecu-  
ción estricta de estos principios, pero no es inidi-  
ficable aproximararse al ideal de la antisepsia.  
El Médico debe practicar la antisepsia tan com-  
pleta como lo permitan las circunstancias, proce-  
riendo haciendo de antemano. Toda negligencia co-  
luntaria es gravemente culpable, puesto que  
puede producir la muerte de una mujer, o al  
menos provocar accidentes que pongan su vida  
en peligro o comprometan su salud.

Una partida no debe tener eleva-  
ción de temperatura, aun quando algunas di-  
ficultades hagan presentado el parto, pero  
la condición absoluta es que la antisepsia sea  
rigurosa durante el trabajo, el alumbramiento  
y durante las continuaciones del parto. De otra

manera. La escena para de sanciar completamente: esta expuesta a accidentes muy variables de intensidad y de gravedad, que son tanto más terribles cuanto que aparezcan en una época más próxima al parto.

Sin embargo toda elevación de temperatura en una parida no es causada fatalmente por un accidente infeccioso. La mujer para de prevenir como hemos visto complicaciones extra-génticas sin gran gravedad (congestión mamaria in-tenca, linfangitis del seno, etc.) su estado de parturienta no la protege del abrigo de la invasión de una pesteja (varíola, fiebre tifóidea, etc.) ni la asusta de los accidentes de una enfermedad priónica (tuberculosis pulmonar por ej.) ni impide el desarrollo de una intoxicación antigua como el paludismo, presente como el hidatidismo (diarrea, erupciones, etc.).

Todos estos hechos son relativamente raros, que no deben entrar sino en linea secundaria para el médico, sobre todo no son absoltamente constante las precauciones tomadas para el parto.

Desde luego es preferible para el médico y para las seguridades de la mujer que toque aquella como tocada de infección priarial: es aquí donde el alivio se advertirá, entrara' facilmente todo en su pronóstico, observando atentamente los diversos incidentes que ponen su espíritu en alerta.

No me ocupare aquí de saber que es

la fiebre sí mejor la infección puerperal, sino de  
conocer los principales síntomas que caracterizan los  
accidentes puerperales: al principio es difícil apre-  
ciar exactamente los síntomas puerperales, de fu-  
gar la gravedad y por consiguiente de insti-  
uir en su tratamiento verdaderamente antisépti-  
co; es decir que pueda luchar por ventaja contra  
la invasión del veneno al organismo.

Los signos principales que deben  
guiar al partero son suministrados por el examen  
palpable de la temperatura, del pulso, de los loquios,  
de la aparición de los calofrios, de los vómitos, del  
dolor y del estado general de la enferma.

La temperatura no debe casi  
sobrepasar de  $37^{\circ}1$ ,  $37^{\circ}8$ . aun en la noche, sobre todo  
si la mujer no presenta síntomas de tuberculosis  
por ej. sin embargo, algunas veces después de algu-  
nas <sup>horas</sup> que continúan al parto cesáreo, laborioso, te-  
niendo necesidad de parte de la mujer un cierto gas-  
to muscular, la temperatura se eleva hasta  $38^{\circ}38^{\circ}5$   
y  $39^{\circ}$ ; pero esta temperatura existiendo al fin del  
trabajo, debe bajar en las veinticuatro horas  
después del parto.

De una manera general toda  
parida que, hasta entonces bien portante tenga  
una temperatura de  $38^{\circ}$  es necesario vigilarla y  
tratarla. Es útil también tomar la tempera-  
tura regularmente cada dos horas y de inter-  
venir si la curva sigue una marcha ascendente  
y si la temperatura se mantiene en este grado.

El pulso da indicaciones bastante precisas pero mas planas que la temperatura, que da a veces frecuentemente en las mujeres nerviosas habiendo sufrido mucho durante el trabajo.

M. Piniard ha hecho notar en diversas ocasiones que, habiendo mujeres que tienen 100, 110, 120 pulsaciones y aun mas por minuto, durante las cuarenta y ocho horas que continúan al parto sin que sea accidente sobresaliente y el pulso toma su ritmo normal; no debemos pues atemorizarnos de este síntoma. Sin embargo este desasimiento por es poriente entre tanto que la aceleración del pulso sea un síntoma, aislado, que se acompañe de elevación de temperatura o de síntomas generales; inversamente el ritmo normal del pulso, de 60 ó 70 pulsaciones por minuto no es una garantía suficiente para el parto cuando existen otros síntomas alarmantes, puesto que un gran numero de veces el pulso sufre un descenso llamado fisiológico después del parto. La regla es de considerar como el indicio de una complicación la aceleración del pulso en una parida.

