

sas movimientos, aunque mucho se teme que no logre recobrar su funcionamiento fisiológico.

Muy disculpable le parece al exponente el error del médico de Tampico, porque cuando vió á la enferma, habían transcurrido tres días, estaba muy hinchado el codo y además, no tuvo á su mano el gran recurso de la radiografía, para ratificar ó rectificar su diagnóstico.

2.º Secretario.  
A. CHACÓN.

## CLINICA INTERNA

\* **Fiebre de reabsorción, fiebre de fermentación, ó fiebre aséptica; su importancia. Necesidad que tiene tanto el Cirujano como el Partero de conocerla. Parto en el que esta fiebre se presentó al detenerse las contracciones uterinas.**

Entre las diversas formas clínicas de la septicemia tenemos la fiebre llamada de reabsorción, ó de fermentación por Bergmann, ó fiebre aséptica por Wolkmann. Esta fiebre es producida por la absorción de los productos de los tejidos mortificados que permanecen asépticos. Esta fiebre, que como he dicho, es la más simple y la más inofensiva de todas las complicaciones de las heridas, se presenta con frecuencia en cirugía, poco después de haberse producido una lesión ó de haberse practicado una operación por la absorción de

substancias asépticas privadas de vida, que tienen una acción pirogena. Diversas substancias inertes asépticas cuando se inyectan en la sangre producen una elevación de temperatura: Bergmann ha producido esta reacción después de una inyección intravenosa de sal común; Freeze la ha visto después de haber practicado la transfusión de la sangre de animales sanos y Bergmann, Billroth y otros prácticos la han visto después de una inyección intravenosa de una cantidad abundante de agua de pozo común. El mismo efecto se produce haciendo una inyección intravenosa de agua que tenga en suspensión finas partículas de trigo ó de carbón finamente pulverizado. Wolkmann y Genzmer han visto producirse esta elevación de temperatura en enfermos poco después de que habían sido operados y cuando la herida operatoria estaba completamente aséptica y de aquí que llamaran á esta forma de fiebre: fiebre aséptica. Estos autores atribuyen la fiebre á la penetración en la sangre de los productos de los tejidos mortificados. Bergmann ideó el nombre de fiebre de fermentación fundándose en la teoría de que la fiebre es producida por la presencia de la sangre del fermento de la fibrina. Augerer y Edelberg demostraron experimentalmente que esta fiebre se presenta después de la transfusión, si la sangre transfundida contiene el fermento de la fibrina. La aparición de la fiebre después de la introducción de substancias extrañas asépticas en la circulación, puede solamente ser explicada suponiendo que estas substancias destruyen los glóbulos rojos y blancos de la sangre y que de esta manera se genera el fermento fibrinoso, que es la causa de la fiebre.

He querido entrar en estos pormenores sobre la patogenia de esta fiebre, citando á los autores que la han producido y la han visto desarrollarse para apoyar lo que más adelante voy á asentar sobre el desarrollo de esta fiebre, no solamente en las operaciones quirúrgicas que se practican sino en los partos cuando por cualquiera causa se detienen las contracciones uterinas cesando por consiguiente los dolores, (entuetos) y no siendo expulsada la sangre contenida en la matriz por falta de estas contracciones, se hace su reabsorción. Paso ahora á ocuparme, aunque sea brevemente, de la sintomatología de esta fiebre, así como de su diagnóstico.

