

Profilaxis de las infecciones

puerperales

Tesis del Doctorado

por

Baudilio Guiteraz y Molas

A SERRA S

Excmo Sr.

Señores:



Difícilmente podría tratarse cuestión que haya suscitado polémica tan sostenida y apasionada como el conocimiento de las mal llamadas fiebres puerperales, al cual desde antiguos y con harta razón se le ha considerado como de altísima transcendencia. No es mi objeto enfascarme en una disquisición histórica, tarea que considero tan larga como enojosa y poco útil;

aun en la actualidad, el concepto de infección febril es muy diversamente expuesto y basta consultar las obras de los más valiosos teólogos modernos para que resulte evidente la falta de fijera y límites precisos del mismo.

No obstante, si lo que acabo de exponer nos indica la necesidad de profundizar más y más en el conocimiento íntimo del complejo morboso que estudiamos, para así alcanzar a resolver las incógnitas que se nos ofrecen en el terreno especulativo y llegar a la precisión científica que anhelamos, no es menos cierto en mi concepto, que desde el punto de vista profético podemos en el momento actual fijar mi raeistaciones

reglas de conducta que nos pongan en seguridad a cubier-
to de los terribles desengaños de ayer y aun de hoy, en que
triste es decirlo, amparados en doctrinas edificadas sin
sólidos cimientos se usa y se abusa de prácticas llamadas
antisépticas considerando forzoso, naturalísimo y hasta ba-
stadi intervenir en el aparato genital de la parturienta.
Es preciso luchar sin tregua en descenso contra tan ge-
neralizada como reprobable manera de obrar y cuya fal-
ta de valor científico me esforzaré en poner de manifiesto
en el curso de mi trabajo.

Durante cuatro años como Interno de la Facultad

de Medicina de Barcelona y luego como médico adjunto á
la Clínica de Obstetricia de la misma, distinción que me obli-
ga á manifestar desde aquí mi profundo agradecimiento
al digno claustro en general y de un modo especial al M. D. D.
Decano Dr. Giné, á mi querido maestro Dr. Fargas y al
distinguido Profesor Clínico Dr. Barbó cuyo cariño hacia mí es
verdaderamente fraternal, he podido esmerarme hasta la
saciedad de la para mí invaluable repetición de los ideas y
prácticas que depiendo en esta fern.

Y dicho esto á modo de introducción, entremos en ma-
teria haciendo constar la manifestación siguiente: el caracte-

ter que distingue a la profilaxis moderna es el de estar fundada en la patogenia; es ciertamente innegable que cuanto más perfecto y acabado sea el conocimiento del origen, evolución y término de un proceso morboso, de las leyes que lo rigen y de las circunstancias que lo modifican, tanto más difícil es establecer una terapéutica racional y lo que es aún de más valor hacer profilaxis, bello ideal de la Medicina. Nunca debemos olvidar cosa tan sabida como cierta, de que vale más prevenir que curar, pero si esto es verdad siempre, convergamos en quien las infecciones purpurales es la clave de la cuestión: prevenir es salvar innumerables y preciosas vidas.

En el estudio de la profilaxis de las infecciones puerperales es preciso distinguir dos periodos el anterior a la doctrina microbiana y el actual.

En el 1.º inútil es decir que en rigor no existía verdadera profilaxis si exceptuamos lo propuesto y practicado por el gran Semmelweis que representaba un progreso inmenso. Con intuición maravillosa descubrió la naturaleza de aquel "genio exterminador de las maternidades" demostrando que el terrible arde recausaba por causa el contagio de una materia orgánica en descomposición, su personalidad se agiganta a medida que el tiempo pasa y en la historia de la infección puer-



poral señalaba la línea divisoria entre lo rutinario y lo científico, entre la tan ridícula como impotente terapéutica del pasado y la profilaxis moderna eficaz y racional.

Los resultados por demás elocuentes que obtenía en la Maternidad de Viena confirmaban la verdad de mis ideas e imposible no parece que en vez de ser secundado en la vía del progreso que él iniciara con tanta fortuna, no hallaran eco mis palabras y fueran combatidas mis ideas en la intriga y el desprecio; tal modo de proceder hizo que por el momento, al menos, resultasen inútiles mis esfuerzos y continuaran causando numerosas víctimas aquella fiebre autóctona "baldu de los judíos" (Frisch)

Hubert de Lovania en el Congreso internacional de Bonn en 1875 hacia la significativa manifestación siguiente: "de las estadísticas de las grandes Maternidades de Europa resulta que en ellas la mortalidad es de 1 por 29 mientras que en la práctica civil es de 1 por 212". La razón de tal disparidad la había dado Semmelweis evidenciando que el peligro no estaba en la puérpera sino que procedía del exterior y evitando el transporte del agente de contagio con la desinfección de las manos de los que en el parto intervenían hacia sana prolepsis. Mas, como este fundamental principio no fue llevado a la práctica con todas las consecuencias que lógicamente se le deducían. A pesar

de los espermios de Spiegelberg, Jussow, Bornmecke y otros para conseguirlo, continuo toda la profitaris reducida a la evacuacion momentanea de los materuidades, al cierre de los miemas, a fumizaciones etc. etc. medidas de todo punto insuficientes.

El periodo actual comienza con los trabajos de Pasteur y el método Listeriano.

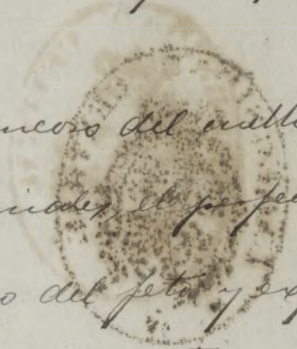
De los trabajos de Winter, Stroganoff, Walthard, Döderlein y todos los actuales resulta probada la existencia de dos ormas en el aparato genital femenino normal: una impresa otra cuervo-biana, el limite entre ambas esta situada algo por encima del orificio externo del cuello uterino.

En cuanto a la validad de la zona anti-tuberculosa la bacteriología moderna como no podría menos de suceder así confirmó plenamente lo que de antiguo enseñaba la observación clínica; la falta de gérmenes en el intestino y trompas es dato cuya importancia precisa no olvidar al trazar la conducta que debe seguirse para evitar la infección puerperal. Precisamente en el olvido de este dato o al menos en el escaso valor que algunos le han concedido, hallamos la razón de prácticas que a título de profilaxis son verdaderamente perjudiciales y entran en contradicción con lo que la ciencia enseña y la clínica corrobora.

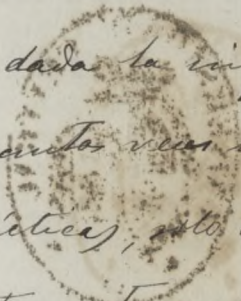
La conservación de la virginidad tuberculosa de esta zona es punto de mira esencial en la cuestión que tratamos

conviene sentir por ella tal respeto, que jamás debe olvidarse que nada da seguridad absoluta, de que nuestra intervencion en la misma sea inocua hasta el punto de quedar las cosas en su primitivo estado, tengamos presente que en la cavidad uterina existe despues del parto una herida la placentaria predilecta por esta de entrada de las infecciones puerperales graves, herida que por condiciones anatomico-fisiologicas diversas posee facilidades superiores a toda otra para la infeccion.

