

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

TRATAMIENTO

DE LA

# SEPTICEMIA PUERPERAL

POR ENTEROCLISIS

MEMORIA DE PRUEBA

presentada para optar al grado de licenciado en la Facultad de Medicina i Farmacia  
de la Universidad de Chile

POR

NICOLAS PASSIG

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



SANTIAGO DE CHILE

IMPRENTA I ENCUADERNACION UNIVERSITARIA

DE S. A. GARCIA VALENZUELA

BANDERA 41

1904

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

TUCH  
MED  
1904  
P288T

# TRATAMIENTO

DE LA

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

# SEPTICEMIA PUERPERAL

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

## POR ENTEROCLISIS



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

MEMORIA DE PRUEBA



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

presentada para optar al grado de licenciado en la Facultad de Medicina i Farmacia  
de la Universidad de Chile

POR



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

NICOLAS PASSIG



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

SANTIAGO DE CHILE  
IMPRENTA I ENCUADERNACION UNIVERSITARIA  
DE S. A. GARCIA VALENZUELA

BANDERA 41

1904



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Santiago y Bandera, 41



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

## TRATAMIENTO DE LA SEPTICEMIA PUERPERAL



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

DEDICATORIA

A los doctores



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Alcibiades Vicencio i Guillermo Vélis



Museo Nacional de Medicina  
**El Autor.**  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



### TRATAMIENTO de la SEPTICEMIA PUERPERAL por ENTEROCLÍSIS

Para describir esta importante infección, he creído conveniente résumir en pocas palabras su historia i las diferentes hipótesis que sobre ella han reinado, continuando enseguida con los diferentes tratamientos que se han puesto en práctica hasta nuestros días i terminando con el que he estudiado en la Maternidad del Dr. A. VICENCIO.

*Historia:* No cabe duda alguna que la fiebre puerperal era conocida en los tiempos mas antiguos. HIPÓCRATES no la designa con los nombres usados modernamente, pero la ha descrito con caracteres tan precisos, que desde luego debemos admitir que la conocia. En sus escritos, encontramos dos teorías sobre la fiebre puerperal. Una de ellas es la retencion de flujo loquial i otra la acumulacion de sustancias biliosas en el intestino, a consecuencia de las alteraciones circulatorias ocasionadas por el embarazo. Segun la primera teoría se produce una inflamacion o espasmo de los vasos uterinos, quedando retenidas en la sangre sustancias tóxicas; en su virtud, el órgano primero enfermo es el útero i despues todos los demas órganos, desarrollándose, por último, una fiebre pútrida. Esta teoría dominó durante muchos años i hasta el siglo XVII como podemos ver por los escritos de HOFFMANN-1743-. Luego aparecieron





WILLIS i PUZOS quienes introdujeron la teoría de la metástasis  
actúa, según la cual la leche se esparce por los órganos mas  
diversos, pudiendo producirse distintas enfermedades.

La observacion de que algunos síntomas morbosos predomi-  
nan especialmente sobre los demas, dió lugar a que se considerara  
como causa principal de esta enfermedad ya a una, ya a otra  
afeccion inflamatoria. De este modo se formó la teoría inflama-  
toria, entre cuyos partidarios principales figura LUCAS J. BOER.  
Segun que eran infectados el útero, el peritoneo, los vasos lin-  
fáticos, se admitia como causa i esencia de la afeccion, ya  
la metritis, ya la peritonitis, ya la linfajitis, etc. En WHITE,  
1710, encontramos los primeros fundamentos en nuestras  
opiniones actuales. Observó este autor que esta afeccion se  
presenta principalmente en los casos de maternidad, i creia  
que las sustancias pútridas se producen en el mismo orga-  
nismo o que el aire llega a él cargado de sustancias pútridas,  
i ocasiona de este modo la enfermedad. GORDON, 1795, busca-  
ba su causa en una erisipela del peritoneo i AZANAM en una  
inflamacion erisipelatosa del útero i de los órganos inmedia-  
tos, opinion que aun se conserva en Inglaterra, en donde se  
mira como procesos idénticos la erisipela i la fiebre puerpe-  
ral. DEMMAM, de Lóndres, fué el primero que indicó la trans-  
mision de las púerperas afectadas a las sanas por intermedio  
del médico o matronas que tienen en tratamiento enfermas  
puerperales. Pero la contagiosidad de la fiebre puerperal no se  
consideró demostrada hasta el año 1830. En el primer tercio  
del siglo XIX, fué considerada como una fiebre pútrida (CRU-  
VEILHIER) i en adelante como una fiebre hospitalaria (SIMPSON)  
que se desarrolla por la acumulacion de parturientes en las  
casas de maternidad. EISSMAN, 1837, puso fin a las distintas  
ideas dominantes hasta entónces, estableciendo una teoría fun-  
dada, por lo ménos en parte, en una base anátomo-patológica.  
Admitia una infeccion procedente del exterior i que se verifi-  
caba a través de la superficie interna cruenta del útero, de allí  
la enfermedad se trasmitia a otros órganos. Buscaba la sustan-  
cia morbigena en un principio contagioso. La cuestion de la  
etiología de la fiebre puerperal entró en un nuevo período  
cuando SEMMELWEIS, 1847, indicó que la fiebre puerperal no es

sino una infeccion producida por el virus cadavérico. A SEM-  
MELWEIS corresponde el mérito de haber demostrado por pri-  
mera vez que se trata de un contagio fijo, estableciendo de este  
modo la base para nuestras ideas modernas. A pesar de haber  
comprendido exactamente el fondo de la cuestion, no tuvo  
partidarios i no fué verdaderamente apreciado hasta hace  
pocos años, como lo demuestran la manera agresiva con que  
sus colegas combatieron sus opiniones. Gradualmente la teoría  
del miasma fué cediendo su puesto a la transmisión directa de  
un principio infeccioso. Como precursor de nuestras ideas mo-  
dernas, debe considerarse a MEYERHOFFER que buscó el vehí-  
culo del virus en los vibriones que encontró en el flujo loquial.  
Tras de él aparecen los grandes jenios de PASTEUR, i por fin,  
DELORIS quienes la colocaron en su verdadero terreno de  
infeccion microbiana. Restaba solamente conocer cual era el  
agente de la infeccion, cuando WIDAL, despues de concienzudos  
trabajos, reconoció que el verdadero microbio de la infec-  
cion es el *streplococcus pyogenes*, aunque otros observadores  
han encontrado el *staphylococcus* i aun el *bacillus coli comunis*,  
mas en estos dos últimos casos la infeccion ha sido relativa-  
mente benigna. Queda pues sentado que la *septicemia puerpe-  
ral* es producida jeneralmente por el *streplococcus*, sin perjuicio  
que otras veces se presente el *staphylococcus*, el *colis bacillus*  
i aun el *bacillus de Pfeiffer* i por fin que pueden presentarse  
asociaciones microbianas.

Los puntos de entrada del principio infeccioso, son el con-  
ducto jenital vulnerado, los jenitales externos, la vagina i el  
útero despojado de su mucosa i especialmente la herida pla-  
centaria. Del exterior es llevado por las manos del médico o  
matrona. En otra época i aun en la actualidad, se distinguia de  
la infeccion procedente del exterior, una infeccion que se pro-  
duce por la descomposicion de sustancias orgánicas en el con-  
ducto jenital, como los coqueos, restos de membranas, coágulos sangui-  
neos, etc. En este sentido, no puede tener lugar la autoinfeccion,  
porque la infeccion sólo se produce por jérmenes pútridos  
procedentes del exterior, no produciéndose espontáneamente en  
el organismo jérmenes patójenos. La intensidad de la afeccion  
depende de la cantidad mas o ménos considerable de sustan





de origen estreptocócico i nó en los casos en que se encuentra asociado a otros bacilos que he mencionado. Como muchas veces no disponemos de los medios necesarios para comprobar si existe solo o asociado, no podemos tener gran confianza en su aplicacion:

3º. *Inyecciones de sérum salado a grandes dosis.* Estas pueden emplearse bajo dos formas: ya sea introduciendo directamente la solucion en el tejido celular subcutáneo o ya en el sistema venoso. En estas dos formas, tenemos que tomar en cuenta, cuál es el objeto deseado: si el objeto es producir una diuresis abundante, por insuficiencia urinaria, emplearemos el segundo; teniendo presente que este tratamiento no es del todo inofensivo, por cuanto, si el músculo cardíaco no cumple su tarea fisiológica, lo que cabe suponer en casos de infecciones agudas, se apresuraria su degeneracion por aumento de trabajo; si el riñon, por otra parte, funciona mal, no solo por causa de la afeccion mediata, sino por afecciones anteriores, que en muchos casos nos es difícil conocer i que solo se manifiestan por pequeños accidentes del mal de Bright, esta diuresis forzada tendrá que hacer resentir el órgano. En las afecciones pulmonares, principalmente en las crónicas, produce fuertes accesos de tos, lo que puede esponer a congestiones pulmonares pasivas, enfisema agudo, tanto mas cuanto que ya el corazon funciona mal i esponer a un aumento de presión en todo el sistema vascular. En todo caso, se debe abstener de inyectar grandes dosis de una sola vez (4 a 5 litros) (MICHAUD) i limitarse a introducir el liquido en diversas sesiones hasta llegar a 1,500 gramos maximum en las 24 horas.

Tomando en cuenta que la septicemia puerperal, no solo puede producirse por la herida uterina sino por cualquiera lesion de la vajina o de la vulva, no es extraño que al existir una lesion de estos órganos llegen a producirse, principalmente en las primiparas, rasgaduras que, por insignificantes que sean, dan lugar a la entrada de infecciones que en los primeros dias que sub-siguen al parto orijinan la alza térmica. Si toma-

mos en consideracion la importancia del canal jenital i su íntima relacion con los órganos contenidos en la pélvis, fácilmente nos damos cuenta de las diferentes localizaciones que puede afectar (endometritis, avaritis, salpinjitis, peritonitis, fig. alba dolens, etc.) El tratamiento variará pues segun la localizacion de la infeccion.