Cuando al practicar una operación, ó al cu

\* *Formas clínicas de septicemia.*—Una descripción clínica de la septicemia no puede darse sin hacer una subdivisión de la enfermedad sobre una base etiológica. Desde la publicación de las investigaciones de Gaspard es absolutamente necesario hacer una distinción entre la intoxicación séptica y la infección séptica. Se entiende por intoxicación séptica aquella forma de septicemia que es causada por la absorción, desde un foco local, de un fermento ó los productos de la putrefacción, mientras que el término infección séptica está limitado para aquellos casos en los que los micro-organismos sépticos penetran en la circulación, no solamente manifiestan sus propiedades patógenas en la sangre, sino que conservan su capacidad de reproducción en la circulación y en los órganos distantes. *La intoxicación séptica es causada por la absorción de un fermento ó toxina preformada, que produce su resultado máximo tan pronto como llega á la circulación, y los síntomas se cubren con la suspensión de elementos tóxicos y la eliminación de las substancias sépticas de la circulación. La infección séptica por el contrario se presenta á consecuencia de la introducción en la circulación de micro-organismos videntes que se multiplican con gran rapidez en la sangre, circunstancia que da á esta forma de septicemia su carácter progresivo. La intoxicación séptica es causada bien por la absorción del fermento de la fibrina, ó de los productos de las bacterias de la putrefacción.*

rar una herida accidental se han empleado los agentes antisépticos en soluciones concentradas y éstas han quedado en la herida por algún tiempo, producen con frecuencia la mortificación de las superficies cruentas, penetrando estos tejidos mortificados en la circulación de la sangre y dando lugar á la fiebre llamada de reabsorción. Esta misma fiebre se desarrolla cuando después de suturado un muñón la secreción de la herida, que no se ha canalizado, se detiene y produce una tensión grande en el muñón, favoreciendo la penetración de los tejidos, que han sufrido la necrosis por coagulación en la circulación sanguínea. La misma fiebre se desarrolla cuando quedan coágulos sanguíneos en la herida y en obstetricia cuando se suspenden después del parto las contracciones uterinas, haciéndose la reabsorción de esta sangre y penetrando el fermento de la fibrina á la circulación sanguínea. Como no siempre se desarrolla esta fiebre cuando hay extravasaciones sanguíneas, es muy probable que la falta de esta fiebre sea debida bien á que no se produce el fermento de la fibrina, ó bien á que debido á ciertas condiciones locales éstas impiden la absorción de este fermento. Senn dice: que por lo que él ha observado está convencido de que la cantidad de sangre extravasada no está en relación ni con la aparición de esta fiebre, ni con su frecuencia ó intensidad. Que una corta cantidad de sangre extravasada, bajo una alta presión, es más frecuentemente la causa de la fermentación, que un gran coágulo sanguíneo que esté en un lugar menos favorable para la absorción del fermento de la fibrina.

La fiebre de fermentación aparece generalmente á las pocas horas de haberse producido la lesión, ó de haberse practicado la operación y no es precedida ó acompañada por los calosfríos. La temperatura muy pronto alcanza su máximo que varía entre 100 y 104 grados Fahrenheit manteniéndose á esta altura para caer á la normal después del primero ó del tercer día de su aparición. El pulso está aumentado en frecuencia en relación con el grado de la fiebre; el sensorio permanece intacto; el apetito apenas está disminuido y ninguno de los síntomas subjetivos está en proporción con la intensidad de la fiebre. Los enfermos con una alta temperatura se sienten tan bien que si sus lesiones se los permitiesen insistirían en andar y en ocuparse de sus negocios á pesar

del consejo en contrario del cirujano que los asiste. Los rasgos más importantes del diagnóstico de la fiebre de fermentación son: su rápida aparición después de una lesión, ó de una operación quirúrgica y su desaparición después de uno á tres días. Como las otras formas de la septicemia que dan lugar á la fiebre aparecen ordinariamente cuando ha terminado su marcha la fiebre de fermentación, el diagnóstico diferencial no presenta grandes dificultades.

Lo que acabo de exponer sobre esta fiebre está de acuerdo con lo expuesto por Senn en su obra titulada "Principles of Surgery" y aun cuando en lo general todo lo que este autor asienta es positivo, sin embargo, yo he observado á la cabecera de los enfermos algo que se refiere á la patogenia y á la marcha de esta fiebre que no señala Senn, estando enteramente conforme con la fisonomía clínica que caracteriza esta fiebre y que este autor ha trazado de una manera tan magistral.