Se da mucha importancia que otras veces a la abundancia, al aspecto, etc de los loquios, es su olor que preocupa sobre todo hoy a los partos. Cuando ellos tienen un olor empalagoso, reprobable es de temer que este olor revele una putrefacción iniciante. Otros autores investigan si los

loquios, si alon parturidos del parto sí es  
sin estancación en la vagina la causa  
de los accidentes: para esto se hace una  
inyección en la vagina con le <sup>que</sup> clínica por  
completamente, después se introduce el dedo al  
nivel del orificio uterino y sacando se asegura  
si presenta olor

Cuando se practican inye-  
ciones vaginales regularmente, si existe la  
fisiología de los loquios no hay duda que sa-  
len parturidos del parto. En una Maternidad  
es por lo tanto muy útil regresar después de  
dos o cuatro horas de la primera visita se-  
gún a la parturienta, es suficiente hacer  
le una inyección vaginal; si después de es-  
tas inyecciones los loquios resultaran feta-  
dos, es en el útero donde está la causa. En  
la clientela cuando no es posible ver mu-  
cho a la mujer durante el día, es preferible  
hacer una inyección intra-uterina por todos  
los procedimientos del uso en la práctica.

El calofrío es un indicio  
grave, no me refiero al pequeño calofrío que so-  
breviene casi fisiológicamente después del  
parto si se aplica el alumbramiento, sino de aquel  
que tiene de aparecer bruscamente en los días  
que siguen el parto. La enferma es tomada  
de golpe, de un temblor en todo el cuerpo, des-  
pués aparece el periodo de reacción caracterizado  
por sus dolores y fiebre. Se toma entonces la

Temperatura alta y se encuentra  $39^{\circ}$  y  $40^{\circ}$ ; este calofrio tiene un valor pronostico tanto mas grave quanto que sobrevenga despues del parto, (24 o 36 h), que haya durado mucho tiempo, haya sido mas intenso, seguido de una temperatura mas elevada y que se repita en intervalos mas aproximados.

El dolor abdominal es un signo importante que es necesario analizar sin sigar por cuidado al pena de gran error. Algunas mujeres preocupadas por el temor de una peritonitis, se desasocian de los dolores en el bajo vientre: el partero examina y prueba que se trata de una simple retencion de orina; o bien el dia muy frecuente, la mujer oculta en el bajo vientre picos muy vivos que sobrevienen por momentos, principalmente cuando el dia es seco; siendo entonces como un bullo que se forma, es simplemente la matriquina de contraer.

El dolor varia de acuerdo segun la posicion que ocupa el fondo del utero, lo mas general es sobre la linea media, a menudo inclinado a la derecha, raramente a la izquierda. Cuando al contrario este dolor que asalta la enferma no esta al nivel del utero sino sobre los lados, cuando este dolor es continuo y que aumenta por la percusion, es necesario tener grandes temores; hay entonces una inflamacion de los anexos del utero que es propagada

7.

sea por los linfáticos, por las venas o sea por  
los ~~troncos~~ troncos.

Esta disposición podría parecer  
fuera del objeto, pero es necesario que insistá  
sobre los principales síntomas que revelan el  
peligro: su conocimiento es importante para  
ponerse en guardia contra ellos y oponerles  
un tratamiento apropiado. Cuando todos es-  
tos signos (elevación de temperatura, aceleraci-  
ón del pulso, calofrios, dolor abdominal, etc.)  
se encuentran reunidos en una mujer, no hay  
duda posible; ella está infectada; aun cuan-  
do todos estos síntomas no existan de gol-  
pe y, solo hay a una elevación de tempe-  
ratura persistente que no inicie la infección,  
el parto debe interrumpir.

Aquí en efecto como en las  
guerras modernas no es tanto el poder del enemi-  
go, del microbio, que hay que temer sino la  
rápidas por la cual invade el territorio que es  
necesario defended; se podría casi decir que todo  
el suceso de la traumatología depende sobre todo  
de la movilización rápida, del empleo pe-  
res de los medios de defensa: de los antisépticos.