*Inyecciones intrauterinas.*—El sitio mayor para el parto, es la herida uterina la que dá origen a la septicemia, por lo tanto es a ella a la que debemos dedicar con preferencia nuestra atencion. La infeccion en estos casos puede producirse por mecanismos diversos: ya los jérmenes son llevados del exterior durante el parto o durante los cuidados del puerperio, o bien, es debida a la retencion de membranas o restos placentarios, que dan origen a fermentaciones, terreno apto al desarrollo de microorganismos i por consiguiente a la absorcion de ellos i de sus toxinas. De modo que haciendo la desinfeccion completa de este órgano a su debido tiempo, podríamos evitar que la infeccion, hasta aqui local, se haga jeneral. La irrigacion uterina simple es deficiente. Conviene las grandes irrigaciones con ayuda de la sonda de Rudin i en cantidad de 4 a 5 litros por sesion, agregando al agua esterilizada una de las soluciones siguientes: Azul de metileno 1×10 000. Acido salicilico 3 a 4<sup>o</sup>/<sub>o</sub>. Microcidina 1/1000. Permanganato de potasio 25 a 50 centig. por mil. Bicloruro de mercurio 1/5000. Lisol 5/1000. Acido fenico 2%. De todas estas soluciones desinfectantes parece que la que produce mejores resultados es la tintura de iodo al 2 a 3×1 000, por cuanto su accion no se limita solo a la mucosa, sino que siendo absorbido, hace, hasta cierto punto de vista, una desinfeccion jeneral sin ocasionar perturbaciones al organismo.

*Irrigaciones continuas.*—Las irrigaciones continuas son empleadas en dos casos diferentes, o bien como tratamiento profilactico, o bien como tratamiento curativo. Por ejemplo, una mujer cuyo feto ha muerto en la cavidad uterina, se la somete a la irrigacion continua durante 2 o 3 dias. Si no sobreviene ningun accidente febril, se suspende ésta. En otros casos, si la mujer está infectada, sufre decifalantia, ha tenido movi-





miento febril i el vientre está dolorido, se emplea la irrigacion lo mas temprano posible.

Este tratamiento es empleado por SCHÜKING, SCHRÖDER, i por LOCWENSTEIN en Alemania; ha producido buenos resultados en manos de SNEGUIREFF de Moscou, pero los que han contribuido a difundir este método en Francia han sido TARNIER i VARNIER.

Cuando se quiere someter una enferma a la irrigacion continua, se procede de la manera siguiente:

Sobre un catre, ya sea de fierro o madera, se estienden dos cascotes de colchones de manera que al unirse dejen un espacio de 20 centímetros. Estos son cubiertos con una tela impermeable de modo que sobresalga de los colchones en su parte media, es decir en el espacio libre dejado por estos, cuyas estremidades descienden a un receptáculo colocado bajo el catre, que tiene por objeto recibir el líquido que es espulsado. Dispuestos de este modo, puede permanecer la enferma en decúbito durante todo el tiempo que dure la irrigacion, sin encontrarse molesta. El aparato para la irrigacion continua se compone de los útiles siguientes: Un irrigador de vidrio o porcelana cuya capacidad sea de 10 a 15 litros, provisto de su tubo de goma, de una sonda uterina, ya sea de plata o estaño, i de un tornillo que debe ser colocado sobre el tubo de goma, que tiene por objeto regular la salida de líquido para inyectar. Estando la enferma en decúbito con las nalgas lijeramente sobresalientes del borde posterior del cojin anterior, se introduce la sonda, con toda precaucion, en la cavidad uterina.

A los anillos de que está provista la sonda en su estremidad libre, se unen dos huinchas, una en cada anillo, las que van a unirse a una faja hipogástrica fija. Esta union de la sonda con la faja hipogástrica, tiene la gran ventaja de permitir a la enferma movimientos lijeros, i en casos en que hai delirio, no esponer a la enferma a rupturas uterinas, como se citan casos, cuando se ha fijado la sonda ya sea al catre o al colchon. Se comienza la irrigacion con una solucion de sublimado al 1 por 5 000, esta irrigacion debe durar todo el tiempo que el líquido no salga limpio. En este momento, es reemplazado por una solucion de ácido fénico al 1 por 100, i debe

durar hasta el descenso de la temperatura a la cifra normal; dado el caso que en este intervalo la orina tome un color negruzco, se suspende esta solucion para reemplazarla por una nueva de ácido bórico.

Despues de esta pequeña operacion, pueden presentarse tres casos: 1.º La temperatura baja gradualmente hasta hacerse normal (curacion). 2.º La temperatura baja por debajo de la normal, pero el pulso se conserva frecuente: conviene continuar con la irrigacion. 3.º La temperatura permanece estacionaria o sube i el pulso queda mas frecuente. En este último caso hai que proceder al raspaje: Es conveniente hacer presente que la irrigacion dá lugar algunas veces, a accidentes que, aunque sin gravedad, se hace necesario conocerlos. De esta naturaleza son las convulsiones i el síncope, accidentes que desaparecen con cesar la irrigacion. PINEIDER es partidario de la irrigacion continua porque basta algunas veces para producir el descenso definitivo de la temperatura i porque es útil como tratamiento preparatorio del raspaje; en efecto, el calor frío despues de éste es tanto mas raro i la caída definitiva del pulso i la temperatura es tanto mas constante cuando la irrigacion continua ha precidido al raspaje.

*Raspaje.*—Operacion preconizada por DOLÈRIS en 1885. Fué empleada principalmente contra los accidentes post-abortivos; pero hoi su empleo tiende a jeneralizarse mas i mas en los partos patológicos.

*Manual operatorio.*—La enferma es colocada a traves de la cama, las nalgas abordando ésta, dos ayudantes flexionan i alejan los muslos de la enferma, tomando una de sus rodillas bajo la axila, para así tomar un punto de apoyo mas seguro sobre la operada i conservar la libertad de las manos.

El operador introduce dulcemente en la vajina dos dedos de su mano izquierda, hasta llegar al orificio uterino; los dedos deben quedar en esta posicion hasta terminar la operacion. Se desliza sobre estos dos dedos la pinza de Museux que toma sólidamente el borde anterior del cuello, i le tira lentamente hasta hacer descender el útero; pronto aparece el cuello en la vulva. Un ayudante toma la pinza, i la mantiene horizontalmente pero sin ejercer traccion en ella. Se introduce la son-

da de Tarnier en el orificio uterino i se practica una inyeccion, teniendo cuidado de medir la sonda ántes de retirarla. Retirada ésta, se introduce una cucharilla ancha i de bordes romos hasta el borde de la cavidad uterina i se raspa toda la cara anterior sin sacarla, hasta que se haya terminado el raspaje de esta cara i evacuado el producido. Despues se la vuelve a introducir para proceder de igual modo al raspaje de la cara posterior. Esto hecho, se reemplaza la ancha cucharilla por otra mas pequeña para raspar la mucosa al nivel de los cuernos, revisar el fondo i los bordes del útero. Cuando el instrumento no trae al exterior mas que coágulos, se procede entonces al raspaje del cuello. Terminado éste, se toma la sonda Tarnier i se hace una inyeccion para arrastrar todos los detritus del raspaje. Se introduce, en seguida, en la cavidad uterina, con una larga pinza, un pequeño tapon de algodón mojado en una solución fenicada al 5×100 i se pasea este tapon por toda la cavidad uterina, repitiendo esta operación por dos o tres veces. A continuación se introduce una tira delgada de gaza yodoformada (esta gaza está destinada a constituir un drenaje mas bien que un taponamiento) lentamente en la cavidad uterina hasta su fondo, hasta que se experimente una ligera dificultad en penetrar. El resto de la gaza es dejado en la vajina; una compresa de algodón es colocada sobre la vulva i la mujer es vuelta a colocar sobre su cama. A las 24 horas se saca la gaza yodoformada definitivamente i se coloca una segunda según la marcha de la temperatura. Este manual operatorio tiene la ventaja sobre los otros de que no hai necesidad de la anestesia clorofórmica. GRYNFELT practica el raspaje haciendo tomar a la enferma media hora ántes de la operación la pocion siguiente:

Rp.—Jarabe de morfina..... 40 gramos  
 Hidrato de cloral..... 2 »

Museo Nacional de Medicina  
 WWW.MUSEOMEDICINA.CL

La insensibilidad producida es suficiente aun en las mujeres nerviosas.

Museo Nacional de Medicina  
 WWW.MUSEOMEDICINA.CL

El raspaje debe ser hecho con cautela porque el músculo uterino no tiene la resistencia ni consistencia del útero no grávido.

¿En qué casos es preciso practicar el raspaje? Las opiniones respecto al tiempo que debe trascurrir desde la aparición, de los síntomas infecciosos hasta el momento de la operación son diverjentes. Algunos como TARNIER o RAGNON esperán el fin del 2.º o 3.º dia, cuando los lavados intrauterinos han sido infructuosos; otros, como PINARD, solo esperán 24 horas; sin embargo, no operan hasta el fin del 3.º dia del parto; i por fin, algunos son partidarios del raspaje precoz, desde el principio de los accidentes. PINARD i WALLIEK son de opinion que el momento de practicarlo, es la segunda elevacion de temperatura, cuando la primera no ha cedido a la inyeccion intrauterina; o cuando la temperatura se mantiene elevada, despues que se ha usado la irrigacion continua. Como contra-indicacion cree que la única es la data reciente del parto i aconsejan no practicar el raspaje ántes del fin del tercer dia.

Despues del raspaje pueden presentarse tres casos:

1.º Caída definitiva de la temperatura i del pulso; en tal caso se saca la gaza yodoformada a las 24 horas, se hace una inyeccion intrauterina e inyecciones vaginales cuando hai heridas al nivel de la vajina.

2.º La temperatura descende lenta pero progresivamente. En este caso se estrae la gaza a las 24 horas i se hace una inyeccion intrauterina cada 24 horas hasta que el pulso i la temperatura vuelvan a la normal. A esto se agregan tres inyecciones vaginales al dia.

3.º La temperatura asciende. Hai que hacer especial distincion: o bien, inmediatamente despues del raspaje hai simple ascension con o sin calofrio i despues una caída progresiva, o bien, una caída rápida i definitiva. Esta marcha parece corresponder a una inoculacion producida en el momento del raspaje. La conducta que se debe observar en este caso es igual a la de los dos anteriores.

Quando la temperatura sube progresivamente, es evidente que la infeccion continúa i puede continuar por dos razones: o bien, la mucosa ha sido atacada deficientemente; o bien, la in-

Museo Nacional de Medicina  
 WWW.MUSEOMEDICINA.CL



feccion se ha jeneralizado i la accion local es incapaz para atenuar los efectos de una infeccion que ha inundado todo el organismo. En el primer caso, es conveniente practicar un nuevo raspaje, por cuanto es mui posible que con el primero no se haya conseguido desembarazar la mucosa uterina de todos los productos sépticos que pueden haberla llenado, lo que puede conseguirse con el segundo. En el caso contrario hai que recurrir a otros procedimientos. Se ha empleado la irrigacion continua, pues se ha demostrado que por este medio la absorcion de los líquidos antisépticos ha podido detener los progresos de la infeccion i traer la curacion.