Nos dice Senn que por lo que él ha observado la cantidad de sangre extravasada no tiene relación ninguna con el desarrollo, la frecuencia, ni con la intensidad de esta fiebre. Yo por el contrario, tratándose sobre todo de los partos he visto que cuando se suspenden las contracciones uterinas por cualquiera causa impidiendo que la sangre sea expulsada y sobre todo cuando el parto se ha acompañado de una pérdida de sangre mayor que la ordinaria, como en el caso que voy á referir, no solamente la fiebre es de más larga duración sino que su grado varía, elevándose ó abatiéndose la temperatura según la mayor ó menor cantidad del fermento de la fibrina que penetra en la circulación sanguínea, cantidad de fermento que está en relación con la cantidad de sangre contenida en la cavidad uterina y que es reabsorbida.

A pesar de que esta fiebre puede tener una duración de más de tres días y de que varía en su intensidad, esto no altera en nada la apariencia benigna que presenta y que se traduce por el estado general del paciente que es muy satisfactorio: sin que esta fiebre sea jamás precedida ó acompañada de calosfríos. Debo manifestar que en los casos en los que he visto esta fiebre de reabsorción durar algunos días, como en el caso que voy á referir, las variaciones de temperatura han sido notables y si bien es cierto que la temperatura se eleva

hasta 40° centígrados, también lo es que esta alta temperatura dura poco para disminuir y aun caer en la normal en veinticuatro horas. ahora bien: todos sabemos que el peligro de la fiebre que dura algunos días consiste no en que la temperatura se eleve á 40° ó un poco más, sino en que se sostenga esta alta temperatura, pues bien en la fiebre de reabsorción jamás se sostiene esta alta temperatura que se presenta muy á menudo pero que pronto baja sin que jamás, repito, sea precedida ó acompañada de calosfríos.

Decía yo que la fiebre de reabsorción se presenta bien en las lesiones accidentales ó bien en las lesiones que produce el cirujano con un fin terapéutico; conociendo el práctico la patogenia de esta fiebre puede sin dificultad evitarla cuidando por una parte al practicar la antisepsia de no hacer uso de agentes muy activos y si los usa debe ser en soluciones débiles para evitar la mortificación de los tejidos, aun cuando esta mortificación se limite á una capa de las superficies cruentas de muy poco espesor, pues la absorción de los productos de estos tejidos mortificados traen esta fiebre. Lo mismo sucede si no se restaña bien la sangre, y no se quitan todos los coágulos antes de practicar las suturas, pues la reabsorción de los coágulos que se han dejado en la herida dan lugar á esta fiebre. Por último, en las heridas profundas y sinuosas en las que á pesar de las más rigurosas prácticas de antisepsia es muy difícil conseguir la reunión por primera intención se deberá, ó curar á fondo como se practicaba con frecuencia antes de que la antisepsia hubiera sido aplicada en cirugía, ó si se intenta obtener una reunión por primera intención se deberá canalizar la herida, para que la secreción de ésta pueda salir con facilidad, pues cuando no se ha canalizado la herida, su secreción extiende los tejidos produciendo una tensión grande que favorece la reabsorción de estos líquidos y da lugar á la aparición de esta fiebre; por lo mismo, conociendo el cirujano la patogenia de la fiebre de reabsorción procurará evitar su desarrollo, evitando las causas que la producen.