Aquí pues lo han dicho muy  
bien los Ss. Pinard y Nauier: "la diferencia  
de gravedad de los accidentes perinatales,  
tiende simplemente a la mayor o menor can-  
tidad de protoplitos septicos absorbidos por  
la herida pélvico-vaginal, a la mayor o me-

mas rápidas por la cual se suceden las dosis absorbidas; entonces aun cuando la fiebre traumática primer grado de la infección es clara da, si se actúa ~~urgicamente~~ sobre enemisa se atenúa la septicemia; si se actúa a tiempo y ~~urgicamente~~ sobre la endometritis septica, se atenúa o se detiene la linfangitis, la peritonitis y la flebitis.

Supongamos por ej. una mujer en la que se manifiestan algunos fenómenos temerosos que pueden ser los signos precursores de la infección, que tiene 38° y aun mas, los loquios un poco fétidos y algunos dolores abdominales. En este caso no esperemos que el calofrío aparezca, que el microbio revale así su infusión penetración profunda en el organismo; hagamos desde luego, una, dos ó tres inyecciones vaginales y, si los accidentes persisten no titubemos en practicar una inyección intra-uterina de ocho a diez minutos. Algunas veces esta sola inyección resulta para trazar desaparecer los accidentes, arrastrando afuera un poquito apreciado en el útero, restos de membrana y aun un pedazo de placenta.

La temperatura debe ser tomada entonces mas frecuentemente, al menos cada una ó dos horas ó seis; si pasa a la normal, si sobre todo ningún calofrío aparece es mejor renovar la inyección intra-uterina; simples lavados vaginales practicados cada cuatro horas, bas-

stan generalmente.

Al contrario si la temperatura se mantiene elevada, si los lugros quedan fétidos, es necesario renovar las inyecciones intra-uterinas. Despues al menor calofigio, si la temperatura sube a 39° o 40° no hay que titilar, la mujer debe ser considerada y tratada como siendo tocada de infección puerperal. Si se encuentra en una maternidad se le debe aislar de sus vecinas para las cuales es peligrosa: en la clínica como en el hospital debe ser el objeto de grandes cuidados.

Qual es el mejor tratamiento que debemos emplear contra la septicemia puerperal? Es complejo; porque en esta lucha contra el envenenamiento, los medicamentos empleados, actúan con diferentes objetos. Por el tratamiento general, se ve la manera de poner al organismo en las mejores condiciones posibles para defendese por su propia cuenta del veneno: otros, atacan mas directamente al veneno, tratando de neutralizarlo en su mismo lugar de producción, al nivel del útero. Es el conjunto de estos medios que constituyen el verdadero tratamiento antiséptico de los accidentes puerperales.

El tratamiento general consiste en sostener las fuerzas de la mujer por los medios habitualmente empleados: la guina, el alcohol a altas dosis

bajo la forma de vinos generosos. A veces sucede que la mujer no tiene náuseas ó vomitos frecuentes, el champagne helado es la única bebida que puede ser tolerada.

La leche cuando es soportada es muy útil; actua a la vez como alimento y como diurético. El café tostado adiconado de pognac es un tonico del corazón y diurético perdonoso. Desde que la mujer infectada puede alimentarse es útil darse huevos, carne etc. Lo mismo es salir del capítulo de la medicacion antiséptica, sin indicar los medios destinados a poner la mujer en condiciones favorables para luchar contra el envenenamiento.

Cuando la mujer experimenta dolores vivos, es útil calmante y procurarle un cuento reparador haciendole inyecciones hipodérmicas de morfina ó darle pocións calmantes.

La hipertermia constituyendo un síntoma grave de la infección perniciosa, se ha tratado de combatirla por diferentes medios: el sulfato y el bromuro de quinina dan muy buenos resultados, sobre todo en ciertas formas de fiebre perniciosa, y con la condición que sean empleados a altas dosis (2 a 3 grm. en veinticinco tiros).

Mundi, John White y otros han obtenido excelentes resultados de la antipirina; pero como este medicamento era administrado por este último autor a la vez que en los lave-



los femicagos, es difícil determinar qual de ellos actuó en la desaparición de los accidentados.

Desde luego aun quando los antihelminticos antiguos y modernos producen algunos buenos resultados, tienen el inconveniente de ser a menudo mal soportados por el estomago.

Las inyecciones subcutáneas de antisíntesis, parece que son mejor soportadas, que mejor experimentadas en este caso; ellas acuerdan si las velas como calmantes antihelminticos.