La existencia del tapon mucoso del cuello, la mayor abundancia de las secreciones utero-vaginales, el perfecto lavado realizado por el liquido amniotico, paro del feto y expulsión de la placenta, el flujo loquial etc-etc- son otras tantas valiosas



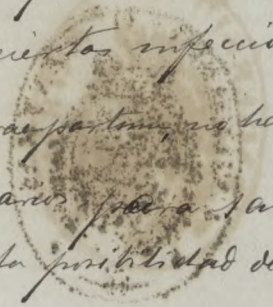
valiosas defensas naturales para impedir la contaminación
 de esta zona; el cuello uterino ha sido considerado desde antiguo como
 importantísimo factor de la patología femenina y los recientes tra-
 bajos clínicos y bacteriológicos especialmente de Pestalozza de Flo-
 rencia han señalado la frecuencia de infecciones puerperales cuya
 puerta fue en un principio exclusivamente cervical. De la exactitud
 de estas ideas la observación clínica me ha convenido y es punto
 en el cual me permito insistir dada la importancia que encie-
 rra para el tratamiento ¡cuando veas las inyecciones intra-
 uterinas practicadas como profilácticas; esto han servido para exten-
 der en la cavidad uterina hasta entonces libre de gérmenes un
 foco séptico localizado al cuello!



Ahora bien si el acuerdo es unánime en aceptar la existencia de esta zona aseptica ~~en~~ la mujer sana cabe preguntarnos si en determinados casos puede evolucionar el embarazo y realizarse el parto estando trastornada la normalidad de esta zona hasta el punto de ser ella punto de partida de una infección puerperal: en mi sentir debe responderse negativamente.

Los excepcionales casos citados especialmente por Alföld de rotura de una colección purulenta anexial o pélvica durante el trabajo de parto en buena lógica deben ser excluidos del grupo de infecciones puerperales, y si bien de lo se afirma haber hallado en la placenta de mujeres sanas, después de un parto entoces, trombas y venosas que atribuye a gérmenes transportados desde el intestino por vía circulatoria

es suposición falta de fundamentos sino admitir sea origen de infección autógena; la observación clínica y la bacteriología actual demuestran que la cavidad uterina después del parto normal permanece siendo estéril o lo menos durante los primeros ocho días; en tres casos de observación personal el examen bacteriológico resultó siempre negativo. Los que con dolo admiten que la trompa y el ovario pueden continuar albergando por tiempo cuya duración es imposible fijar microorganismos diversos en aptitud de readquirir virulencia y por este mecanismo explican ciertos infecciones puerperales que designan con el expresivo nombre de *prolapso* *postpartum* bien acompañado en aserto con los datos clínicos y bacteriológicos necesarios para demostrarlos; existe escrito como cosa verdaderamente excepcional la posibilidad de una generación



ción por vía sanguínea de un foco séptico situado a distancia pero no es lógico aceptar este caso como auto-infección pues por el contrario,

De la zona impura: la existencia en la vulva, vagina y orificio externo del cuello de numerosas especies microbianas (hasta 27 se han descrito) es un hecho por todos aceptado; la discordancia se refiere al modo de apreciar el papel que desempeñan en las infecciones puerperales.

Deberle de mis estudios acerca la secreción vaginal en los embarazadas se diría podrían establecerse dos grupos: en un 55 p^o/_o la secreción es ácida y además se caracteriza por la presencia del ordenium albicans de unos bastoncillos que llamó Sphaerobacterium y por la falta constante de gérmenes patógenos; el otro grupo se halla en un 46 p^o/_o de los casos, es de reacción neutra alguna vez alcalina, de as-

pecto puriforme, no se descubren los Selenidembacillen, abundan los coecos y aisló en un 7 p^o/_o de los casos estreptococos piógenos.

Explicó esta relativa frecuencia de auto-aseptización vaginal por la acidez del medio debida á los Selenidembacillen y por la experimentación in vitro y la destrucción completa de un cultivo de estafilococos inculado en la vagina de una virgen á las 48 horas patentizó este poder bactericida.

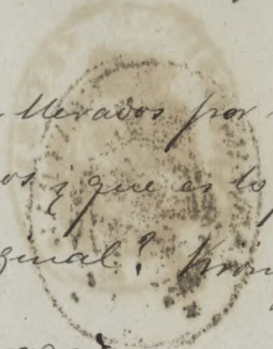
En el 2^o grupo ó con reacción patológica? cree posible la auto-infección y señala la conveniencia de restringir las exploraciones internas y desinfectar en estos casos el canal genital.

Waltherd halló también en la flora vaginal gérmenes parecidos por su morfología y caracteres de cultivo á los productores de la infección

puerperal; su virulencia mala en general no aumenta cultivándolos en el líquido loquial pero acepta que análogamente a lo que sucede en los casos de hernia estrangulada puedan adquirirla si pululan en tejidos de escasa resistencia vital; sin embargo del examen de los trabajos en que varios autores admitían con mayores ó menores restricciones la infección puerperal por estos gérmenes resultaba un hecho á primera vista inexplicable y esta era la diversa proporción en que ocurrían en las secreciones vaginales; así Steffen senala un 4 p 100, Bergström un 8 p 100, Wabbe un 12 y Walthard un 27 p 100. Los magníficos trabajos de Krönig y Menze han dado la razón de tal discrepancia; todos los experimentadores habíanse servido para obtener la secreción vaginal de un alambre de platino y se concibe que al ser introducido tocaba los genitales externos y arrastraba á la vagina

microorganismos; Krönig y Menge adoptaron la siguiente técnica; un tubo de cristal ó metálico de 3 ó 4 mm. de diámetro que esterilizaban perfectamente, desinfección previa de los genitales externos y separación de los labios vulvares evitando así los inconvenientes que ofrecían los procedimientos anteriores; la secreción vaginal obtenida en estas condiciones, y cultivada en agar agar con reacción debilmente alcalina, medio de cultivo ideal para el estreptococo y demás patógenos, se mostró siempre estéril, análogos resultados han obtenido Menge, Williams, Morau etc.---

Más es seguro que allí pueden ser llevados por variados medios, inyecciones, tacto, coito etc y en estos casos ¿que es lo que ocurre? ¿cómo se realiza esta auto-desinfección vaginal? Krönig infectando artificialmente más de 40 embarazadas con secreción ácida una,



con reacción neutra otras, y Menge haciendo lo mismo en 35 mujeres sanas y 50 laparotomizadas obtuvieron idénticos resultados; sea cual fuere la reacción de las secreciones vaginales las bacterias patógenas (estreptococo, estafilococo, fisisianens) introducidos en masa en la vagina desaparecen rápida y completamente siendo este poder bactericida más débil en la entrada de aquella que en el fondo de la misma.

Por consiguiente, a más de la reacción ácida (aumentada durante el embarazo) interviene otros factores en esta desinfección, entre los cuales se cuentan la flora normal de la vagina y sus secreciones, la composición química de estas, la falta de oxígeno los leucocitos etc.