Desde que he estudiado esta forma benigna de la intoxicación séptica á la cabecera de los enfermos me ha venido la idea de que la llamada fiebre traumática que se presentaba y aun se presenta con tanta frecuencia no solamente después de las operaciones, pero aun después

de lesiones insignificantes no es sino esta fiebre de reabsorción producida tanto por los agentes antisépticos cuando son muy enérgicos y se dejan en la herida como por las otras causas que he señalado y la mejor prueba de esta opinión es la aparición tan rápida de esta fiebre después de causada la lesión accidental ú operatoria, su benignidad, su marcha en lo general de corta duración, su terminación favorable y la ninguna influencia de cualquier tratamiento, pues la llamada fiebre traumática desaparece espontáneamente por sólo los esfuerzos del organismo, sin que el cirujano tenga necesidad de interrumpir la reunión por primera intención que ha intentado, quitando las suturas como necesariamente tiene que hacerse cuando se trata de alguna forma de infección. Como he dicho antes, la fiebre de reabsorción es la manifestación de la variedad clínica más benigna de la intoxicación séptica; esta variedad de intoxicación no impide la reunión por primera intención, pues bien sean los tejidos mortificados, ó bien la sangre coagulada, son reabsorbidos sin dar lugar á la supuración por no haber infección, encontrándose las lesiones accidentales ú operatorias sin gérmenes patógenos. Todos sabemos que en la infección séptica, se encuentran en la herida ó en la circulación sanguínea los gérmenes de la supuración ó sus toxinas, mientras que en la intoxicación séptica no existen estos gérmenes, siendo los productos de la putrefacción de los tejidos mortificados los que penetran á la circulación sanguínea y producen esta fiebre que Bergmann ha llamado la reabsorción, y Wolkman le ha dado el nombre de fiebre aséptica.

Decía yo que no solamente el cirujano, sino el partero estaba obligado á conocer esta fiebre por presentarse con frecuencia después de los partos aun en los normales, presentando en estos casos la misma benignidad, siguiendo la misma marcha y terminando felizmente, después de una duración de uno á tres días, por los únicos esfuerzos del organismo.

Así como decía que la llamada fiebre traumática en cirugía no era sino la fiebre de reabsorción, así creo poder decir que en obstetricia la fiebre que se ha llamado y aun se llama fiebre de leche, porque coincide con la aparición de la leche en las glándulas mamarias, no es sino la misma fiebre de reabsorción caracterizada como todos sabemos por su marcha en lo general

de corta duración, su benignidad, y su terminación siempre feliz por los únicos esfuerzos del organismo, sin que influya en esta fiebre medicación alguna.

Aun cuando la fiebre de reabsorción tanto en cirugía como en obstetricia presenta la marcha rápida de que he hablado, sin embargo después de los partos en los que se detienen las contracciones uterinas y por consiguiente los dolores (entruetos) se observa que esta fiebre dura más tiempo y aun cuando se eleva á 40° jamás pierde su carácter benigno sin que se acompañe de calosfríos, encontrándose la parturienta en un estado satisfactorio y terminando siempre esta fiebre de una manera favorable. En comprobación de lo dicho, voy á referir un caso, á mi juicio bien interesante, en el que después de un parto laborioso, se presentó la fiebre de reabsorción. El día 10 de julio del año próximo pasado atendí en su segundo parto á la señora X., joven de 26 años, de buena constitución. Esta joven había tenido hacía un año su primer parto que fué normal, salvo una fiebre que se presentó después del trabajo como consecuencia de una obstrucción intestinal, producida por una retención de materias fecales debida á la parésia de las fibras musculares del intestino. Esta obstrucción pudo ser diagnosticada desde que apareció la fiebre, combatiéndose con éxito la retención.

Habiendo sido fisiológico su primer parto, supuse que el segundo no presentaría el menor accidente, y así se lo manifesté á las personas de la familia. El día 9 de Julio desde por la mañana comenzaron algunos dolores ligeros que desde luego me hicieron suponer que eran los dolores que anunciaban el trabajo, pues para esta fecha, aproximadamente, se esperaba tuviera lugar el parto. Los dolores ligeros y retardados durante el día, comenzaron á aumentar de intensidad y en frecuencia á eso de las siete de la noche, siendo bastante fuertes á las nueve. Estando seguro de que se trataba del parto, por los reconocimientos que había hecho y estando todo listo para atender convenientemente á esta joven, ya no me separé de su lado. Las contracciones, que como he dicho, ya eran fuertes y frecuentes á esta hora, siguieron con toda regularidad hasta las doce y media que se rompieron las membranas saliendo buena cantidad de líquido amniótico. Después de las rupturas de las membranas siguieron los dolores hasta quedar la cabe-