La escuela de Lion a aplicado a la fiebre puerperal el metodo refrigerante de los baños frios: segun el Dr. Chabat los baños frios son indicados en las formas hipertensas de la septicemia puerperal salvo en la peritonitis subaguda; su empleo no es razonable sino quando la fiebre se mantiene sin disminución notable de  $40^{\circ}$ , quando se ha probado la importancia de la quinina, de los excitantes disponibles a altas dosis y, cuando la feticide de los loquios exigen trábeas donde practicado las inyecciones intra-uterinas antisépticas.

Los baños frios deben ser administrados a una temperatura de  $28^{\circ}$  a  $18^{\circ}$  segun la disminución que el primer baño traiga producido dado a  $28^{\circ}$   $30^{\circ}$  se debe bajar al grado de los baños ultimos. La regla es obtener por el baño el declinamiento de uno o dos grados: deben ser reiterados hasta que la temperatura

Tuva haya descendido a  $38^{\circ}$  y aun cuando quede por simples oscilaciones de algunos decimales en la noche. Si los baños no procuran el descenso de la temperatura es necesario colgar hielo sobre el vientre en el intervalo de las inyecciones.

Runge insiste en el tratamiento de la fiebre puerperal sobre el empleo del alcohol a altas dosis, y de los baños des de las primeras manifestaciones de la enfermedad. En mi concepto serian buenas en los casos de peritonitis de forma lenta por pocos vomitos, pero mucho menos favorables si los dolores y vomitos fueren intensos.

El hielo parece ser empleado de diferentes maneras: lo mas habitualmente se le pone en una vejiga de perro, sus pendida de tal modo que recubra la mayor superficie del abdomen sin ejercer fuerte presion. Dr. Pivard emplea como método ~~el~~ por buen suceso ~~la~~ tapa morna de hielo, mezclando este bastante triturado con granos de linaza o tambien con harina de papas. Cuialquiera que sea el procedimiento empleado, es util interponer entre la pared abdominal y la mezcla refrigerante una tela de flanela a fin de evitar los escaras de la pared abdominal.

Todos estos medios son buenos y, de una manera general el empleo del hielo sobre el vientre en los casos de septicemia, puerperal es excelente; a la vez que calma los

dolores modera la inflamacion. -

Tambien se ha recurrido hoy dia a la sangria en el tratamiento de la septicemia puerperal: las emisiones sanguineas (vientosas escarificadas, sanguinetas) son empleadas tratamente con gran ventaja en el caso donde existan fenomenos inflamatorios al lado de los aspectos del utero y del peritoneo.

Cuando los sintomas abdominales son muy marcados, se usa con ventaja sobre el vientre las incisiones con una pomada hidroginica belladonada y sobre todo con la pomada mercurial doble, se renuevan estas pomadas mañana y noche.

A medida que los parteros han adquirido la conviccion que la septicemia puerperal provoca de la infeccion de las heridas de los organos genitales, han insistido mas y mas en el tratamiento sobre el lavado antisепtico de estos organos, piensan como Fristhe que, el tratamiento de una afecion puerperal sin lavado de la vagina es irracional; los unos se contentan con hacer el lavado de la vagina, otros mas resueltos no vacilan en irrigar el útero, sea de una manera intermitente o de una manera continua, de modo de desbaratar el útero de los productos septicos que encierra y de esterilizar estos liquidos.

Cuando de esterilizar estos

diferentes procedimientos de desinfección por el lavado, debo hablar del empleo del yodoformo en el tratamiento de los accidentes generales en el caso de loquias fétidas: Speake, Ehrendorfer y Varnier emplean las lapiques de yodoformo como avacación intra-uterina; tienen la ventaja de poder dejar los órganos genitales durante cierto tiempo al reposo, mientras que las inyecciones intra-uterinas antisépticas, podrían ser eficaces renovandolas varias veces en veinticuatro horas.

Dr. Porak ha empleado igualmente en San Luis los supositorios yodoformados en los casos de loquias fétidas con síntomas febriles: considera este método como dando muy buenos resultados y no teniendo ningún inconveniente. También piensa Dr. Porak que la acción prolongada durante uno o dos días de la sustancia antiséptica en el útero, es superior a la acción pasajera de las inyecciones intra-uterinas. De la misma manera Dr. Boardmann de Berlín ha observado una parida tocada de septicemia, en la qual el ag. férnica trábil había sido iniciado al mismo tiempo que una inyección de sublimado, le hizo una insuflación de yodoformo, a pesar de la intensidad de la septicemia la enferma sanó.