**Laparatomía.**—Recomendada por varios cirujanos en las inflamaciones peritoneales de orijen septicémico, otras tantas veces ejecutada con resultados problemáticos. Fué BOULLY, en Francia, quien primero la puso en práctica en enfermas afectadas de peritonitis puerperal jeneralizada con síntomas graves. Fué talvez el primero que obtuvo resultados positivos i, aunque sus primeras operaciones no fueron del todo coronadas por el éxito, sin embargo a él pertenece el honor de la iniciativa. En los 6 casos operados por BOULLY, de los cuales 2 en casos extremos, obtuvo 2 curaciones i 2 defunciones. TARNIER ha reunido 14 casos de *laparatomía* practicadas en periodo agudo, i ha encontrado 6 curaciones, cuyo resultado favorable cree es únicamente debido a la intervencion quirúrgica. Las conclusiones de TARNIER espresan que el aumento de volúmen del vientre, un dolor jeneralizado i sobre todo acusado en las fosas ilíacas i un estado jeneral grave, son indicaciones suficientes de la *laparatomía*.

**Histerectomía.**—Las primeras operaciones de ablacion del útero, algunos dias despues del parto, fueron practicadas nó para combatir la septicemia sino para estraer la placenta retenida en el útero, i que no podia ser estraída por las vias naturales. Sobre 3 casos de *histerectomía* practicadas, encontramos 3 curaciones. Despues de estos felices resultados, la operacion no se limitó a estos casos sino que indujo a practicarla en la *septicemia puerperal*. Numerosos cirujanos, entre los cuales BOULLY, GORLOBOROUGH i HANCK. (N. York) i SIPPEL (Berlin) han practicado *histerectomías* en casos de septicemia

mia puerperal, i sobre los 10 casos reunidos por ellos encontramos 8 curaciones.

WINTREBERG resume así las condiciones que deben reunirse para que se intervenga. 1.º Falta de infeccion sanguínea. 2.º Infeccion uterina. 3.º Infeccion limitada al útero i anexos i 4.º Ineficacia de los diversos tratamientos por las vias naturales. La *histerectomía*, dice WINTREBERG, corresponde en suma a las mismas indicaciones que el raspaje: ablacion de un foco de infeccion. Solamente aquí este foco es mas intenso, mas profundo, ha penetrado la fibra muscular i no es accesible a los antisépticos colocado en la cavidad uterina; no es solamente intramucoso; es parenquimatoso o mejor intramuscular; es el segundo grado de la infeccion puerperal. Las contraindicaciones que puede tener esta operacion son: la peritonitis i la infeccion jeneralizada.

Cuanto al procedimiento operatorio, es preferible la via abdominal en las infecciones que siguen al parto de término, a causa de la friabilidad de los tejidos i la dificultad del descenso del útero; la via vaginal se reserva a los casos de infecciones consecutivas a un aborto, sobretudo en los primeros meses de la preñez.

**Abcesos de fijacion.**—FOTIER puso en práctica, en el tratamiento de la septicemia puerperal, el método de los abcesos por fijacion, haciendo inyecciones subcutáneas con *esencia de trementina*, la que al poco tiempo producía una viva reaccion inflamatoria, que dejaba evolucionar sin abrirla. TARNIER ensayó este sistema en 2 casos sin conseguir en ellos resultado alguno. Mas feliz en sus esperiencias fué CHAMBROLOT quien sobre 7 casos en que usó este método, obtuvo en 4 de ellos una reaccion local i formacion consecutiva de abcesos con curacion, En los otros 3 casos no hubo reaccion, de estos 2 defunciones i 1 caso de manía puerperal, TARNIER i CHAMBROLOT han usado en lugar de trementina, soluciones concentradas de *clorhidrato de quinina*.

De los diferentes tratamientos que he pasado en revista nos podemos convencer fácilmente que ninguno de ellos es mas práctico que el que tengo el honor de someter a la considera-



cion de la comision, i que he puesto en práctica en la Maternidad del Dr. A. VICENCIO.

Ha sido muy recomendado en casos de afecciones sépticas las inyecciones subcutáneas de suero artificial o bien el reemplazar éstas por inyecciones rectales, pero como mas arriba he insistido sobre ellas no me volveré a ocupar. En casos de debilitamiento cardíaco pronunciado por sépsis, creo que se debe ser mas prudente en las hipodermoclisis i no introducir líquido en demasiada cantidad i excesiva rapidez, pues esto solo apresuraria el éxito letal. A pesar de que el tratamiento no dio buenos resultados, he creído que el fundamento que le sirve de base es racional i que solo debe modificarse el procedimiento. He pensado que debe confiarse al organismo, solo la cantidad de líquido que éste es capaz de absorber dado su estado, i al mismo tiempo la cantidad necesaria para que su eliminacion pueda tener lugar sin perjuicio para el organismo. Esto solo puede obtenerse por medio del canal instestinal, es decir, por el recto. Dar de beber al enfermo grandes cantidades de líquido, no es práctico a causa de la intolerancia gástrica i tambien a causa de que el estómago absorbe poco cuando hai una inflamación peritoneal que comienza. Las lavativas ordinarias no producen el resultado deseado porque dan orijen a tenesmo i aun a deposiciones, lo cual ocasiona molestias a la enferma.

Por causa de esto me decidí por las inyecciones de Egar. Un irrigador armado de su respectiva goma i cánula rectal, se introduce en el recto i se deja correr lentamente una solucion débil de cloruro de sodio. Inmediatamente que sobreviene tenesmo, se baja el irrigador, lo que da por consecuencia que una parte del líquido rectal refluya al irrigador. Las masas fecales existentes en el recto se deshacen paulatinamente i salen al exterior espulsadas con los gases. Cuando el líquido vuelve sucio es reemplazado por una cantidad limpia. Si se tiene la intencion de que el líquido sea absorbido, entónces la manobra debe continuarse prolongándola, observándose que la penetracion se hace lentamente i que es mayor la cantidad que penetra que la que vuelve a salir. En el intervalo, se producen tenesmo, o dolores de vientre; en este caso se baja inmediatamente el irrigador i en él refluyen masas fecales i gases, todo

lo cual produce bienestar a la enferma. Mientras existe en el intestino gran acumulacion de materias fecales la absorcion del líquido se hace lentamente, aumentando ésta a medida que aquéllas son espulsadas. La cantidad de líquido que absorbe el intestino varia de 500 a 1000 i a veces a 2000 gramos. Lo que comprueba esta absorcion es la sudacion intensa, la disminucion o cesacion completa de la sed, la humedad de las mucosas i el aumento de la secrecion de orina.

Vemos pues que con el lavado descrito se consigue lo que teóricamente se exige en casos de envenenamiento del organismo: descargar el intestino, aumentar la secrecion i escrecion del mismo, aumentar la secrecion urinaria i hacer mas abundante la secrecion del sudor.

De gran importancia es que el sistema vascular no reciba de una vez i rápidamente una sobrecarga, sino que el líquido sea absorbido en el intestino en cantidad proporcional a la capacidad del organismo, penetrando en el torrente circulatorio lentamente i por una via natural. Mientras mas debilitado se halla el corazon, mas lentamente i con menos brusquedad tiene lugar la absorcion del líquido, por la misma, mientras mejor trabaja éste, mayor es la cantidad que se absorbe. Por la fuerza no se puede introducir el líquido en los vasos a traves del canal intestinal.

La secrecion urinaria se hace abundante, se vuelve clara i en las 24 horas alcanza hasta 2 500 gramos, cuando ántes del tratamiento era oscura, sedimentosa i en cantidad que oscilaba de 400 a 500 gramos. La secrecion sudoral sigue una marcha paralela a la absorcion del líquido inyectado i se diferencia en mas de un punto de la comun; ella es una muestra del exceso de líquido que existe en el organismo. El tiempo que tarda en manifestarse varia entre 15 minutos i una hora o mas despues de haber comenzado la irrigacion; se diferencia del sudor ordinario en que no produce manifestaciones desagradables, como p. e. el colapso, ni aun cuando la temperatura descienda debajo de la normal. De que esta sudacion no produce ningun empobrecimiento de la cantidad de líquido del organismo; sino que es el exceso del absorbido el que se elimina, lo atestigua el hecho que durante la transpiracion no sobreviene ninguna sensacion



de debilidad o agotamiento i la enferma se siente bien. Este sudor no se puede comparar con el sudor crítico de las enfermedades infecciosas puesto que, cuando se interrumpe la irrigacion i con ella la secrecion sudoral, la temperatura vuelve a subir al principio con rapidez i despues mas lentamente.

Sin embargo, esta alza de temperatura nunca vá acompañada de calofríos como sucede con los antitérmicos artificiales, sino que ella se produce poco a poco a causa de que el líquido es eliminado tambien lentamente. El pulso durante la traspiracion no se empeora, se mantiene igual o se hace mas lleno i esta amplitud persiste aun despues de pasada la sudacion. El estado subjetivo de la paciente se mejora durante el lavado, el estupor se hace menor, el dolor de cabeza desaparece i si se consigue hacer descender completamente la temperatura, la enferma se siente mejor, con mas fuerzas, probablemente a causa de la replecion del sistema vascular.

No debe introducirse en poco tiempo gran cantidad de liquido, el descenso de éste debe ser lento, bajo una presion débil, para lo cual se alzará i bajará el irrigador de manera que refluya una parte de liquido introducido, reemplazando el agua sucia por otra limpia.

La solución de cloruro de sodio que se emplea es de 5 a 10 por 1000. Se tiene en la mano el poder prolongar a voluntad la secrecion sudoral. Esta no es peligrosa por cuanto el colapso no se produce.

Este procedimiento no es en realidad sino un lavado de los tejidos. El líquido del organismo es espulsado por el suero inyectado que lo empuja hácia los órganos de eliminacion i secrecion.

Sólo debo llamar la atencion a que este procedimiento demanda mucho tiempo i es un poco molesto, puesto que cada lavado dura una hora o mas, debiéndolo continuar hasta que principie a bajar la temperatura.

Algunas veces sucede que la temperatura no descende o que se eleva algunos décimos a pesar de una abundante transpiracion i haber continuado la irrigacion mas de 2 horas; en otros casos se suspende ésta i se observa que la temperatura

comienza a descender a las 2 o 3 horas despues, observándose que este descenso es mayor que cuando se interrumpe la irrigacion en el momento en que la temperatura principia a descender.