Solo el gonorrea puede vivir largo tiempo en estado latente, especialmente en la uretra y glándulas de Bartholin y de allí podría invadir el útero por vía mucosa, más se apresuran a añadir que es incapaz de producir bacteremia y que la gonorrea puerperal no es verdaderamente grave para la vida de la enferma pero sí lo es con alguna frecuencia para las funciones del aparato genital. Respecto a la frecuencia de complicaciones infecciosas puerperales, debidas al gonorrea puedo decir que entre 250 historias clínicas recogidas no he visto un solo caso de infección puerperal debida a dicho germen, a pesar de que en algunos existían antecedentes sin duda alguna gonorreicos, ha transcurrido el puerperio en completa normalidad incluso en dos en los cuales el recién nacido padeció oftalmia hemorrágica según reveló el examen bacteriológico, y de la

que no bastaron a librarle la desinfección vaginal practicada antes y durante el parto (curso de 1896 a 1897); en esto quiero significar que si la gonococia puede ser origen de elevaciones térmicas durante el puerperio cosa que tengo por demostrado opino que son poco frecuentes y en general sin gravedad.

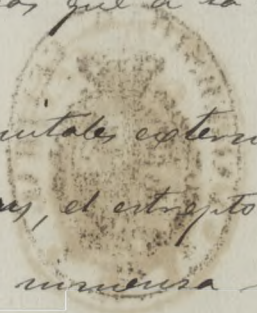
Gracias a la amabilidad de mi respetado y querido maestro Dr. Calleja de la Facultad de Medicina de Barcelona he podido en el laboratorio de la misma practicar el examen bacteriológico de Embarazadas sanas y jamás he encontrado el estreptococo ni el estafilococo en sus secreciones vaginales; la técnica seguida es la siguiente: colocada la embarazada en posición vulvar y separados los labios limpiaba la entrada de la vagina con gaza aséptica y solución salina normal esterilizada al autoclave, introducía entonces en la vagina un tubo de cristal

de 0'008 a 0'015 milímetros de diámetro hervido durante media hora en solución de sub-carbonato sódico al 3^o/₁₀₀ y colocado a modo de esponja por su interior pasaba un grueso alambre de platino fijo a una vasilla de cristal, lo cual me permitía recoger en facilidad y directamente la secreción del fondo de la vagina o del cuello uterino.

En seis puerperas normales a los cuales no se practicaban lavados vaginales examinados los loquios recogidos con la técnica expresada, del 3^{er} al 5^o día, jamás hallé estafilococos ni estafilococos. En un caso de infección del puerperio consecutiva a una perineorrafia tardía (diez y seis horas después del parto) la temperatura que no había sido superior a 37° y el pulso a 94 pulsaciones por minuto, ascendió en la tarde del 7^o día del puerperio a 39½° y 120 pulsaciones; recogida en este momento secreción de la herida y examinada al microscopio se notó la presencia de estafilococos y alguié eos en cadena, en cambio en los loquios recogidos en el fondo

de la vagina inmediatamente despues de desinfectado el periné, no los contenia apreciándose casi libre de gérmenes; retirados los puntos de sutura perineal, modificada su superficie con una compresa empapada en glicerina creosotada que se dejó en contacto de la herida, rapidamente bajó la temperatura a la normal y al día siguiente el termómetro señalaba 37° y el pulso latia 88 por minuto persistiendo la normalidad sin necesidad de haber acaudido más que a la desinfección del foco perineal.

Verdad es que en la piel de los genitales externos existen como saprofitos el estafilococcus albus y aureus, el estreptococo piogenus y el bacilo coli entre otros, los cuales en la numerosa mayoría de casos ninguno trastornan ocasionan pero en algunos transportados a la vagina ó al útero por una técnica defectuosa y muy ra-



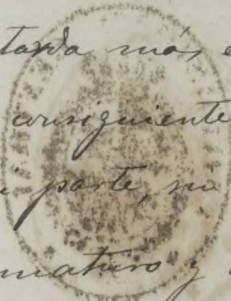
vez por ascensión espontánea pueden ser origen por las especiales condiciones de receptibilidad del aparato genital durante el puerperio de infecciones más ó menos graves. Mas es preciso tener en cuenta que esta ascensión espontánea si es posible, como origen de infección puerperal es de todo punto excepcional y en cambio la observación diaria revela la frecuencia extraordinaria en que debe hacerse culpable de complicaciones sépticas á defectos de la técnica seguida por comadronas y aun médicos durante el parto y puerperio.

Krónicz ha evidenciado la posibilidad de infecciones puerperales debidas á anaerobios, rovisinos é intrincado capítulo de patología puerperal: de sus presentísimos estudios resulta que entre los agentes responsables de aquellas y los huéspedes normales de la vagina existen tales diferencias que solo un título de inventario puede

aceptarse la existencia de una auto-infección por los anaerobios vaginales; formas de infección que carecen de gravedad y curan espontáneamente según el citado autor.

Estos modernísimos trabajos bacteriológicos han planteado el siguiente problema ¿la auto-aseptización vaginal es favorecida o perjudicada por las inyecciones vaginales antisépticas?

Virvitz y Menge pretenden haber demostrado que la desaparición de los cultivos patógenos inoculados tarda más en realizarse cuando se practican lavados antisépticos y por consiguiente lejos de favorecer aún más los recursos defensivos; por mi parte, no negar valor a estos curiosos experimentos estimo prematuro y aun peligroso en ciertos casos llevar al terreno práctico todas las conclusiones que de aquellos pueden deducirse y algunos ya han deducido. De todas maneras



tes resulta que procede admitir de conformidad con la mayoría de au-
tores al gonoceo como causa de reinfección, aunque como lo manifestado
anteriormente las observaciones por mí recogidas no señalan caso alguno
de infección purépera grave, más no debe considerarse hecho demostra-
do la existencia como saprofitos vaginales, de los agentes productores de
la infección purépera desde el más frecuente ó sea el estreptococquis-
genus al bacilo de Mettler ó de Höppler, citados en algunos casos; la pre-
sencia de estos gérmenes, indica siempre un contagio realizado por
una exploración ó contacto más y de fecha reciente.

En cuanto a la auto-infección por amarcobios, hoy por hoy es im-
probable en mi sentir, rebasarla en absoluto, especialmente después que
Hallé ha conseguido con el micrococcus factidus de Veillon y el bacilo funduliformis
resultados positivos por inoculación subcutánea en los animales.

De lo expuesto anteriormente, opino podemos deducir de perfecto acuerdo con la observación clínica de innumerable número de partos que lo que debe preocuparnos siempre es evitar el contagio, la hetero-infección ó infección patógena de Fritsch contra la cual poco ó nada pueden las defensas naturales de la puérpera; respecto á la auto-infección propiamente dicha sin que me atreva á sostener que no existe como afirman equivocadamente Veit, Menze, Gomer, Merzmann y tantos otros autores alemanes y norteamericanos especialmente es en todo caso excepcional, carece de verdadera gravedad, puede producir sapremia ó mejor dicho toxemia pero la generalización por vía uterina dista de haberse evidenciado. Basam acepta que si pueden originar endometritis pútridas los saprofitos vaginales en forma de infección que deben diferenciarse de la puerperal propiamente dicha.