<sup>10)</sup> Las inyecciones vaginales antisépticas no podrían ser suficientes, sin

cuando los accidentes infecciosos son pocos, intensos o que parezcan manifestamente ligados a la absorción de gérmenes sifíticos al nivel del canal vaginal; solo cuando existen heridas en la vagina, el perineo, etc podemos contentarnos de hacer estos lavados continuos.

La irrigación de la vagina no es indicada sino cuando son casos excepcionales: lo mas a menudo cuando la sifilis se revela por síntomas graves, siendo el ínterio la causa primaria ó secundariamente a la infección de la vagina, de aquí la necesidad de practicar el lavado de este organo.

Se practica este lavado por medio de una de las sondas que conocemos: después de haberse asegurado que esta bien antiséptica, se lava la vagina, después se introduce suavemente la sonda en el éste y la irrigación dura cinco ó diez minutos, ó aun media hora; nuevamente se practica esta injeción cada cuatro ó seis horas según la intensidad de los accidentes.

Dr. Bar y May quieren emplean el ag. posida para hacer estas inyecciones intra-uterinas prolongadas.

Sin duda en gran numero de casos, las inyecciones intra-uterinas repetidas dan buenos resultados, procurando

la desaparición de los accidentes febres; pero no siempre sucede así. Estas inyecciones no tienen en efecto sino una acción intermitente y superficial sobre el organismo por no estar el líquido en contacto con la mucosa útero-vaginal más que durante un tiempo relativamente corto: en el intervalo de los lavados, la herida queda expuesta a la invación de los gérmenes y al contacto de los logios insuficientemente desinfectados.

Además estas irrigaciones intra-uterinas repetidas necesitan de manos bras un poco delicadas; la introducción de una parte o toda por lo menos de varios dedos, no dejan de fatigar a los parturientas constituyendo pequeños traumatismos repetidos que son nocivos.

A este respecto varios partos, convencidos de la necesidad de la desinfección uterina en el tratamiento de la sifilis uerbal, han tratado de simplificar las cosas: los unos facilitando los lavados por medio del drenaje del útero y los otros estableciendo una irrigación intra-uterina continua.

El drenaje del útero ha sido empleado por Langenbuch, Heide y Schröder, que han abandonado después de haber sido tan partidario; y no puede ser

para menos puesto que, las secreciones que deberian escumarse por el dren son espesas en realidad que no se escumen en su totalidad; pues hay necesidad de espumarlas en evacuarlas por una corriente de agua a consecuencia de su poca fluidos. Ademas si se coloca un dren se abre una comunicacion directa y facil entre la herida infectada y la vulva y el fondo. de esto resulta una causa para la infeccion del interior.

Podemos servirnos del drenaje para hacer irrigaciones intermitentes, asi como lo ha propuesto Veit y Varnier; pero asimismo se tiene sin una accion pasajera, por consiguiente insuficiente

A pesar de los perfeccionamientos hechos en este metodo y a pesar de los resultados satisfactorios obtenidos por Lovenstein, que cuenta 28 curaciones sobre 48 mujeres tocadas de los accidentes mas graves, este metodo de la irrigacion continua tiende a ser abandonado. Solo en 1885, que guiados por los trabajos de Inguieroff (de moscou) los d.s. Pinard y Varnier recomendaron en su lugar el lavado continuo del canal utero-vaginal como el tratamiento verdaderamente antisепtico y racional, que los d.s. Pinard y Varnier han perfeccionado el manual operatorio.

En la practica las irrigacio-

nos continuas son las mas empleadas, ellas son muy simples y muy comodas. El principio es el siguiente, el agua corre de una misma continua y baña los fondos en saco de la vagina y el segmento inferior del útero tan largo tiempo como se decee. La enferma tiene de estar acostada, cambiar de lugar, etc sin interrumpir de ninguna manera la irrigacion.

Cuanto al liquido que empleamos para la irrigacion, se comienza por la solucion de biquinico heloxino de mercurio a  $1/4000$ , pero al cabo de una hora cuando mas desde que el canal uteo-vagino-vibrat ha sido bien lavado con esta solucion, que produce al cabo de algunas horas, una sensacion dolorosa y que pudiera provocar fenomenos de intoxicacion, se la remplaza por una solucion ferricada al  $1/100$ . Esta solucion es continua hasta el momento donde la temperatura hay a descendido a la normal y se mantenga durante algunas horas, ó bien cuando los orines resulten negros disminuidos en el momento de su emision. Luego el empleo continua de esta solucion ferricada parece peligrosa, se le substituye por una solucion saturada de acido borico.