Estas consideraciones sobre los diferentes métodos de tratamiento usados en el momento actual en el tratamiento de la septicemia puerperal, nos muestra cuán difícil es poder formular para cada una de sus variedades un tratamiento específico. Es basándose sobre los principales síntomas locales i jenerales como se llegará a sentar las principales indicaciones del tratamiento.





Museo Nacional de Medicina CONCLUSIONES

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

El método que presento a la honorable comision me conduce a las conclusiones siguientes:

- 1.º En su aplicacion es el mas sencillo i mas práctico de los métodos hasta hoi en uso;
- 2.º Aplicado a tiempo, siempre produce buenos resultados;
- 3.º Jamas deja de producir gran alivio a la enferma;
- 4.º Su uso es absolutamente sin peligro para la enferma, por cuanto no tiene accion depresible sobre el corazon.

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

OBSERVACIONES

OBSERVACION N.º 1

N. N.—Soltera, de 18 años de edad. Nació i reside en Santiago. Ocupacion, cocinera. Entró el 20 de Mayo. Primipara. Accidentes del parto, nulos. Parto verificado en presentacion de vértice, feto vivo, el 21 de Mayo, a las 2 A. M. Antecedentes personales: Ha gozado de buena salud. Su primera menstruacion a los 13 años; se ha repetido sin interrupcion hasta principios de Agosto en que tuvo su última.

Enfermedad actual. Dos dias despues del parto, los loquios se hicieron fétidos i la temperatura principió a elevarse despues de un calofrío. El vientre estaba doloroso a la presion, principalmente en la fosa ilíaca izquierda. Hai náuseas, la lengua está saburral, la sed es viva i la anorexia completa. La orina escasa: 450 gramos en las 24 horas; es turbia; no hai albúmina. Estas eran las condiciones de la enferma cuando se empezó el tratamiento el 25 de Mayo, dos dias despues de aparecer los fenómenos que revelaban la infeccion. (No hai secrecion láctea.) La irrigacion se empezó a las 9 A. M. i el líquido fué inyectado lentamente, de modo que para hacer pasar por el intestino 34 litros se emplearon 2 horas. Los resultados obtenidos fueron los siguientes: La temperatura que era de 39º descendió a 38,5º. El pulso no esperimentó modificacion apreciable i se mantuvo a 110 por minuto. El intestino retuvo 2 litros del líquido inyectado. Una hora despues de la irrigacion, se presentaron sudores profusos, que no molestaron a la enferma ni ocasionaron fenómenos de colapso. La temperatura continuó descendiendo hasta llegar a 37,2º a las 4 P. M.

*Dia 26.*—La enferma se siente mejor, la cefalalja es ménos intensa. Sin embargo, la temperatura es mas elevada que el dia anterior, pues alcanza a 39,5º i el pulso mas frecuente, 124 por minuto. A las 2,30 P. M. se empezó la irrigacion i se hizo pasar por el intestino 32 litros en el espacio de 1 hora 45 minutos; el intestino retuvo 2 litros. Al terminar el lavado, la temperatura fué de 39º, es decir, habia bajado 3 décimos; el

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



pulso 120 por minuto. Una hora despues, se presentó la sudacion que duró hasta horas avanzadas de la noche. La orina en las 24 horas aumentó a 1 400 gramos.

*Dia 27.*—El estado jeneral es mejor que el dia anterior; la cefalalja ha desaparecido. La temperatura por la mañana se mantiene a 39,3°, por lo que hubo necesidad de hacer una nueva irrigacion. Esta dió principio a las 2,30 P. M. i duró 1 hora 45 minutos; en este intervalo, la cantidad inyectada fué de 30 litros. Como el dia anterior, hubo una absorcion de 2 litros. Durante este tiempo la temperatura bajó 3 décimos, siendo la temperatura mínima a las 8 P. M. de 38,5°. La sudacion fué mui lenta, en cambio la cantidad de orina alcanzó a 2000 gramos.

*Dia 28.*—La enferma se encuentra fatigada; no ha dormido durante toda la noche. La temperatura es mejor que los dias anteriores, pues hoi encontramos 40° con 130 pulsaciones i 30 respiraciones por minuto. En este estado determiné hacer una nueva enteroclisis a las 10 A. M. con una cantidad de 40 litros, es decir, hasta el momento de comenzar a producirse un descenso de temperatura, la que se efectuó a las 11,35, llegando a 39,7° con 120 pulsaciones i 28 respiraciones. La sudacion fué nula. Esta temperatura se mantuvo estacionaria hasta las 4 P. M., hora en que se practicó una irrigacion. Esta tuvo una duracion de 1 hora 15 minutos, siendo la cantidad de líquido inyectado 25 litros i la absorbida 1 000 gramos. La sudacion comenzó esta vez a los 30 minutos i la temperatura descendió a 38°. La cantidad de orina en las 24 horas fué de 1 200 gramos.

*Dia 29.*—El estado jeneral es mejor que el dia anterior. La sudacion ha durado la mayor parte de la noche; el sueño ha sido posible aunque por intervalos. A las 11 A. M. la enferma tiene temperatura de 38,3° con 104 pulsaciones i 22 respiraciones por minuto. A esta hora se practicó un lavado, durando éste una hora 30 minutos i en cuyo intervalo se inyectaron 32 litros, siendo la cantidad absorbida de 1 500 gramos. El descenso fué de 1,3°. La sudacion comenzó a los 20 minutos de comenzar la irrigacion. La cantidad de orina en las 24 horas fué de 1 200 gramos.

*Dia 30.*—La enferma se encuentra bien; el sueño ha sido tranquilo; no siente malestar alguno; sin embargo, la temperatura es mayor que el dia anterior. A las 10,45 el termómetro marcaba una temperatura de 39,5°. Fué menester comenzar con una irrigacion, la que duró 45 minutos. En este intervalo se inyectaron 35 litros, siendo la cantidad absorbida de 1 000 gramos. La temperatura mínima fué de 38°, correspondiendo a 90 pulsaciones i 20 respiraciones por minuto. La sudacion tuvo lugar a los 20 minutos de comenzada la irrigacion. La cantidad de orina en las 24 horas fué de 1 200 gramos.

*Dia 31.*—El estado jeneral es igual al dia anterior. La temperatura a las 10 A. M. es de 38,5° con 104 pulsaciones i 20 respiraciones por minuto. El pulso es débil i pequeño. Se hizo una irrigacion que duró 45 minutos. En este intervalo se inyectaron 23 litros i la absorcion durante este tiempo fué de 1 500 gramos. El pulso que antes de la irrigacion era débil i pequeño, comenzó a hacerse lleno durante ésta i persistió hasta terminar. La sudacion comenzó a los 20 minutos despues de terminar el lavado; la temperatura descendió a 37° con 90 pulsaciones i 18 respiraciones.

*Dia 1.º de Junio.*—La enferma se queja de malestar. Durante la noche no le ha sido posible dormir. Como en el dia 28, en que noté este accidente, sin causa motivada se presentó una elevacion de temperatura, fuera del insomnio, i se encuentra a la enferma con 39° a las 8 A. M., siendo que el dia anterior el descenso llegó a 37°.

A esta elevacion de temperatura corresponden 110 pulsaciones i 20 respiraciones por minuto. El pulso es lleno i amplio. A las 2 P. M. determiné hacerle una irrigacion cuya duracion fué de 1 hora, siendo la cantidad de líquido inyectado de 20 litros i la absorbida de 1 500 gramos. La sudacion apareció 2 horas despues.

La orina fué de 1 500 gramos en las 24 horas. Aparece la secrecion lactea.

*Dia 2.*—El insomnio ha continuado i la temperatura es mas elevada que el dia anterior: 40° con 110 plusaciones i 30 respiraciones. A las 10 h. 30 m. se hizo un lavado en el cual se necesitaron 23 litros para hacer descender 1 grado la tempe



ratura con un intervalo de 1 h. 30 m. En este espacio, hubo una absorcion de 1000 gramos.

*Dia 3.*—La enferma continúa con malestar, el insomnio persiste. La temperatura a las 9 h. 30 m. era de 39° con 115 pulsaciones i 20 respiraciones p. m. A esta hora se hizo una irrigacion de 20 litros siendo el líquido absorbido de 500 gramos; la temperatura descendió 5 décimas. En el intervalo de la irrigacion se produjeron lijeros calofríos, lo que me obligó a suspender ésta; sin embargo el pulso no se empeoró, por el contrario fué mejor que ántes. No se produjo sudacion. A las 12 P. M., la temperatura comienza nuevamente a ascender para llegar a las 2 h. 30 m. a 39,5°, el pulso es pequeño. En este estado practiqué una nueva enteroclisis la que duró 1 h. 20 m., siendo el líquido inyectado 25 litros i el absorbido 1 000 gramos.

La sudacion se manifestó a los 20 minutos de comenzar la irrigacion. El pulso es amplio i la temperatura descendió a 37° con 80 pulsaciones i 18 respiraciones por minuto. La orina fué en las 24 horas de 2 000 gramos.

*Dia 4.*—La enferma ha dormido tranquila, su estado jeneral no deja nada que desear. La temperatura a las 10 A. M. era de 38,5° con 100 pulsaciones i 20 respiraciones por minuto. Se practicó un lavado de 20 litros cuya duracion fué de 1 h. 30 m.; en este intervalo la cantidad de líquido absorbido fué de 1 500 gramos.

*Dia 5.*—La enferma se encuentra bien: no tiene molestia. Su temperatura a las 10 A. M. es de 36,5° con 80 pulsaciones i 18 respiraciones. A las 4 P. M., temperatura de 37° con 100 pulsaciones i 20 respiraciones.

La cantidad de orina fué en las 24 horas de 1 200 gramos.

*Dia 6.*—No hai modificacion en el estado jeneral. La enferma sigue bien.

*Dia 7.*—No hai modificacion. La enferma puede dejar la cama. Temperatura por la mañana 37,3°. Temperatura por la tarde 36,5°.

*Dia 8.*—Temperatura de la mañana 36°, id. tarde 36°.

*Dia 9.*—Temperatura de la mañana 36°, id. tarde 36°.

*Dia 11.*—Temperatura de la mañana 36°, id. tarde 36°.

*Dia 11.*—Temperatura de la mañana 36°, id. tarde 36°.