Después de este ligero esbozo acerca la etiología y patogenia, inten-

taré aclarar el siguiente punto; que medidas puede adoptar para evitar la infección?

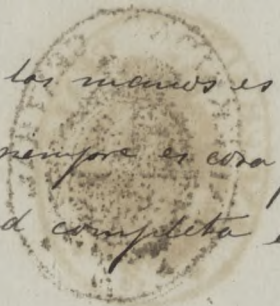
Es evidente que debemos procurar la asepsia de los lienros, compresas, ropas interiores, en una palabra, de todo cuanto esté en contacto directo o indirecto con la parturienta, ideal fácil de conseguir en la Clínica, mas en la clientela privada es preciso sortear las dificultades que se operan haciendo las compresas destinadas a proteger los genitales externos en solución salina o antiséptica, usando ropas recientemente lavadas de la colada etc-etc.

Respecto al instrumental en la esterilización o en el flambaje, tenemos un medio fácil rápido y seguro de alcanzar la asepsia.

Con relación a la exploración vaginal, de las ideas precedentemente expuestas debemos a fuer de lo que deducir lo siguiente;

en principio conviene suprimir el tacto vaginal ¿ por que? en primer lugar, este medio de exploración rompe la consigna dada de respetar el status quo del aparato genital, en segundo lugar puede preguntarse ¿ es facil practicarlo con tales garantías, que en nada favorecerá el desarrollo de la infección? prescindiendo por el momento de ciertos casos en que cumpliendo una indicación perfectamente establecida, por modo indirecto hacemos profilaxis, aceptado como método general opino que no es en absoluto inusado y con relativa frecuencia perjudicial.

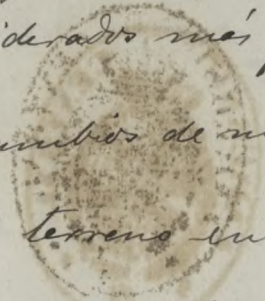
Recordemos que una desinfección de las manos es imposible llegar a la asepsia bacteriológica y que no tampoco es cosa facil alcanzar la quirúrgica; ¿ nos dá esta, seguridad completa en toda ocasión, en toxicología? Opino que no.



Por de pronto en los casos en que existan erosiones de la piel infectada, en paravirós, si se ha asistido a un enfermo de escarlatina, viruela, forúnculos, osteomielitis etc. ni es necesario practicar el tacto vaginal parece me de rigor el uso de los guantes de hilo y mejor aun de caucho; desde que do-derlein impuso su empleo no ha visto un solo caso de infección grave en su clínica a pesar de ser tactadas a veces por más de 20 personas cada parturienta segun afirma.

En los demás casos digo y sostengo que no es lo suficiente porque aun practicado el tacto despues de la más cuidadosa desinfección continuará siendo una maniobra que como ha hecho resaltar Credé puede herir, traumatizar en pequeño grado cuando es la perita mano del tocólogo quien la practique pero ¿y en los demás casos? Si el tacto vaginal es mal practicado, dice Zweifel, ofece nume-

nosos peligros y con frecuencia médicos y comadronas malamente lo
 practican. Además del traumatismo, durante el trabajo de parto
 puede con gran facilidad transportar gérmenes de la zona impura
 a la zona esteril que por lo expuesto se deduce debemos considerar como
 una especie de voli me tangere y este transporte, este cambio de me-
 dio ¿será siempre inocuo? recordemos que los modernísimos trabajos ex-
 perimentales de Vincent, convirtiendo en especies patógenas al bacilo me-
 sentéricus y al bacilo megaterium microgérmenes que ni antes ni
 ahora por nadie han sido considerados más que como sa-
 profitos, valiéndose para ello de cambios de medios de culti-
 vo, prueban la importancia del terreno en el funcio-
 namiento de la célula microbiana y hacen buena



la afirmación siguiente que pocos años atrás se habría tachado herejía: los microbios son lo que el medio hace que sea la "virulencia microbiana es fenómeno contingente inseparable de la noción de terreno".

Por lo tanto el rigorismo científico exige que se restrinjan en tanto posible sea las exploraciones internas, algunos llegan a predicar su represión: entiendo que pecan de exclusivistas y me adhiero por completo a la fórmula de Leopold "los exámenes internos solo es lícito practicarlos cuando la seguridad de la madre y del feto exijan su empleo".

Bien entre otros acepta la represión del tacto vaginal, cosa inadmisibles por varias razones: por una parte en las clínicas des-

tinados a la enseñanza parece malísima idea privar al alumno de un medio de exploración en algunos casos insustituible, por otro, si entendiera que carecemos de medios para evitar los inconvenientes que el tacto vaginal bien practicado lleva consigo sería con Piers y Köning partidario de su supresión.

Más es posible esta supresión? Veámoslo: los procedimientos propuestos son dos: palpación externa y tacto rectal, auxiliados por la auscultación.

La gloria de haber colocado a la palpación externa en el preeminente lugar que hoy ocupa, señalando la conveniencia de eregerla en método general de exploración y diagnóstico capaz de sustituir al tacto vaginal hasta el punto de permitir la supresión del mismo en concepto de algunos, corresponde por entero a la escuela alemana cuyos campeones más autorizados son Leopold y Bredé; la cari-

totalidad de los tocólogos profesan actualmente la misma opinión e insisten en la necesidad de vulgarizar su práctica en detrimento de la exploración interna.

En 1894 Leopold viere precisado en un 30 p^o/_o de los casos a acudir al tacto vaginal, no duda que hoy la proporción sería menor pero de todos modos resulta insuficiente en cierto número de casos. Bien creyendo al tacto vaginal peligroso y la palpación externa insuficiente estableció un nuevo método: el tacto rectal.

Dos puntos me interesa aclarar: 1^o es siempre suficiente?
 2^o es superior a la palpación externa auxiliada en las circunstancias dichas por el tacto vaginal?

De una estadística de Krönig resulta que en un 10 p^o/_o debe

acudirse al tacto vaginal y en cuanto a precisión dista mucho de igualar a este conforme reconocen sus más autorizados defensores, ahora bien; ahora bien; después del tacto rectal existen iguales facilidades que antes de verificarlo para conseguir la desinfección de las manos? si precisamente en las dificultades para obtenerla hacíamos hincapié para limitar la exploración interna que diremos de aquellos después del tacto rectal? sus defensores dicen que es posible y aun fácil desinfectar las manos y que se ha exagerado el poder patógeno de la flora microbiana rectal. Mas es irrefutable la desinfección de las manos después del tacto rectal con mayor motivo han de aceptar la inocuidad del tacto vaginal que ellos mismos reconocen superior en precisión; además es indiscutible que es

bacilo coli puede desarrollar endometritis putridas y algunos au-
 tores entre ellos Varnier en su reciente obra creen que es capaz de ori-
 ginar una verdadera Bacteremia. No diré yo que la prueba
 decisiva de su generalización por vía uterina la hayan dado los casos
 de Bendi, Stulfeld y Lisenhart pero acaso es el bacilo coli el unico agen-
 te patogeno que puede transportarse? ¿no es posible arrastrar otros
 microorganismos et estreptococos por ejemplo? Por todas estas
 razones estimo es el método de Pons a todas luces defectuoso.