Todos estos liquidos son usados a una temperatura que varia entre  $35^{\circ}$  y  $40^{\circ}$ .

la contrátilidad, si ésta estara así constantemente puesta en alerta, y la sensación producida no seria desagradable.

La irrigación continua puede ser empleada en los casos diferentes: ya como tratamiento profiláctico, por ej. para una mujer en la cual se ha debido practicar la embriotomía para un feto muerto y putrido, después del alumbramiento; cuando esta mujer se ha traído por manos que no se ha podido garantizar la asepsia, es prudente someter la mujer a la irrigación durante dos ó tres días; sin sobreviene ningún accidente febril se sesan pero de vigila.

La irrigación continua vigilada con cuidado es un excelente método; actua idóleamente contra la septicemia basando la temperatura y desembocando el útero de los productos sépticos. Sin embargo es infectada de varios días, que presente una peritonitis muy desarrollada, parece imitil de recurrir a la irrigación continua; cuando mas se podrá desembocar el útero de los productos que contiene por medio de una irrigación hecha durante una ó dos horas: no se puede operar sino un tratamiento general si una infección que ha invadido el organismo.

En fin hay otras formas

de peritonitis puerperal, que son tratadas con suceso por medio de la irrigación con tónica como medio adyuvante y un tratamiento general.

Al lado de estos accidentes agudos de septicemia puerperal que sobreviven en los primeros días después del parto, hay otros que vienen al cabo de diez, quince o treinta días y aun mas tarde: cada día se consideran mas y mas estos accidentes como formas atermadas de la septicemia, en razón de la marcha de los accidentes (calofrios, fiebres, estadio general etc.)

Tenisas esta diferencia en los síntomas sucede por la diferencia de los micro-organismos que han penetrado en la circulación. Aunque en la hora actual nada podemos precisar, a este respecto, pero estamos convencidos que gran numero de estos accidentes provienen de la infección: el rol de la antisepsia consiste en prevenirlos vigilando por la asepsia del parto y las continuaciones del parto.

Qualquiera que sea el resultado del tratamiento de la fiebre puerperal, los medios de desinfección profiláctica de imponen y mas todavía deberán ser impuestos por la policía sanitaria. Es triste ver que aun

en los grandes centros estos medios de de-  
sinfeccción, que interesan toda una po-  
blación, son descuidados a menudo por  
el mal deca o la negligencia de las  
familias.

Cuando, una mujer ha  
terminado continuaciones de partos anor-  
males y sobre todo cuando ha sucum-  
bido, es necesario hacer una desin-  
feción minuciosa del local y del mobi-  
liario, quemar todos los objetos de poco  
valor y hacer fumigaciones sulfu-  
rosas, ect.

En una Maternidad, la  
desinfección, debe ser todavía más rigu-  
rosa; las matronas, las enfermeras que  
estuvieran al cuidado de los parturien-  
tos, deberán cambiar enteramente  
de vestidos, tomar un baño de enblina-  
do, ect, si fuera posible.

Para la desinfección  
del local, si el modo de construcción  
lo permite se hará así como en el pabellón  
de Farrier, con ayuda de una bomba de  
fuerte presión. Los lechos, la mesa, ect son  
lavados de la misma manera con bas-  
tante agua o con un líquido desinfectan-  
te.

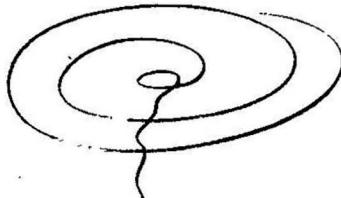
Cuando el local ha  
sido bien desinfectado, es útil dejar

Las ventanas abiertas, dia y noche, durante unos días. En resumen uno de los medios mas poderosos de erradicar los sifos de septicemia general es de practicar el aislamiento riguroso de toda persona enferma y la desinfección de todo lo que le rodea.

Lima Octubre de 1893

Gran Finillo

Como complemento de mi presente trabajo adjunto cuatro listas clínicas, las mismas que he recogido del servicio de partos del Dr. Benavides.



J. V. B.

Proposiciones =

D. D. Dr. Benavides

" Dr. Morante

" Dr. Fernández Cornejo

J. V. B.



Reprobada la anterior  
tesis en sesión de g. de Nov.  
de 1893.