*Dia 12.*—La enferma ha continuado con las mismas temperaturas que los dias anteriores, su estado jeneral es completamente satisfactorio i solicita retirarse. Ha permanecido en tratamiento durante 11 dias; durante este tiempo se practicarón 13 enteroclisis.



*Celia Santana.* Soltera. 18 años. Nació i reside en Santiago. Ocupacion cocinera. Entró el 20 de Mayo.

Primípara. *Compromisos del parto:* nulos.—Parto verificado en presentacion de vértice, feto vivo; no hubo desgarradura del periné.

*Antecedentes.*—Ha gozado de buena salud. 1.ª regla a los 13 años, última a principios de Agosto.

Desde el 2.º dia del parto tiene calofríos en la tarde. El vientre está doloroso a la presion principalmente el parametrio izquierdo; tiene náuseas; la lengua está blanquizca, i hai anorexia completa, la sed es viva. Al dia subsiguiente del parto, se presentaron loquios fétidos i la temperatura hasta aquí de 36,5°, principia a elevarse. Falta la secrecion láctea.

Orina escasa, turbia; oxila entre 400 a 500 gramos en las 24 horas.

En este estado principié con el tratamiento por enteroclisis el dia 25 de Mayo, 4 dias despues del parto.

*25 de Mayo.*—Temperatura ántes de la irrigacion 39°; pulso, 100; respiracion 22.

Temperatura despues de la irrigacion 38,5°; pulso, 100; respiracion, 22.

Temperatura mínima, 37,2°; pulso 90; respiracion, 22.

Hora de la irrigacion 9.30 A. M.; duracion de la irrigacion, 2 horas.

Cantidad de líquido inyectado; 34 litros; id. espulsado, 32; id. absorbido, 2.

*26 de Mayo.*—Temperatura ántes de la irrigacion, 39°3; pulso, 135, respiracion, 20.





Temperatura despues de la irrigacion, 39°; pulso, 120; respiracion, 20.

Temperatura mínima, 38,5°; pulso, 100; respiracion, 18.

Hora de la irrigacion, 2.30 P. M.; duracion, 1 hora 45 minutos.

Cantidad de liquido inyectado, 32 litros; id. espulsado, 30; absorbido, 2.

27 de Mayo:—Temperatura antes de la irrigacion, 39,3°; pulso, 124; respiracion, 20.

Temperatura despues de la irrigacion, 39°, pulso, 120; respiracion, 18.

Temperatura mínima, 38,5°; pulso, 100; respiracion, 18.

Cantidad de liquido inyectado, 30 litros; id. espulsado, 28; absorbido, 2.

Dia 28.—Temperatura antes de la irrigacion, 40,2°; pulso, 130; respiracion, 30.

Temperatura despues de la irrigacion, 39,7°; pulso, 120; respiracion, 28.

Temperatura mínima, 39; pulso, 110; respiracion, 28.

Hora de la irrigacion, 10 A. M.; duracion, 1,35 horas.

Cantidad de liquido inyectado, 40 litros; id. espulsado, 39; id. absorbido, 1; sudacion, nula.

Cantidad de orina del 27 al 28. (24 h). 1 200 gramos.

Temperatura antes de una nueva irrigacion, 39,7°; pulso, 126; respiracion, 22.

Temperatura despues de la irrigacion, 38,0°; pulso, 120; respiracion, 22.

Temperatura mínima, 38; pulso, 120; respiracion, 22.

Hora de la irrigacion, 4 P. M.; duracion, 1,15 h.

Cantidad de liquido inyectado, 25 litros; id. espulsado, 24; id. absorbido, 1.

Dia 29.—Temperatura antes de la irrigacion, 38,3°; pulso, 104; respiracion, 22.

Temperatura despues de la irrigacion, 38,5°; pulso, 104; respiracion, 25.

Temperatura mínima, 37°; pulso, 90; respiracion, 20.

Hora de la irrigacion, 11 A. M.; duracion, 1,30 h.

Cantidad de liquido inyectado, 32½ litros; id. espulsado, 30½; id. absorbido, 1,500 gramos; orina.

Dia 30.—Temperatura antes de la irrigacion, 39,5°; pulso, 100; respiracion, 20.

Temperatura despues de la irrigacion, 39; pulso, 100; respiracion, 20.

Temperatura mínima, 38; pulso, 90; respiracion, 20.

Hora de la irrigacion, 10½ A. M.; duracion, 45 minutos.

Cantidad de liquido inyectado, 35 litros; id. espulsado, 34; id. absorbido, 1.

Dia 31.—Temperatura antes de la irrigacion, 38,5°; pulso, 105; respiracion, 20.

Temperatura despues de la irrigacion, 37; pulso, 90; respiracion, 18.

Temperatura mínima, 37; pulso, 90; respiracion, 18.

Hora de la irrigacion, 10.45 A. M.; duracion, 45 minutos.

Cantidad de liquido inyectado, 23 litros; id. espulsado, 25½; id. absorbido, 1 500 gramos.

Junio 1.º.—Temperatura antes de la irrigacion, 39°; pulso, 110; respiracion, 20.

Temperatura despues de la irrigacion, 38,5°; pulso, 110; respiracion, 20.

Temperatura mínima, 38,3; pulso, 90; respiracion, 18.

Hora de la irrigacion, 2 P. M.; duracion, 1 hora.

Cantidad de liquido inyectado, 20 litros; id. espulsado, 18½; id. absorbido, 1 500.

Dia 2.—Temperatura antes de la irrigacion, 40°; pulso, 115; respiracion, 30.

Temperatura despues de la irrigacion, 39,5; pulso, 110; respiracion, 30.

Temperatura mínima, 39; pulso, 95; respiracion, 28.

Hora de la irrigacion, 10,30 A. M.; duracion, 1,30 h.

Cantidad de liquido inyectado, 23 litros; id. espulsado, 22; id. absorbido, 1.

Dia 3.—Temperatura antes de la irrigacion, 39°; pulso, 115; respiracion, 20.

Temperatura despues de la irrigacion, 38,5; pulso, 100; respiracion, 20.



Temperatura mínima, ...; pulso, 100; respiracion, 20.

Hora de la irrigacion, 9,30 A. M.; duracion, 1 hora.

Cantidad de liquido inyectado, 20 litros; id. espulsado, 19½; id. absorbido, 500 gramos.

Temperatura antes de la irrigacion, 39,5°; pulso, 100; respiracion, 20.

Temperatura despues de la irrigacion, 38; pulso, 100; respiracion, 20.

Temperatura mínima, 37; pulso, 80; respiracion, 18.

Hora de la irrigacion, 10,30 A. M.; duracion, 1 hora 20 minutos.

Liquido inyectado, 25 litros; id. espulsado, 24; id. absorbido, 1.

Dia 4.—Temperatura antes de la irrigacion, 38,5°; pulso, 100; respiracion, 20.

Temperatura despues de la irrigacion, 37,8°; pulso, 100; respiracion, 20.

Temperatura mínima, 37,5°; pulso, 90; respiracion, 18.

Hora de la irrigacion, 10 A. M.; duracion, 1 hora 30 minutos.

Liquido inyectado, 30 litros; id. espulsado, 28 500 gramos; absorbido, 1 500.

Dia 5.—Temperatura (mañana), 36,5°; pulso, 80; respiracion, 18.

Temperatura (tarde), 37°; pulso, 100; respiracion, 20; orina, 1 200 gramos.

Dia 6.—Temperatura (mañana), 36,5°; pulso, 100; respiracion, 20.

Temperatura (tarde), 37,5°; pulso, 120; respiracion, 20.

Dia 7.—La enferma sigue bien.

Temperatura (mañana), 37,3; pulso, 115; respiracion, 20.

Temperatura (tarde), 36,5°; pulso, 90; respiracion, 18.

Dia 8.—Sigue bien.

Temperatura (mañana), 36°; pulso, 90; respiracion, 19.

Temperatura (tarde), 36°; pulso, 75; respiracion, 18.

Dia 9.—Temperatura (mañana), 36°; pulso, 75; respiracion, 18.

Temperatura (tarde), 36°; pulso, 75; respiracion: 18.

Dia 10.—Temperatura (mañana), 36°; pulso, 75; respiracion, 18.

Temperatura (tarde), 36°; pulso 15; respiracion, 18.

Dia 11.—La enferma sigue durante 4 dias con la misma temperatura. Su estado no deja que desear i pide su alta el 15 de Junio, habiendo permanecido en tratamiento durante 11 dias; en este tiempo se hicieron 15 irrigaciones.

OSERVACION N.º 2

Laura Lagos de Silva.—Casada, 35 años de edad. Ocupacion, labores del sexo. Nació en Valparaiso; reside en Santiago.

Antecedentes hereditarios, sin importancia.

Antecedentes personales i enfermedad actual: Hace 4 años tuvo reumatismo, motivo por el cual tuvo que estar durante tres meses en cama. A los dos meses despues de salir del Hospital, comenzó a sentir dolores de garganta, tuvo fiebre, calofrios. Los alimentos, tanto sólidos como líquidos, eran de difícil deglucion i en parte reflujaban por la boca. A los 7 dias de comenzar esta afeccion, supuracion de la amígdala derecha.

Despues del reumatismo no ha vuelto a recobrar la salud anterior; sufre cefalaljas, principalmente nocturnas; hai lijeros dolores óseos, igualmente nocturnos. Ha tenido lijera alopecia.

La enferma tiene los ganglios suboccipitales, epitrocleares e inguinales infartados. Su primera menstruacion fué a los 13 años; las reglas duraban 5 a 6 dias. Ha tenido tres abortos, cuya edad ha sido: el primero cuatro meses, el segundo tres meses i el último seis meses. Su última menstruacion tuvo lugar en la primera quincena de Agosto. Durante el embarazo no ha tenido accidente alguno. Su último parto fué el 27 de Mayo a la 1,30 P. M.

La enferma llega a la Maternidad mui fatigada, ha tenido dolores espulsivos durante toda la noche anterior sin conseguir la espulsion del feto. Tenia fiebre 37,5°. El vientre está aumentando enormemente de volúmen, hai timpanismo. Hubo necesidad de operarla. El feto se encuentra en presentacion de nalgas, está macerado. Al ser estraída la cabeza, hubo una verdadera irrupcion de gases fétidos i la salida de una



gran cantidad de líquido de coloración amarillo-verdosa, de olor nauseabundo. La placenta debió ser extraída por quedar el útero en relajación completa. Estaba desprendida i mace- rada. Se prescribió como tratamiento grandes irrigaciones con una solución de *permanganato de potasio*.