De la antisepsia profiláctica. En el estudio

de la desinfeccion vulvo-vaginal es preciso establecer

una distinción entre la conducta a seguir antes del puerperio y durante el mismo.

La desinfección de los genitales externos es por casi todos reconocida como utilísima y hasta indispensable siempre, solo Veit y algún otro la estimaron superflua en los casos normales.

Respecto a la desinfección vaginal antes del puerperio existen dos métodos completamente opuestos, uno ensalza en toda ocasión el empleo de irrigaciones antisépticas repetidas y energicamente microbicidas; el otro no las admite en ninguna,

En el 1º se admite como frecuente lo que en realidad es excep-
cional, considera la virulencia microbiana como propiedad nes-
saria de un cierto número de microorganismos; prescinde casi
del factor terreno o cuando menos le niega aquél preeminente
lugar que en el origen, evolución y término de las infecciones puer-
perales le corresponde, su preocupación es destruir los agentes
conceptuados patógenos con antisépticos enérgicos. Mezando al
abuso de los lavados vaginales y pretende apoyarse en los traba-
jos de Steffen, Walle, Walthard etc.

En la obra "De la asepsia y de la antiseptia en Obstetricia"

(Paris 1894) hallamos expuesta extensamente la defensa de este método por su autor, porta-estandarte de la escuela, el venerable Fournier.

Pero es posible y útil obtener la desinfección vaginal completa?

Fristel hace de ello más de 12 años dijo que la antisepsia obstétrica era la caricatura de la antisepsia quirúrgica y de los propios trabajos de Steffen resulta que solo es posible acercarse a ella merced al empleo de una técnica violenta e irrealizable en la práctica tocología. La utilidad de tal proceder es algo más que discutida, rechazada por numerosos estudios bacteriológicos y concluyentes observaciones clínicas.

La escuela opuesta ha nacido en Alemania y

400

aunque cimentada más solidamente que la anterior, opino peca por demasiado exclusivista.

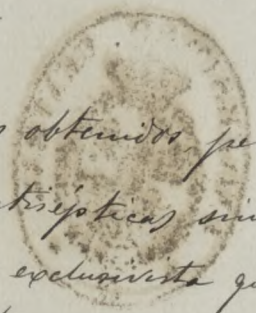
Sus partidarios caen en el error, de hacer responsable a la desinfección vaginal de inconvenientes y peligros que en realidad no deben atribuirse al metodo, sino al modo como este se practica; defectos cuya fatalidad es imposible aceptar y que si son temibles durante el puerperio por las especiales condiciones en que se halla el aparato genital, dejara de serlo antes del mismo, siempre huelga decirlo que se practiquen con suficiente garantía de asepsia y por persona idónea.

Conozco las brillantes estadísticas publicadas por Gomer (de

Bale), Merzmann (de Mannheim), Morau (de Washington) y otros valiosos partidarios del nuevo y radical método; verdad es que según afirma Krönig reprimida la desinfección vaginal en Leipzig excepto en los casos en que el parto exigiera una intervención operatoria, disminuyó la morbilidad en un 10 p^{to} pero no es menos cierto que los resultados obtenidos por Frommel, Prosser, Kustner etc. son buenos satisfactorios. En la Clínica de Obstetricia de la Facultad de Medicina de Barcelona el distinguido Profesor Clínico Dr. Carbo aplicó el método abstencionista de Krönig durante el período de vacaciones del curso actual y los dos anteriores y de las 46 historias clínicas recogidas por mi como Internos del servicio resulta que hubo ligeras elevaciones térmicas

en cinco casos, estas elevaciones fueron posteriores al tercer día del puerperio y todas las púrpuras curaron espontáneamente sin haberse practicado desinfección alguna de su vagina. De estos 46 partos realizados sin desinfección de las vías genitales, dos casos afección durante el puerperio el cuadro típico de la endometritis pútrida y ambos curaron sin haberse acudido a los lavados vaginales; en ambos se comprobó la retención parcial de membranas.

Comienzo en que son excelentes los resultados obtenidos por prescindir de los lavados vaginales y demás prácticas antisépticas sin distinción de casos es para mí aplicar un criterio demasiado exclusivista que será perjudicial en algunos casos y que aun colocándonos en el terreno meramente profiláctico deja de cumplir indicaciones que con frecuencia se ofrecen durante el parto y aunque



más raramente también en el puerperio indicaciones perfectamente establecidas y que tienen las irrigaciones vaginales en ventaja, cuales son es lo que dentro un momento intentaré fijar.

Profilaxis en el puerperio; en este punto concreto la clínica ha dado por modo tan elocuente como arrasador un fallo y solo por extremado apego a la rutina pueden continuarse practicando como método general los lavados antisépticos, nada digo de acudir a los intra-uterinos como profilácticos, práctica muy afortunadamente abandonada. De todo lo expuesto tengo para mí pueden deducirse las siguientes reglas de conducta:

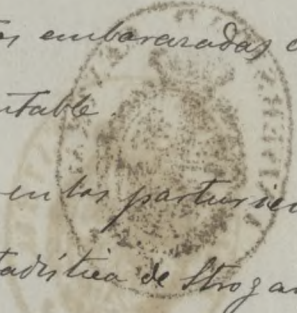
En la antisepsia obstétrica es imposible prescindir de las particularidades de los casos en concreto

La desinfección de los genitales externos es siempre utilísima

práctica fácil de realizarla bien, sin verdadero peligro de intoxicación, en una palabra, solo ventajas reporta su empleo.

No es preciso pero si conveniente en algunos casos (aunque será difícil de conseguir en la práctica civil) cortar el pelo que a veces por su exuberancia e intrincada disposición dificulta la limpieza, retiene coágulo y flujo loquial etc. es asimismo recomendable tomar algun baño jabonoso durante el último mes del embarazo, e inútil es decir que sera de rigor al ingresar en la clinica ó desde ciertas embarazadas cuyo estado de mi-
seria y ansiedad es verdaderamente lamentable.

En cambio los baños de limpieza en las partes secas, me parecen completamente injustificados y la estadística de Stroganoff aunque no oferea todos los requisitos necesarios señala un 65% de morbilidad menor en las puerperas no bañadas.



Los lavados vaginales ~~aná~~ o nuevos antisépticos, antes del parto no cumplen una indicación en los siguientes casos:

- 1º Si existe un flujo vaginal sospechoso o positivamente gonocócico
- 2º Si hay fenómenos que evidencien la existencia de infecciones banales del aparato genital, especialmente si hay fiebre, o se trata de embarazadas que por sus malas condiciones fisiológicas ofrezcan escasa resistencia vital y
- 3º Cuando existan lesiones reparatorias o neoplásicas en la vulva, vagina o útero.

En las casas particulares la desinfección vaginal antes del parto, como método general es inútil y con alguna frecuencia perjudicial por la defectuosa técnica con que casi siempre por no decir constantemente se practican,

Durante el trabajo de parto, además de los casos citados en el párrafo anterior parecen indicados las irrigaciones vaginales en los siguientes:

1.^o En las clínicas destinadas a la enseñanza porque en ellas sufren las embarazadas tactos repetidos y en ruidosa practicados.