## Historias clínicas.

Observación I.- Luisa Caya de 27 años de edad, casada, India, temperamento sanguíneo y de constitución fuerte, de profesión lavandera, natural de Pisco, ingresó al Hospital de Santa Ana el 26 de Setiembre de 1892 a ocupar la cama N.º 8 de la sala de Sta. Rosalía, servicio del Dr. Benavides.

Interrogada la enferma manifestó ser muy sana, que solo adoleció decefalalgias intensas que aumentaban de intensidad en la época de sus reglas las que eran irregulares.

Se trataba de una multipara en cuyo primer y segundo parto fue operada; el 3º fue fisiológico el 27 de Setiembre de 1892. al tercero, día que fue atacada por un calofrío intenso y prolongado. La fiebre se estableció con exacerbaciones, a veces con remisiones, que sinalaban la intermitente, el pulso bastante frecuente, la temperatura de 39° quedó oscilando entre 39°6 y 40°. El nombre loquial fue ~~desperdigado y fétido~~, la secreción lactea disminuyó.

Por los síntomas que revelaba la enferma se vino en conocimiento que se trataba nada menos que de un caso de septicemia puerperal por retención de membranas en la matriz, diagnóstico que fue confirmado por el profesor de clínica Dr. Benavides.

El pronóstico fue reservado porque dicha accidente constituye una complicación grave en las paridas.

Como tratamiento interno se le instituyó durante los dos primeros días salol y

sulfato de quinini; en los días sucesivos salicílato de quinini con la p. de Jacob 1 gr. c. 2. hs.

El sexto día se quejaba la enferma de dolores abdominales y diarreas, por tal motivo se le prescribió una preparación opíaca merced a la cual y después de dos o tres días desaparecieron todos los síntomas.

Al noveno día se notó un ligero alivio, la hipertermia había disminuido.

Como tratamiento estómico se emplearon inyecciones intra-uterinas de bichloruro de mercurio al 1/4000, dos veces al día y vaginales de ácido fénico al 1/100 cuatro veces en el día.

En los días sucesivos mejorando gradual y progresivamente; y, después de poco tiempo salió del Hospital en condiciones de salud.

Observación II. - María Diash de 33 años de edad, soltera, India, temperamento linfático y de constitución regular, de profesión posadera, natural de Lanoste, ingresó al Hospital de Sta. Cruz el 6 de Octubre de 1891, a ocupar la cama N° 9, de la sala de Sta. Rosa, servicio del Dr. Benavides.

Se trataba de una primigesta, que contestando a mi interrogatorio me manifestó padecer de estigmas y de continuos insomnios durante su único embarazo. Despues del octavo día de su ingreso a la sala de partos desembarazó, sin que hubiera tratado necesariamente.

dad de intervención mecánica de ninguna especie, siendo por lo tanto normal su parto.

Al cuarto día me hizo presente que, no había evacuado y que notaba dolores cólicos por intermitencia en los días anteriores, también me aseguraba haberse notado febril; sin toma que me alarmó y que corroboré en seguida por el termómetro el que marcaba la temperatura de  $38^{\circ}5$ , que en los días siguientes oscilaba entre  $39^{\circ}$ ,  $39^{\circ}8$  y  $40^{\circ}$ . El dorame loquial era fértil, la piel seca, los ojos brillantes y la secreción lactea fue suspendida.

Estos síntomas me pusieron en el camino del diagnóstico: se había declarado desde luego el caso de una septicemia puerperal, debido a un estancamiento de coágulos sanguíneos en la matriz, lo mismo que confirmó el profesor de clínica Dr. Benavides.

El pronóstico fue reservado por constituir complicaciones graves en las partidas.

Como tratamiento interno, se le administró el dia 18 en las primeras horas de la mañana un fengante oleoso, aceite ricino 45 grm.; hizo la primera purgación abundante de materias duras y muy fétidas y, en el transcurso del día cuatro mas pero ya fluidas y en menor cantidad. La temperatura que era de  $38^{\circ}$  descendió a  $37^{\circ}7$  en la tarde del mismo día.

El dia 19 encontré la temperatura en  $39^{\circ}8$ ; se le prescribió una purgación directa

ca y posteriormente 1/4 grm de sulfato de quinini durante el dia, no produjo efecto alguno.