*Día 29.*— La enferma se siente mal, el vientre es doloroso en jeneral, no soporta la menor presión, el timpanismo continúa. Hai gran derrame de líquido fético por la vagina i pesa de continuar con grandes lavados uterinos. El útero se conser- va relajado, su fondo llega a la línea umbilical. La reten- ción de orina es completa. Durante la noche anterior ha teni- do calofríos, la lengua está seca i la sed es viva. La temperatura es de 39,5°, con pulso pequeño 110 i 25 respiraciones. La orina que se extrae es rojiza, deja un sedimento amarilloso, la cantidad es de 600 gramos. Hai prolapsus de la mucosa rectal. En estas malas condiciones, se dió principio al tratamiento a que hago referencia. Comenzando a las 2 P. M., se introdujo len- tamente la cantidad de 10 litros, en el intervalo de una hora; en este tiempo hubo una absorción de 1 000 gramos. Después de la irrigación la enferma se encuentra mejor, i la temperatura que al comenzar era de 39,5° descendió al termi- nar ésta a 38° con pulso lleno de 90 pulsaciones i 18 respiracio- nes, para llegar a las 4 P. M. a 37° con 80 pulsaciones i 18 respiraciones. La sudación comenzó media hora después de la irrigación; al principio lenta, fué haciéndose mas abundante hasta hacerse copiosa 3 horas después. Se mantuvo toda la noche.

*Día 30.*— La enferma se encuentra mejor. La sensibilidad del vientre i el timpanismo son menores. El derrame vaginal no es tan intenso, El útero se mantiene siempre relajado por lo que se le han practicado como el día anterior inyecciones de ergotina. La retención de orina persiste, i se le han extraído 1 400 gramos en diferentes sesiones. A las 11 A. M. se practi- có una *enteroclisís* cuya duración fué de 1h. 15m., haciéndose pasar por el intestino en este intervalo la cantidad de 23 litros; hubo una absorción de 1 200 gramos. La sudación principió a los 20 minutos de comenzar. La temperatura que antes de la

irrigación era de 39,5° bajó a 38 al terminar i llegó a 37° a las 4 P. M.

*Día 31.*—El vientre está mas dolorido que el día anterior. Los loquios han cesado de ser fétidos pero aun se mantiene el derrame vaginal. La retención de orina persiste como igual- mente la relajación uterina. La temperatura a las 11h. 45m. era de 38° con 100 pulsaciones i 24 respiraciones. Se hizo un lavado, el que fué de muy corta duración a causa de la intole- rancia absoluta del intestino: no tolera mas de 200 gramos i aun así es violentamente espulsado al exterior, de modo que durante los 15 minutos solo se inyectaron 7 litros, de los cuales no hubo absorción; sin embargo, la temperatura descendió a 37° con 90 pulsaciones i 20 respiraciones i la transpiración fué abundante a las 2 horas después. La cantidad de orina extraí- da fué de 1 000 gramos.

*Junio 1.º*—La enferma se encuentra mejor, la sensibilidad del vientre ha disminuido i la retención de orina ha cesado; sin embargo la mixión es dolorosa sobre todo al fin. El útero comienza a descender, su fondo se encuentra a 6 centímetros por debajo del ombligo. A las 2 P. M. se practicó una irriga- ción cuya duración fué de 1 hora; en este intervalo se introdu- jeron por el intestino 13 litros i hubo una absorción de 1 000 gramos. El intestino esta vez es mas tolerante.

*Día 2.*—La enferma está notablemente mejor, la sensibilidad del vientre ha cesado, la dificultad de la mixión persiste como el día anterior, el fondo del útero se mantiene al nivel del púbis. A las 11 A. M. se hizo un lavado, cuya duración fué de 1 hora; en este intervalo se introdujeron 13 litros, siendo el líqui- do absorbido de 1 000 gramos. Hubo un ligero descenso térmi- co de 37,2 a 37°. La cantidad de orina en las 24 horas fué de 1 000 gramos.

*Día 3.*—El estado jeneral es bueno. La temperatura a las 10 A. M. era de 37,5° con 110 pulsaciones i 20 respiraciones. Se practicó una *enteroclisís* de duración 20 minutos i con una cantidad de 7 litros. No hubo absorción. La temperatura des- cendió 5 décimas. La cantidad de orina en las 24 horas fué de 1 000 gramos.

*Día 4.*—La enferma está bien. No hai sensibilidad alguna

del vientre, se puede hacer presion sin que la enferma se sienta molesta. La mixion es normal i el útero está bien retraido. La temperatura a las 11h. 30 A. M. es de 37° con 90 pulsaciones i 20 respiraciones. A las 4 P. M. hai un descenso de 8 décimas. Orina, 100 gramos.

*Dia 5.*—No hai cambio en el estado satisfactorio de la enferma. Temperatura, 36,5°. Orina, 2000 gramos.

*Dia 6.*— El estado de la enferma es igual al dia anterior.

*Dia 7.*—Hai lijera sensibilidad del vientre en la fosa iliaca derecha. Por lo demas no hai cambio alguno en el estado jeneral de la enferma. Sin embargo, en la tarde sube bruscamen-

te la temperatura de 36,6° a las 10 A. M. a 38° a las 4 P. M.

*Dia 8.*—La sensibilidad en la fosa iliaca derecha se ha hecho mas intensa i se estiende al colon ascendente. La enferma se encuentra fatigada. A las 10 A. M. tiene 38,3° con 110 pulsaciones i 20 respiraciones; determiné hacer una nueva enterocclisis, creyendo mui posible una recrudescencia de la sépsis ya estinguida, irrigacion que duró una hora, inyectándose en este intervalo 25 litros, de cuya cantidad se absorbieron 500

gramos. La temperatura descendió solamente 3 décimas i a la hora despues comenzo a ascender para alcanzar a las 3 P. M.

39°, con 120 pulsaciones i 25 respiraciones. A las 3h. 15m. se practicó una irrigacion cuya duracion fué de 1h. 15m., inyectándose en este tiempo 20 litros; hubo una absorcion de 1000

gramos. La temperatura descendió 5 décimas. No hubo sudacion. La orina en las 24 horas fué de 800 gramos,

*Dia 9.*—La enferma ha pasado mala noche. La sensibilidad del vientre es jeneral, la enferma no puede hacer el menor movimiento; todo es causa de sufrimientos, A las 10 A. M. se practicó una irrigacion cuya duracion fué de 1h. 15m. inyectándose 16 litros. La temperatura descendió al final de ésta 5

décimas, para alcanzar a las 4 P. M. igual temperatura a la mañana, 38,3°. No hubo sudacion. La cantidad de orina fué de 1 200. Se le colocó una vejiga de hielo sobre el abdómen.

*Dia 10.*—La enferma ha continuado toda la noche mal. La sensibilidad del vientre persiste; hai timpanismo. El pulso es débil, tiene náuseas. A las 2 P. M. presenta una temperatura de 38,5° con 125 pulsaciones i 22 respiraciones. A pesar del mal



estado de la enferma, determiné practicar una nueva enterocclisis, a la hora indicada. Esta irrigacion fué mui lenta puesto que para introducir 12 litros de líquido fué necesario 1 hora; en este intervalo solo se absorbió 500 gramos. La enferma se resiste tenazmente a que se continúe la irrigacion a causa de los agudos dolores intestinales que le ocasiona. La temperatura descendió 5 décimas. A las 6 P. M. los dolores intestinales se hacen mas violentos, sobreviene pujo i la necesidad de evacuar. Al efectuarse la evacuacion, la enferma siente algo que se desprende del intestino, i el alivio fué casi instantaneo. Al examinar las deposiciones encontré 6 coprolitos del tamaño de una nuez cada uno.

*Dia 11.*—La enferma se siente bien, solo hai una lijera sensibilidad en la fosa iliaca derecha; no hai timpanismo, el pulso es lleno i regular. La temperatura a las 8 A. M. era de 37,2° con 110 pulsaciones i 22 respiraciones. A las 4 P. M. 36,5°, con 110 pulsaciones i 20 respiraciones.

*Dia 12.*—La enferma está perfectamente, no hai dolor alguno. A las 9h. 30 A. M. la temperatura es de 36,5°, a las 4 P. M. de 36,5°.

*Dia 13.*—No hai modificacion alguna en el estado satisfactorio de la enferma. (Se levanta).

*Dia 18.*—Durante los dias 14, 15, 16, i 17 la enferma ha seguido sin alteracion. Hoi se retira del servicio, su estado jeneral es excelente.

ANEXO A LA OBSERVACION N.º 2.

Laura Lagos de Silva.—Parto, 27 de Mayo, 1h. 30m. P. M.

*Dia 27.*—37,5°—37°; pulso, 90—85; respiracion, 18—18.

*Dia 28.*—38°—37°; pulso, 100—90; respiracion, 20—18.

*Dia 29.*—39,5°—39,5°; pulso, 110—110; respiracion, 25 - 25.

*Dia 29.*—Temperatura antes de la irrigacion, 39,5°; pulso, 100; respiracion, 25.

Temperatura despues de la irrigacion, 38°; pulso, 90; respiracion, 18.

Temperatura mínima, 37°; pulso, 80; respiracion. 18.





Líquido inyectado, 10 litros; id. espulsado, 9; id. absorbido, 1 000 gramos.

Hora de la irrigacion, 2 P. M; duracion, 1 hora.

*Dia 30.*—Temperatura antes de la irrigacion, 39,5°; pulso, 100; respiracion, 20.

Temperatura despues de la irrigacion, 38°; pulso, 90; respiracion, 22.

Temperatura mínima, 37°; pulso, 90; respiracion, 20.

Líquido inyectado, 23 litros; id. espulsado, 21 800; id. absorbido, 1.200.

Hora de la irrigacion, 11 A. M; duracion, 1h. 15m.

*Dia 31.*—Temperatura antes de la irrigacion, 38°; pulso, 100; respiracion, 24.

Temperatura despues de la irrigacion, 37°; pulso, 90; respiracion, 20.

Temperatura mínima, 37°; pulso, 90; respiracion, 20.

Líquido inyectado, 7 litros; id. espulsado, 7; id. absorbido, 0.

Hora de la irrigacion, 11h. 45m; duracion, 15m.

*Junio 1°.*—Temperatura antes de la irrigacion, 37,2°; pulso, 80; respiracion, 18.

Temperatura despues de la irrigacion, 37°; pulso, 80; respiracion, 18.

Temperatura mínima, 38°; pulso, 90; respiracion, 20.

Líquido inyectado, 13 litros; id. espulsado, 12; id. absorbido, 1 000 gramos.