2.^o En los casos llamados por Leopold, operatorios es decir aquellos en que se ha intervenido con el fórceps, versión interna o mixta; distorción, etc -

3.^o En los partos calificados de anormales: incluyo entre ellos, aquellos en que a pesar de evolucionar el parto normalmente, al ser llamados para asistir a él se hayan ya realizado por quien no opere suficientes garantías de asepsia una o más exploraciones internas; siempre que durante los últimos días del embarazo o durante el parto se han realizado intervenciones que como el Tacto, inyecciones mal practicadas, coito etc - puedan haber hecho fracasos los medios naturales de defensa o auto-

aseptación vaginal.

En este grupo también incluyo los casos que ofrecen alguna de las circunstancias siguientes de antiguo señaladas por la clínica como favorables al desarrollo de infecciones puerperales más o menos graves:

(a) duración excesiva del trabajo de parto, pues claro es que cuanto más dura, más expuesto está a la heteroinfección y aun cuando esta se evite debe no olvidarse que los fenómenos de compresión sostenida producen alteraciones profundas en la circulación y nutrición de las células originando como resultado final una menor resistencia a la invasión microbiana.

De la gran importancia del traumatismo nos ofrece numerosos ejemplos la cirugía especialmente la abdominal, de todas conviene

es la frecuencia con que después de la laparotomía se observan fenómenos de paresia y aun parálisis del intestino acompañados de un cuadro a veces alarmante y explicable por el trauma con exclusión del elemento infeccioso; en ciertos casos puede el traumatismo además de su acción local ejercer por vía refleja otra a distancia, dificultando y aun suprimiendo más o menos momentáneamente el funcionalismo de órganos tan importantes para la defensa como el riñón. Se dirá, y es verdad, que en Obstetricia no se alcanza tal grado de perturbación, pero que duda cabe de que en y todo menudo el traumatismo, o la pérdida de sangre, al dolor, o es un mal delimitado que llamamos choque moral, de realidad evidente, coloca a enfermas ancianas, o agotadas, por las privaciones, y el trabajo en las más aborrecidas condiciones para que estable la bacteri-infección si se ha menudeado el tacto o practicando irrigaciones con técnica

defectuosa y aun cuando no se haya intervenido, existe la posibilidad de una reinfección y noscúeica y hasta la de la auto-infección como prueban los citados trabajos de Vincent.

(b. La rotura prematura de las membranas es otra condición favorable. Pincard y con él todos los toxicólogos admiten, de un modo especial en los casos de feto muerto, que casi fatalmente se producen fenómenos de putrefacción que fácilmente se propagan a la madre. En 1894 en la Clínica Bandelvezque hubo 123 puerperas infectadas, entre 2137, que, bien, de estos 123, en 65 habria tenido lugar la rotura prematura de la bolsa antes de la dilatación completa y de estas 65 en veinte y una permaneció abierto el tuevo más de diez horas, nada he de añadir a estas significativas cifras. En estos casos cuando como he dicho mi

queridísimo maestro Dr. Fargas, debemos prescindir todo lo posible de las exploraciones vaginales y de tener que realizarla adoptar las mayores precauciones, entre las cuales con el acepto la irrigación vaginal antiséptica, precedida siempre de la desinfección de los genitales externos, con limpiera irreprochable bien purgada la cámara de aire, evitando toque los grandes labios al introducirla, favoreciendo el desague, poca presión etc. confiando a mi entender más en su acción mecánica meramente defensiva que en la energicamente antiséptica. En un trabajo publicado en 1896. Walthard admite la desinfección de las vías genitales en las embarazadas que sufran afecciones cardíacas, nefritis, diabetes etc. — más en mi humilde concepto por esta sola circunstancia más están comprendidos en alguno de los casos expresamente

citados no son necesarios los lavados vaginales sin llegar á ciertos perjudiciales cuando disponiendo de medios adecuados es el médico quien los practique.

La conducta seguida durante el alumbramiento, he podido convenirme influye mucho en el curso del puerperio; de un estudio de Pebrer que comprende mil partos se deduce que el método de Credé es superior al de Malfeld; en efecto, además de ser menor la pérdida de sangre en el 1º que en el 2º, los accidentes febriles que se observan en un 24 p^o/_o en el de Credé llegan á un 52 p^o/_o en el de Malfeld; sea límite á recordar su importancia y la bondad del principio sentado por Pinard "en el alumbramiento normal no intervengáis durante la hora y media consecutiva al parto". En los casos de retención parcial de membranas ó de algun estildon placentario se ha precorrido por algunos la

intervención inmediata librando a la cavidad uterina de los residuos retenidos, con el dedo. El Dr. Valenzuela (de Méjico) considera tal línea de conducta como excelente medio de profilaxis de la infección puerperal; en mi concepto generalizar este método a todos los casos sin distinción es mala práctica, he visto un buen número de casos de retención parcial de membranas en los cuales el puerperio ha transcurrido sin complicación alguna, en cambio en aquellos que presentaron complicaciones sépticas no resultaba dudoso el origen exterior de las mismas. El perfecto conocimiento del mecanismo del parto para prevenir estas retenciones con frecuencia debidas a una conducta obstétrica defectuosa y la expectación asociada a la antisepsis para evitar la infección serán en la mayoría de los casos suficientes para resolver satisfactoriamente el caso.

Forner en su Clinica practicaba como profilaxis un lavado intra-uterino terminado el alumbramiento, método, de positivos inconvenientes a cambio de más que dudosas ventajas; opino que solo en tres casos cumplen una buena indicación:

1º En los de intervención trabajosa, manual ó instrumental realizada en la cavidad uterina.

2º En los de duración excesiva del trabajo de parto ó de feto muerto si se aprecian fenómenos de putrefacción ó elevación de temperatura y

3º En el alumbramiento incompleto con retención de membranas especialmente huelga decirlo si existe hemorragia.

De la antisepsia profiláctica durante el puerperio,

última cuestión que me propongo desarrollar.

La inutilidad de las inyecciones vaginales antisépticas en el puerperio, ha sido evidenciada primero por la observación clínica de siempre y después por la bacteriología que aclarando la patogenia de la infección puerperal demuestra que son inútiles y en ciertos casos perjudiciales.

Respecto al primer punto tengamos presente que ya antes de la antisepsia era bastante rara en la clientela particular la infección y que en los casos graves era manifiestamente responsable la heteroinfección.