za enclavada en la excavación pelviana y colocado el occipucio detrás de la rama horizontal del pubis del lado izquierdo. Una vez colocada la cabeza en esta posición, ya no avanzó ni un milímetro, la cabeza permanecía enteramente fija é inmóvil en esta posición á pesar de que las contracciones uterinas eran muy enérgicas, siendo los dolores muy intensos.

Después de haber esperado el tiempo que me pareció prudente esperar y viendo que los latidos del corazón del niño se hacían irregulares y temiendo que ya comenzara la asfixia que pondría en peligro la vida del producto si no se intervenía pronto, me decidí á aplicar el forceps.

Teniendo en cuenta la marcha que había tenido el trabajo desde el momento en que se manifestaron los primeros dolores hasta que se rompieron las membranas, me supuse que la detención del trabajo no podía ser debida á otra causa que á la brevedad del cordón porque éste diera una ó dos vueltas al derredor del cuello del feto, puesto que la presentación y la posición eran muy favorables para que el parto se verificara sin accidente alguno. Esta era á mi juicio la explicación más satisfactoria que podía darse sobre la detención del feto al romperse las membranas.

Tanto para consultar sobre la aplicación del forceps, como para tener un compañero que me ayudara á hacer esta aplicación, mandé un recado á mi buen amigo el Sr. D. Ramón Icaza, preparando yo, entre tanto venía, todo lo necesario para hacer esta operación. El Dr. Icaza tuvo la bondad de ocurrir á mi llamamiento y estando de acuerdo con mi modo de ver procedimos á aplicar el forceps. Como á esta hora (las dos y minutos de la mañana) los dolores se habían suspendido, después de haberse hecho muy intensos, temíamos que esta operación se acompañara de una hemorragia; con estos temores procedimos ya prevenidos á la aplicación del forceps comprimiendo el Dr. Icaza la aorta, mientras yo hacía la extracción del niño.

La hemorragia sobrevino al extraer á la niña, teniendo que apresurar la expulsión de la placenta, extrayéndola para hacer cesar esta hemorragia que no fué muy abundante debido, sobre todo, á la compresión eficaz de la aorta que hizo el Dr. Icaza, así como á los frotamientos sobre la pared del vientre, pudiéndose sentir que una vez extraída la placenta, el útero se

fué contrayendo, volviendo á aparecer los dolores y cesando la pérdida de sangre, que repito, no fué muy abundante para alarmarnos, ni para dar lugar á alguna otra indicación, aplicándose solamente una inyección de ergotina de Ivon.

La aplicación del forceps fué muy feliz, tanto para la madre como para la hija, pues no hubo ni ruptura del perineo, ni la niña presentaba la menor huella de violencia exterior. El parto se verificó á las dos y veinte minutos de la mañana del día 10. Al extraer el producto, que era una niña, ésta se encontraba asfixiada, pudiendo combatir la asfixia sin gran dificultad. Poco después de las cuatro de la mañana nos retirábamos de la casa, dejando tanto á la madre como á la hija, en un estado satisfactorio.

A las 6 30 a. m., se presentaron los dolores (entuerfos) frecuentes y ligeros, por la noche disminuyeron en su frecuencia. El día 11 los dolores se fueron retardando, siendo muy ligeros y desapareciendo por la tarde. Los loquios desde un principio fueron escasos, consistiendo en sangre casi pura, expulsando ese día un gran coágulo. Los días 12, 13 y 14 los loquios fueron muy escasos, sanguinolentos, sin acompañarse de dolores (entuerfos). El día 14 se le comenzó á dar la ergotina de Ivon y continuó tomando diez gotas de tintura de nuez vómica que desde el día 12 se le prescribió al acabar de tomar sus alimentos. Como único alimento se le daba leche. El día 15 volvieron á aparecer los dolores, aumentando en cantidad los loquios, que aun estaban teñidos por la sangre.