Hora de la irrigacion, 2 P. M; duracion, 1 hora.

*Dia 2.*—Temperatura antes de la irrigacion, 37,2°; pulso, 85; respiracion, 18.

Temperatura despues de la irrigacion, 37°; pulso, 80; respiracion, 18.

Temperatura mínima, 37°; pulso, 80; respiracion, 18.

Líquido inyectado, 13 litros; id. espulsado, 12; id. absorbido, 1 000 gramos.

Hora de la irrigacion, 3h. 30m; duracion, 1 hora.

*Dia 3.*—Temperatura antes de la irrigacion, 37,5°; pulso, 90; respiracion, 20.

Temperatura despues de la irrigacion, 37,5°; pulso, 112; respiracion, 22.

Temperatura mínima, 37°; pulso, 100; respiracion, 20.

Líquido inyectado, 7 litros; id. espulsado, 7; id. absorbido, 0.

Hora de la irrigacion, 11 A. M; duracion, 20 minutos.

*Dia 4.*—Temperatura (mañana) 37°; pulso, 90; respiracion, 20.

Temperatura (tarde), 36,2°; pulso, 80; respiracion, 18.

*Dia 5.*—Temperatura (mañana) 36,5°; pulso, 90; respiracion, 20.

Temperatura (tarde) 37,8°; pulso, 100; respiracion, 22.

*Dia 6.*—Temperatura (mañana) 36,2°; pulso, 106; respiracion, 18.

Temperatura (tarde) 38°; pulso, 110; respiracion, 22.

*Dia 7.*—Temperatura (mañana) 36,5°; pulso, 100; respiracion, 20.

Temperatura (tarde) 38°; pulso, 110; respiracion, 20.

*Dia 8.*—Temperatura antes de la irrigacion, 38,3°; pulso, 110; respiracion, 20.

Temperatura despues de la irrigacion, 38°; pulso, 120; respiracion, 22.

Temperatura mínima, 38°; pulso, 120; respiracion, 20.

Líquido inyectado, 25 litros; id. espulsado, 24 500; id. absorbido, 500 gramos.

Duracion de la irrigacion, 1 hora. Hora, 10 A. M.

Temperatura antes de la irrigacion, 39°; pulso, 130; respiracion, 35.

Temperatura despues de la irrigacion, 38,5°; pulso, 120; respiracion, 25

Temperatura mínima, 38°; pulso, 120; respiracion, 25.

Líquido inyectado, 20 litros; id. espulsado, 19; id. absorbido, 1 000 gramos.

Hora de la irrigacion, 3h. 15m. P. M; duracion, 1h. 15m.

*Dia 9.*—Temperatura antes de la irrigacion, 38,3°; pulso, 112; respiracion, 12.

Temperatura despues de la irrigacion, 37,8°; pulso, 110; respiracion, 22.

Temperatura mínima, 38,3; pulso, 110; respiracion, 22.

Líquido inyectado, 16 litros; id. espulsado, 16; id. absorbido, 0.

Hora de la irrigacion, 10 A. M; duracion, 1h. 15m.



*Día 10.*—Temperatura ántes de la irrigacion, 38,5°; pulso, 125; respiracion, 23.

Temperatura despues de la irrigacion, 38°; pulso; 125; respiracion, 25.

Temperatura mínima, 38°; pulso, 120; respiracion, 22.

Líquido inyectado, 12 litros; id. espulsado, 11 500; id. absorbido, 500 gramos.

Hora de la irrigacion, 2 P. M.; duracion, 1 hora.

*Día 11.*—Temperatura (mañana) 36,5°; pulso, 100; respiracion, 22.

Temperatura (tarde) 36,5°; pulso, 110; respiracion, 20.

*Día 12.*—Temperatura (mañana) 36,5°; pulso, 100; respiracion, 18.

Temperatura (tarde) 36,5°; pulso, 100; respiracion, 18.

*Día 13.*—Temperatura (mañana) 37°; pulso, 100; respiracion, 18.

Temperatura (tarde) 36,5°; pulso, 90; respiracion, 18.

*Día 14.*—Temperatura (mañana) 37,5°; pulso, 95; respiracion, 22.

Temperatura (tarde) 37,5°; pulso, 95; respiracion, 20.

*Día 15.*—Temperatura (mañana) 36,5°; pulso, 90; respiracion, 20.

Temperatura (tarde) 37°; pulso, 90; respiracion, 22.

*Día 16.*—Temperatura (mañana) 36,5°; pulso, 90; respiracion, 18.

Temperatura (tarde) 36,5°; pulso, 90; respiracion, 20.

*Día 17.*—Temperatura (mañana) 36,5°; pulso, 90; respiracion, 18.

Temperatura (tarde) 36,5°; pulso, 90; respiracion, 18.

*Día 18.*—Alta.

OBSERVACION N.º 3

*Tomasa Flores:* casada; 20 años de edad; ocupacion, labores de mano; nació en Curicó.

*Antecedentes hereditarios:*—Sus padres viven i son sanos.

*Antecedentes personales.*— Ha gozado siempre de mui buena salud. La primera menstruacion tuvo lugar a los 15 años;

las reglas eran regulares, duraban 4 a 5 dias. Ha tenido tres partos, todos sin accidentes. Su última menstruacion fué a fines de Agosto. Durante el embarazo no ha notado nada de anormal. Su último parto fué el 28 de Mayo a las 4h. A. M. La enferma llega a la Maternidad con gran *hemorragia*, la que hace cinco dias se repite a pequeños intervalos. El estado jeneral es grave; tiene calofríos continuos, la transpiracion es abundante, la voz es apenas perceptible, hai náuseas, zumbidos de oídos, i vértigos. El cuerpo en jeneral está enfriado. En estas malas condiciones tuvo lugar el parto, en presentacion de vértice. El feto estaba en un estado avanzado de putrefaccion; en análogas condiciones se encontraba la placenta. Despues del parto hubo una nueva hemorragia, la que pronto cedió; pero las condiciones de la enferma eran tan malas i el corazon trabajaba con tanta dificultad que fué menester hacer una inyeccion de cafeína i 200 gramos de sérum artificial. A las 2 P. M. del mismo dia, el pulso no era perceptible sobre la radial; habian 130 contracciones cardíacas, se practicó una nueva hipodermoclisis con 250 gramos de sérum. A las 3 P. M. el pulso se hizo perceptible sobre la radial, las contracciones cardíacas son mas fuertes i mas separadas (110 por minuto). La enferma está mui fatigada, sufre tan violenta cefalalja que no puede dar dato alguno sobre su estado. Desde el dia de la llegada al servicio, la temperatura fué ascendiendo paulatinamente hasta llegar a 38°, dia en que empecé con el tratamiento. La cefalalja i sensibilidad del vientre ha seguido una marcha paralela a la temperatura.

*Junio 2.*—La enferma está mui fatigada, el dolor jeneralizado del vientre es excesivo, la cefalalja es continua, el sueño no es posible. En este estado practiqué a las 3 P. M. una *enterocclisis* e inyecté en el intervalo de 1h. 30m. la cantidad de 15 litros, absorbiendo el intestino en este tiempo 1 500 gramos. La temperatura, que ántes de la irrigacion era de 37,9° con 80 pulsaciones i 22 respiraciones por minuto, al terminar era de 37° con 80 pulsaciones i 18 respiraciones. El pulso se hizo mas lleno i la sed ménos viva. A la hora despues de comenzar la irrigacion, comenzó la sudacion continuando todo el resto del dia i la mayor parte de la noche.



*Dia 3.*—La cefalalja ha disminuido, la sensibilidad del vientre es menor i tiende a limitarse en la fosa iliaca izquierda. El pulso es mas lleno que el dia anterior, la sed menos ardiente. A las 2 P. M. se practicó un lavado cuya cantidad fué de 25 litros, absorbiéndose por el intestino, en el intervalo de 1h. 30m., la cantidad de 1 000 gramos. La sudacion comenzó a los 25 minutos de comenzar el lavado. La cantidad de orina en las 24 horas fué de 1 800 gramos.

*Dia 4.*—La enferma se encuentra mejor que el dia anterior la cefalalja ha cesado, la sensibilidad del vientre está perfectamente localizada en la fosa iliaca izquierda. La temperatura por la mañana es de 36,5° con 75 pulsaciones i 20 respiraciones. En la tarde es igual al dia anterior, hai aumento de temperatura, que llega a las 4 P. M. a 38,2° con 110 pulsaciones i 25 respiraciones.

*Dia 5.*—La enferma se encuentra bien, la sensibilidad en la fosa iliaca es menor. Temperatura, 37°. En la tarde hai un aumento de 5 décimas.

*Dias 6, 7 i 8.*—La enferma durante estos tres dias se encuentra bien, sólo le molesta en los esfuerzos un pequeño dolor en la fosa iliaca; quiere dejar la cama. Como se puede ver por la marcha de la temperatura, durante estos últimos dias, hai un aumento en las tardes que por lo ménos excede de 5 décimas, i como no encuentro en el organismo motivos fundados para explicarme esta alternativa de temperatura, creí poderse tratar de sépsis latente i en esta virtud determiné hacer el dia 9 una nueva *enteroclistis*, la que se llevó a cabo a las 11h. 20m., con duracion de 1 hora, inyectándose en este intervalo 20 litros i absorbiéndose 1 500 gramos. La temperatura aumentó de 36° a 37°. El pulso se mantuvo tan lleno como ántes de la irrigacion. No hubo aumento sensible (85 a 90).

*Dia 10.*—La enferma se encuentra bien, no hai sensibilidad alguna en el vientre. La temperatura a las 9 A. M. es de 36° con 80 pulsaciones i 18 respiraciones. A las 4 P. M. no hai modificacion, ni en la temperatura ni en la respiracion i pulso. (Se levanta).

*Dia 11.*—No hai modificacion alguna en la enferma. Se encuentra bien, no hai molestia alguna. Temperatura en la ma-

ñana, 36° con 80 pulsaciones i 18 respiraciones; en la tarde, 36° con 80 pulsaciones i 18 respiraciones.

*Dia 12.*—Sigue igual al dia anterior con igual temperatura.

*Dia 13.*—La enferma se retira del servicio. Su estado satisfactorio no deja nada que desear.

ANEXO A LA OBSERVACION N.º 3.

Tomasa Flores: parto 28 de Mayo a las 4 A M.

*Dia 28.*—36°—36,3°; pulso, 75—75; respiracion, 18—18.

*Dia 29.*—36,5°—37,2°; pulso, 85—85; respiracion, 20—20.