En los dias sucesivos se le administró salicilato descoada a la dosis de 2 grm en alt, con la pos. de Jaconé una ph. c 2 hs.

El dia 23 la temperatura había bajado a 38°; se le prescribió salicilato de quinini 1 grm al dia siempre con la pos. de Jaconé, tomala pos bebida ag. con cognac; los resultados fueron mas satisfactorios, pues la temperatura quedó estacionaria en 34°-3-4, con ligeras remisiones de décimas.

Como tratamiento externo las inyecciones intra-uterinas de bicloruro de mercurio al 1/1.000. tres veces en el dia.

Amerced a ambos tratamientos la enferma continuó mejorando progresivamente y, al poco tiempo salió del Hospital en condiciones de bien estar.

Observación III. - María Gonzales de 23 años de edad, soltera, India, de temperamento linfático y de constitución débil, de profesión doméstica, natural de Lima, ingresó al Hospital de Sta. Cura el 18 de Julio de 1892 a ocupar la cama N° 16 de la saña de Sta. Rosa servicio del Dr. Benavides.

Entregada la mujer dijo ser muy sana, que sus partos habían sido fisiológicos y que jamás tuvo la mas ligera indisposición en la continuación de ellos.

Posteriormente a su ingreso al ser-  
vicio de partos desembarazo; es decir el 20 de julio,  
tuvo una pequeña hemorragia que fue dete-  
nida poco tiempo despues, dicho sea que es  
ta mujer fue asistida por una matrona  
y hubo necesidad de que la operase

El dia 22 se sintio en la noche  
de ayer dia con un ligero palpitio, seguida de  
un estadio febril cuya temperatura era en la  
mañana de 38° y q. que en los dias sucesivos osci-  
laba entre 38° y 39° 4. El pulso frenante, el dia  
me, equival fitido.

Por los sintomas observados se  
vio en conocimiento que se trataba de una septi-  
cemia purpural, o consecuencia de retencion de  
cuagulos sanguineos en la vagina y, puya  
causa de infección no cabe duda que fue por  
una herida de la vagina, diagnostico que fue  
confirmado por el profesor de clinica Dr. Benavides.

Como tratamiento interno  
se le prescribio salicilato de soda hasta la dosis  
de 2 grms al dia y poquac salicilato de quin-  
ini 1 grm en los dias sucesivos

Como tratamiento esterno injec-  
ciones vaginales de bichloruro de mercurio al  
1/2000 cuatro veces al dia, insuflaciones de polvos  
de yodoform 100 veces en el dia, una inyección  
intravaginal de bicl de mercurio en las mañanas  
durante tres dias.

La enferma continua mejorando y al poco tiempo

salio del Hospital en condiciones de salud.

Observacion IIII. — Elvira Riofrio, de 30 años de edad, casada, india, de temperamento linfático, de constitución regular, de profesión doméstica, natural de Lima, ingreso al Hospital de Sta. Ana el 2 de Octubre de 1892 a ocupar la cama N° 15, servicio del Dr. Benavides, sala de Sta. Rosa.

Se trataba de una multipara, que fue operada en su primer parto sin que le resultara ninguna consecuencia fatal.

El dia 3 en las primeras horas de la mañana sintió los primeros dolores precursores del parto, y en la tarde del mismo dia desembarató por hemorragia posparto, habiendo quedado en la matris restos de membrana; fue asistida por una matrona siendo su parto fisiológico.

El 6 se sintió con un fuerte calofrio y la temperatura marcaba  $40^{\circ}$  la que quedó con intermitencias entre  $39^{\circ}$  y  $40^{\circ}3$ . El pulso era muy frecuente y el dermatográfico fétido, el dolor abdominal característico.

Por los síntomas observados se diagnosticó una septicemia general que fue confirmada por el profesor de clínica Dr. Benavides.

Como tratamiento interno se le prescribió, Salol, salicilato de guin-

ni, R. Jacaud y Leognac.

Sobre tratamiento externo de  
infecciones intra-uterinas de bicloruro de mer-  
curio al 1/1000 y vaginales de acido fénico  
al 1/100 cada dos horas.

Successivamente sugirió em-  
peorando y todo esfuerzo fue inútil. Murió  
el día 10 de octubre que falleció presa  
de la intoxicación.

FACULTAD DE MEDICINA
BIBLIOTÉCA
No. de ingreso. 11384.
No. de la clasificación.....

**UNMSM - FM - UBHCD**



**010000072685**