En nueve casos de infección puerperal terminados por muerte, cuya observación clínica he podido seguir en la Clínica de Obstetricia de la Facultad de Medicina de Barcelona ninguno era tributario de la autoinfección, en todos ellos resultaba probado el contagio real o muy verosímil; un caso observado en Marzo del corriente año y también terminado por muerte demuestra la existencia de infecciones endógenas o por vía sanguínea afortunadamente rarísimas y que lógicamente no deben considerarse como auto-infecciones puerperales propiamente dichas; se trataba de una embarazada a término sin antecedentes patológicos especiales

que enfermó de anginas estreptocócicas con temperatura de $40^{\circ} 2'$ y 120 pulsaciones, al 3^{er} día de infección con $39^{\circ} 5'$ y 116 pulsaciones se realizó el parto completamente normal en su mecanismo, no se intervinó en su aparato genital, el feto falleció a las 48 horas y la madre al 6^o día del puerperio; la temperatura de las mañanas oscilaba entre 38° , $38^{\circ} 4'$ el pulso entre 108 y 124 por minuto, la de las tardes era de 40° o $40^{\circ} 6'$ y el pulso variaba entre 108 y 158 por minuto; los lavados intra-uterinos y vaginales ninguna mejoría apreciable produjeron, la inyección subcutánea de $1\frac{1}{2}$ centímetros cúbico de esencia de trementina practicada al 3^{er} día en el muslo derecho no originó el flemón y absceso característico, en cambio en el examen bacterioscópico de los loquios practicados 10 horas antes de fallecer se encontraron estreptococos, cocos melitos, diplococos, meningococo; este caso al igual que el ocurrido en la clínica de Bunn cuya fincra falleció al 18^o día después de un parto entóxico, a las 24 horas del mal presentó $39^{\circ} 5'$ y cuadro infeccioso revelando el examen de los loquios practicados al 4^o día la existencia de estreptococos piógenos que del estudio del caso clínico y datos aportados

por la autopsia de rijo procedian de una sinusitis frontal crónica estrepto-
cocica, resultan aplicables admitiendo la generalización por vía sangui-
nea de un foco séptico localizado a distancia en virtud de alteraciones ocurri-
das en el medio cuya naturaleza íntima nos es desconocida.

Boscall y Lullingworth afirman que en la nación inglesa la mortalidad
por infección puerperal es mayor de 1880 a 1895 que de 1847 a 1880 a excepción de
Londres donde se nota la corta disminución de un 2'6 p% en el resto de Ingla-
terra acusa un aumento variable entre 8'2 y 9'8 p% cifras verdaderamente
elevadas. Frisbie en su magnífica obra de las "Afecciones puerperales" decía en
1885, las inyecciones vaginales como medio para mantener asépticas
las heridas vaginales genital son a lo menos inútiles y con tenacidad
ha combatido tal práctica atribuyendo a ella aun realizada con las ma-
yores precauciones las ligeras elevaciones térmicas que observaba du-
rante el puerperio

En Francia Championnier en 1880 en su obra la cirujía antiséptica, verdadera piedra angular de la moderna cirugía francesa decía textualmente "las inyecciones vaginales antisépticas son causa de irritación funesta en el puerperio" y apoyaba la exactitud de sus ideas con la bondad de su estadística: durante los años 1878, 79 entre 1855 partos la mortalidad por infección puerperal fué de 0'41%, excelente resultado si se tienen en cuenta tres datos: la época en que se alcanzó periodo de lucha y de tanteos del nuevo método Listeriano, la falta en las Maternidades de entonces de las excelentes condiciones que hoy disfrutamos y por último el haberse practicado durante todos los partos repetidos tactos por algunos de los alumnos asistentes a su servicio del Hospital Codru. Probó también que en la inmensa mayoría de casos con fetidez loquial, desaparecía esta con solo man-

Tener la desinfección de los genitales externos. Las ideas de Chamberlain
han triunfado en Francia y hoy Pinard, Boudin, Champetier de Ribes, Do-
leris, Porack, Maygrier y casi todos los demás maestros de la Obstetricia fran-
cesa solo emplean las inyecciones vaginales en casos excepcionales.

En Alemania mucho antes se había generalizado tal proceder y
los resultados obtenidos por Hofmeier, Leopold, Fehling, Mermann etc.
proclamaban su superioridad. En España aunque continúa arraigado
el método ensayado por Parvier, se inicia un movimiento de avance
hacia estas ideas; en el último Congreso internacional celebrado en París
la autoridad nada sospechosa del doctor Cortegirano afirmaba que los
prácticas aconsejadas como antisépticas son por sí mismas causas de
infección. Durante el curso de 1896 a '97 en la Clínica de la Facultad
de Barcelona mi respetado maestro Dr. Fargas adoptó el siguiente
procedimiento análogo al de Hofmeier, Pinard etc. - antisepsia

intro vaginal antes y durante el parto, superior de la vaginal en los cinco primeros dias del puerperio y como interno de la Clinica contribuí a llevarlo a la práctica. Los resultados fueron los siguientes entre unos cien partos aproximadamente la mortalidad por infección puerperal fue cero $\%$, la morbilidad fue de 8 $\%$ que se descompone en los siguientes casos: una infección grave curada despues de un raspado practicado al 3^{er} dia y un absceso de Fochier; dos de endometritis profunda con retención de membranas y coexistencia en un caso de pequeños nodulos cancerosos en el cuello uterino y cinco infecciones leves. Pasa desde que adoptó el método ha visto disminuir la mortalidad y morbilidad desde un 1.38 $\%$ que era en 1883 a 0.15 $\%$ que fue en 1891 la primera y en cuanto a la segunda de un 17 $\%$ descendió a un 5.75 $\%$

Haferior sin practicar infecciones vaginales durante el puerperio

redujo la mortalidad a un 0'20 p^o/_o y la morbilidad a un 5'9 p^o/_o.

Leopold empleando el procedimiento cuya superioridad ~~se~~ procurado defender en este trabajo llego a reducir en su clinica de Dresde la morbilidad a 1'3 p^o/_o. Mermann entre 1200 partos realizados sin desinfeccion de las vias genitales a pesar de haber intervenido varias veces con el forceps, version etc. tuvo dos casos de muerte no atribuidos a la infeccion puerperal segun dicho autor y una morbilidad de un 5 a 7 p^o/_o. En la clinica de Bonna durante el año 1897 entre 533 casos en que no se practico la desinfeccion vaginal hubo 81'9 p^o/_o de puerperios apireticos, en 1898 entre 1065 el 84'5 p^o/_o fueron puerperios afebriles, como se ve hubo una mejora de un 2'6 p^o/_o en favor de 1898, durante el año 1899 practicada la desinfeccion hubo el 86'7 p^o/_o lo cual da en favor de él una mejora de un 2'2 p^o/_o, de esto último es mo-
do alguno puede deducirse la superioridad del procedimiento ya que la mejora obtenida ni siquiera llego a la obtenida en el año precedente sin desin-

pección además hay que considerar que las condiciones de medio y personal idóneas de que disponía Papan no se encuentran en la práctica particular, donde tiene sin desimpeñación y empleando guantes de caucho para tactar entre 400 partos tuvo el 8 p. 100 de morbilidad. Estos resultados son muy superiores a los obtenidos por Farrer cuya morbilidad por infección osciló de un 15 a un 26 p. 100 según el antiséptico usado. (años de 1890 a 1891).