*Dia 30.*—36,5°—38°; pulso, 80—95; respiracion, 20—24.

*Dia 31.*—37,2°—38°; pulso, 80—90; respiracion, 22—22.

*Junio 1.º*—37,2°—38°; pulso, 75—90; respiracion, 20—22.

*Dia 2.*—Temperatura ántes de la irrigacion, 37,9°; pulso, 80; respiracion, 22.

Temperatura despues de la irrigacion, 37,5°; pulso, 80; respiracion, 22.

Temperatura mínima, 37°; pulso, 80; respiracion, 20.

Líquido inyectado, 15 litros; id. espulsado, 13 500 gramos; id. absorbido, 1 500 gramos.

Hora de la irrigacion, 3 P. M; duracion, 1h. 25m.

*Dia 3.*—Temperatura ántes de la irrigacion, 37,2°; pulso, 72; respiracion, 18.

Temperatura despues de la irrigacion, 36,5°; pulso, 70; respiracion, 18.

Temperatura mínima, 38,2°; pulso, 120; respiracion, 22.

Líquido inyectado, 25 litros; id. espulsado, 24; id. absorbido, 1.

Hora de la irrigacion, 2 P. M; duracion, 1h. 30m.

*Dia 4.*—Temperatura (mañana), 36,5°; pulso, 75; respiracion, 20.

Temperatura (tarde), 38,2°; pulso, 110; respiracion, 25.

*Dia 5.*—Temperatura (mañana, 37°; pulso, 80; respiracion, 20.

Temperatura (tarde), 37,5°; pulso, 100; respiracion, 22.

*Dia 6.*—Temperatura (mañana), 36,2°; pulso, 75; respiracion, 18.



Temperatura (tarde), 37°; pulso, 100; respiracion, 20.

*Dia 7.*—Temperatura (mañana), 37°; pulso, 90; respiracion, 20.

Temperatura (tarde), 37,5°; pulso, 100; respiracion, 20.

*Dia 8.*—Temperatura (mañana), 36,5°; pulso, 90; respiracion, 20.

Temperatura (tarde), 37,2°; pulso, 100; respiracion, 22.

*Dia 9.*—Temperatura antes de la irrigacion, 36°; pulso, 75; respiracion, 18.

Temperatura despues de la irrigacion.—36,5°; pulso, 80; respiracion, 20.

Temperatura minima, 37°; pulso, 100; respiracion, 20.

Líquido inyectado, 20 litros; id. espulsado, 18,500; id. absorbido, 1,500 gramos.

Hora de irrigacion, 11.20 A. M.; duracion, 1 hora.

*Dia 10.*—Temperatura (mañana), 36°; pulso, 80; respiracion, 18.

Temperatura (tarde), 36°; pulso, 80; respiracion, 20.

*Dia 11.*—Temperatura (mañana), 36°; pulso, 80; respiracion, 18.

Temperatura (tarde), 36°; pulso, 80; respiracion, 20.

*Dia 12.*—Temperatura (mañana), 36°; pulso, 70; respiracion, 18.

Temperatura (tarde), 36°; pulso, 80; respiracion, 18.

*Dia 13.*—Salió de alta.

OBSERVACION NÚM. 4

*Juana R. Roman*, casada, de 20 años de edad, nació i reside en Santiago. Ocupacion, labores del sexo.

*Antecedentes hereditarios.*—Sin importancia.

*Antecedentes personales i enfermedad actual.*—No recuerda haber sido enferma. Su primera menstruacion fué a los 15 años, sus reglas duraban 4 a 5 dias. Su última tuvo lugar en la segunda quincena del mes de Setiembre. Ha tenido dos partos, han sido normales, i no hubo accidente alguno despues de ellos.

El último parto tuvo lugar el 11 de Junio a las 4 A. M. i fué normal; feto vivo en presentacion de vértice. No hubo accidentes en el parto.

*Dia 14.*—Durante los primeros dias la enferma se encontró bien, no hai fiebre (36,5°) ni síntoma alguno de infeccion, pero la tarde del tercer dia principió a sentir lijeros calofríos, que se prolongaron durante el resto de la tarde; comenzo a sentir una sensacion de calor en la vagina i el derrame hasta aquí normal, se hizo abundante i fétido. La temperatura de la mañana fué de 36,5° con 80 pulsaciones i 20 respiraciones, subió a las 3 P. M. a 39° con 110 pulsaciones, éstas fueron débiles, i 25 respiraciones. La lengua es seca i la sed viva. La secrecion láctea, que el dia anterior fué abundante, hoi dia es escasa. La orina de las 24 horas es de 400 gramos.

*Dia 15.*—El 15 de Junio, a las 4 P. M., en vista de que las condiciones de la enferma fueron las mismas que el dia anterior i que no cedieron a pesar de habérsele administrado calomel seguido de su evacuante, i que la temperatura se mantuvo a 38,5° desde la mañana, determiné hacer una enterocolisis, inyectando en el intervalo de 1 hora la cantidad de 12 litros, absorbiéndose en este tiempo 500 gramos. La sudacion comenzo 20 minutos despues de comenzada la irrigacion. La sed, que ántes era ardiente, ha cesado casi por completo. La temperatura, que ántes de la irrigacion era de 38,5°, descendió al terminar ésta a 37,3°. El pulso se hizo ménos frecuente i mas lleno.

*Dia 16.*—La enferma se encuentra mejor que el dia anterior. La sudacion ha durado toda la noche. La cantidad de orina en las 24 horas fué de 1 200 gramos. La temperatura a las 9 A. M. era de 37,2° con 80 pulsaciones i 20 respiraciones. En la tarde subió a 37,8° con 95 pulsaciones i 22 respiraciones. La lengua permanece seca.

*Dia 17.*—La enferma ha pasado mala noche, ha tenido insomnio, hai lijera cefalalja i los loquios continúan fétidos. La palpacion sobre el vientre no revela punto doloroso alguno. La temperatura era a las 10 A. M. de 39° con 110 pulsaciones i 25 respiraciones. En este estado determiné hacer una segunda irrigacion a las 10 A. M., irrigacion que duró hora i media,





haciendo pasar en este intervalo por el intestino la cantidad de 25 litros, i absorbiéndose en este tiempo 1 000 gramos. El resultado de esta enteroclasia fué el siguiente: La cefalalja desapareció por completo, la enferma se sintió bien, la temperatura descendió 5 décimos. La sudacion, a los 15 minutos de comenzar, era copiosa. La cantidad de orina en las 24 horas fué de 800 gramos.

*Día 18.*—La enferma se encuentra bien, ha dormido tranquila i su estado jeneral es bueno. Ha cesado la fetidez de los loquios. A las 10,30 A. M. la temperatura era de 37,9° con 100 pulsaciones i 24 respiraciones. A esta hora practiqué una tercera enteroclasia, cuya duracion fué de 1 hora 20 minutos; en este intervalo se inyectaron 17 litros; la cantidad absorbida fué de 1 000 gramos. La temperatura, que ántes de la irrigacion era de 37,9°, alcanzó al final de ésta a 38,5° i el máximo a las 3.30 P. M. fué de 39,9° con 120 pulsaciones i 30 respiraciones. La sudacion comenzó a las 4 P. M. i fué abundante. La cantidad de orina en las 24 horas fué de 1 000 gramos.

*Día 19.*—La enferma se encuentra bien, no sufre absolutamente. La temperatura a las 10 A. M. era de 36,6° con 90 pulsaciones i 24 respiraciones. La cantidad de orina en las 24 horas fué de 1 500 gramos.

*Día 20.*—La enferma sigue bien. La temperatura a las 10 A. M. era de 36° con 80 pulsaciones i 18 respiraciones. En la tarde, a las 4 P. M., la temperatura permanece estacionaria. La cantidad de orina fué de 800 gramos.

*Día 21.*—No hai alteracion en el estado jeneral de la enferma.

*Día 22.*—La enferma se retira del servicio en las mejores condiciones.

ANEXO A LA OBSERVACION NÚM. 4

Juana R. Roman: Parto el dia 11 a las 4 A. M.

*Día 11.*—36°—36°; pulso, 72—74; respiracion, 19—20.

*Día 12.*—36—36,3°; pulso, 74—78; respiracion, 19—20.

*Día 13.*—36—36,3°; pulso, 74—70; respiracion, 19—20.

*Día 14.*—36,5—39°; pulso, 80—110; respiracion, 20—25.

*Día 15.*—Temperatura ántes de la irrigacion, 38,5°; pulso, 100; respiracion, 24.

Temperatura despues de la irrigacion, 37,3°; pulso, 100; respiracion, 24.

Temperatura mínima, 37,3°; pulso, 90; respiracion, 20.

Líquido inyectado, 12 litros; id. espulsado, 11,000; id. absorbido, 500 gramos.

Hora de la irrigacion, a las 4 P. M.; duracion, 1 hora.

*Día 16.*—Temperatura (mañana), 37,2°; pulso, 80; respiracion, 20.

Temperatura (tarde), 37,8°; pulso, 95; respiracion, 22.

*Día 17.*—Temperatura ántes de la irrigacion, 39°; pulso, 110; respiracion, 25.

Temperatura despues de la irrigacion, 38,5°; pulso, 110; respiracion, 22.

Temperatura mínima, 38,5°; pulso, 100; respiracion, 20.

Líquido inyectado, 25 litros; id. espulsado, 24; id. absorbido, 1.

Hora de la irrigacion, 10 A. M.; duracion, hora i media.

*Día 18.*—Temperatura ántes de la irrigacion, 37,9°; pulso, 100; respiracion, 24.

Temperatura despues de la irrigacion, 38,5°; pulso, 100; respiracion, 26.

Temperatura mínima, 39,9°; pulso, 120; respiracion, 30.

Líquido inyectado, 17 litros; id. espulsado, 16; id. absorbido, 1.

Hora de la irrigacion, 10.35 A. M.; duracion, hora i media.

*Día 19.*—Temperatura (mañana), 36,6°; pulso, 90; respiracion, 24.

Temperatura (tarde), 37,4°; pulso, 90; respiracion, 20.

*Día 20.*—Temperatura (mañana), 36°; pulso, 80; respiracion, 18.

Temperatura (tarde), 36,5°; pulso, 90; respiracion, 18.

*Día 21.*—Temperatura (mañana), 36°; pulso, 80; respiracion, 18.

Temperatura (tarde), 36°; pulso, 80; respiracion, 18.

*Día 22.*—La enferma solicita el alta. Su estado no deja nada que desear.