He aquí hechos y datos por cierto mil veces más elocuentes que toda teoría. Los lavados vaginales antisépticos durante el puerperio no solo son inútiles (aplicados como método general) sino con frecuencia perjudiciales y ecco hacen verdadera tal afirmación las siguientes consideraciones:

1.º En los casos normales no se encuentran microorganismos patógenos en la vagina, en los que hemos considerado como anormales, si se han guardado durante el parto las precauciones que en detalle hemos descrito, existen garantías suficientes para evitar el desarrollo ulterior

de la infección, por consiguiente las inyecciones vaginales antisépticas persiguen en uno y otro caso un enemigo verdaderamente imaginario.

2.^a No olvidemos que despues del parto siempre existen en la zona genital pequeñas heridas, demudaciones del epitelio y en ciertos casos desgarros del cuello y del periné más ó menos extensos, circunstancias estas que favorecen extraordinariamente la absorción y hacen sean reales y efectivos los peligros de una intoxicación.

3.^a Aun en el supuesto caso de que se practique la inyección vaginal con técnica irreprochable, lo cual no es pedir poco, resulta un medio perturbador del trabajo de cicatrización por su acción mecánica y por su acción química: por la primera traumática siempre en mayor ó menor grado, distiende la vagina separa los labios de la herida y por tanto se opone al reposo, condición primordial para su repara-

ción y por la segunda ataca directamente es verdad a' la célula microbiana más protegida esta por su membrana de cubierta sufre menos que la célula de nuestros tejidos cuya estructura modifican, cuyo funcionalismo trastornan y en resolución perjudicando a los medios de defensa favorecen indirectamente la infección.

Por todas estas razones entiendo que solo es lícito pasar por los inconvenientes inherentes a su empleo en los siguientes casos: si ya durante el parto hay elevación de temperatura probablemente debida a un proceso genital; en los de retención de membranas y por último en aquellos en que en la vagina se hallan acumulados gruesos coágulos.

Sintetizando pues mi trabajo diré que todo cuanto tienda a mantener la perfecta normalidad del parto, a evitar las causas

que puedan alterarla ó rebajar su acción perturbadora es profilaxis; es por esto que debe necesariamente exigirse á toda persona autorizada para asistir á partos el exacto conocimiento del mecanismo del mismo en todos los casos y posea nociones claras y precisas acerca de la infección en general y de la asepsis y antisepsis en Obstetricia; con sobrada razón se ha dicho que unas veces sabiendo no hacer nada y en otras recurriendo á intervenciones cuyos inconvenientes y peligros hemos procurado poner de manifiesto, tales como la rotura prematura de las membranas, versión, forceps, infecciones intra-uterinas etc. empleamos el mejor recurso para impedir el desarrollo de la infección.

De cuanto llevamos expuesto en el desarrollo de esta tesis entiendo que lógicamente se desprenden las siguientes conclusiones:

Primera. - En el tramo genital de la embarazada no existen en estado normal ninguno de los microorganismos patógenos que la experimentación y la clínica han evidenciado como responsables de la infección puerperal séptica o heterógena.

Segunda. - En un corto número de casos podemos aceptar ciertas complicaciones infectivas del puerperio como tributarias de los gérmenes que gozando vida saprofítica en los genitales externos y vagina pueden readquirir virulencia.

Tercera. - A título de cosa, por fortuna, verdaderamente excepcional es forzoso a mi entender el admitir la infección generalizada de la puerpera ocurrida por el hecho del puerperio desde un foco séptico a distancia: angina estreptocócica en nuestro caso, sinusitis frontal por estreptococo.

tococos en el de Bunn, más esta forma de infección llamada endógena, por vía sanguínea ó prae-partum nada tiene que ver con la auto-infección puerperal propiamente dicha.

Cuarta. - Como principio de capital importancia admitimos la posibilidad y alta conveniencia de no intervenir durante el parto y puerperios normales, por consistir la mejor garantía de profilaxis en respetar la auto-aseptinación natural del aparato genital sano.

Quinta. - Antes de llegar al final de la gestación toda embarazada debe ser examinada por la palpación externa, auscultación y según los casos tacto vaginal, al objeto de establecer fijamente y con antelación al parto el diagnóstico de presentación y posición; con estos datos y los recogidos durante el parto con la rotura de las aguas, diverso carácter de los dolores etc. es posible en la mayoría de los casos a-

precisar con bastante aproximación el periodo del mismo.

Sesta. — La supresión absoluta del tacto vaginal es imposible y la sustitución del mismo por el rectal contra-productante. El uso de guantes de hilo ó de caucho ha disminuido la morbilidad y es de rigor su empleo en los casos de asepsia dudosa.

Séptima. — Al tacto vaginal y á los lavados vaginales antisépticos fuertemente practicados con técnica defectuosa deben ser atribuidos la mayor parte de las infecciones puerperales graves.

Octava. — Durante el puerperio normal los lavados vaginales antisépticos son inútiles y no pocas veces perjudiciales

y Novena. — Es trabajo estéril difundir las doctrinas

de la asepsia y antisepsia obstetricas interin carezcan los encargados de practicarlas, de los conocimientos que el estado actual de la ciencia exige, por lo cual entiendo se impone la inmediata reforma de la llamada carrera de comadrona.

He dicho

Madrid 27 de Septiembre de 1901.

~~Baudilio Guiteras y Sola~~



Admirable
 José Robina

Admirable
 José Robina

~~Admirable~~
 de Comadrona



Bibliografía

Muffeld . - Prescription feber in der geb. Wochen. ~~den~~. der. Selbstinfection
Zeitsch. 7. 27- 1895 p. 466.

Baumgarten . - Influencia del tacto vaginal y rectal en la produccion
de la infe. puerperal - 1897 - Paris.

Cortájerana . - Congreso de Paris 1901. - Lección de Obstetricia.

Charrin . - Lecciones de patogenicia aplicada - 1897 - Paris.

Doleris. - La inflamacion genital en la mujer. - Paris 1895.

Fargas - Rev. de cienc. med. 1897. - Rev. de clin. medic. Junio 1901 - Barne

Hofmeier. - Sammtl. Klin. Vortrage n=117 - 1897.

Hirts - Tratado de Obstetricia. - 2 edic. - Filadelfia 1899.

Halle - Bacteriologia del canal genital en la mujer. - Junio 1897 - Paris

Fritsch. - Enfermedades puerperales. - Traduc. francesa 1885.

Kriinig y Menge. - Centr. f. gyn. 1894. - Congreso de Paris 1901. - Rev. de seun. medic.
de Hayen 1896, 97. - Semaine gyn. Junio 1897.

Leopold. - Centraltbl. f. gyn. n=1 - 1896.

Morau . - Amer. j. of. Obst. 1899.

Pitremont - Tratado de Obstetricia.

Piniard . - Tratado de la infec. puerperal. - Paris 1894.

Riess. - Centrabl. f. gyn. n^o 17. - 1894.

Farnier . - La asepsia y la antisepsia en Obstetricia 1900.

Varnier . - La Obstetricia practica - 1900 - Paris.

Wormser . - Archiv. de Obst. n^o 2. - 1901 - Paris.



Verificó el ejercicio del grado de Doctor
en el día de hoy y se le calificó de
sobresaliente

Madrid 16 de Setiembre de 1807

Al Presidente
A. San Martín

Don Tiburcio y San Juan Cipriano López

Manuel Rodríguez
y Ferrnández

Al Sr.
José Robina