El día 10 por la tarde, se presentó la fiebre; temiendo que esta fiebre pudiera ser causada por la retención de las materias fecales, como pasó en el primer parto, á pesar de que antes del parto se había procurado mantener libre el intestino. Como la fiebre continuaba se procuró que el intestino se mantuviera libre por medio de un tratamiento conveniente. La fiebre que se presentó el día 10 desapareció el día 17. A pesar de que la temperatura llegó á elevarse hasta  $40^{\circ} \frac{2}{10}$  cent.; como el estado general de la joven era satisfactorio, y esta temperatura alta era de muy corta duración, no creí prudente suspender la lactancia por la misma madre, cuidando solamente de aumentar los alimentos, puesto que la joven tenía apetito. Además de la leche que tomaba, se le ordenó tomara caldo, sopa y una copita de vino jerez al medio día. Esta fiebre duró desde la tarde del

día 10 de julio, día en que se verificó el parto, hasta el día 18 que volvió la temperatura á su grado normal. (Véase el trazo de la temperatura). El trazo de la temperatura durante estos días pone de manifiesto las variaciones tan marcadas que presentó esta fiebre, variaciones que á mi juicio estaban en relación con la cantidad de fermento filvinoso que penetraba en los vasos sanguíneos, elevándose la temperatura en relación con la mayor oxidación de los glóbulos sanguíneos. Se puede ver en el trazo que la temperatura se fué elevando del día 10 por la tarde al día 12 por la mañana que alcanzó su máximum de  $40^{\circ} \frac{2}{10}$  cent., oscilando del día 12 al 14 entre  $40^{\circ}$  y  $37^{\circ} \frac{2}{10}$  para oscilar del día 15 al 17 entre  $39^{\circ} \frac{1}{10}$  y  $37^{\circ} \frac{2}{10}$  cayendo á la normal el día 18. (Véase el trazo de la temperatura).

Tanto por la marcha que siguió la temperatura, como por lo satisfactorio del estado general de esta joven, supuse que se trataba de la fiebre de reabsorción ó fiebre aséptica y esto alejaba de mí toda preocupación. Además, no podía esta fiebre ser atribuida á una retención de materias fecales por estar seguro de que el intestino estaba libre; tampoco podía referirse á alguna forma de infección séptica, porque había tenido cuidado al aplicar el forceps, de hacer esta operación empleando las prácticas de antisepsia las más rigurosas, teniendo á la vez mucho cuidado de no volver á separar las paredes de la vagina una vez que la placenta fué extraída, por consiguiente no podían haber penetrado á los órganos genitales internos, gérmenes patógenos.

Después de referido este caso, se ve la importancia tan grande que tenía el establecer un diagnóstico seguro, pues la conducta que se siguiera tenía que ser muy diversa tratándose de la fiebre de reabsorción, que la que se hubiera seguido si se hubiera tratado de una fiebre sintomática de alguna forma de la infección séptica. En el primer caso el tratamiento espectante racional y sintomático que seguí, era el indicado, y vino á comprobar el diagnóstico; si por el contrario, se hubiera tratado de una fiebre sintomática de una infección séptica, la práctica de desinfección de los órganos genitales internos, hubieran sido la base del tratamiento, pero si en el caso referido se hubiera cometido un error de diagnóstico y se hubieran practicado inyecciones intra-uterinas con el objeto de combatir una supuesta in-

fección, quizá se hubiera convertido una fiebre benigna como la que se presentó en una fiebre grave produciendo la infección por medio de las cánulas de los irrigadores, de los dedos, etc., como se ve que se provocan tantas infecciones por estos medios.

El no haber introducido en la vagina, ni mucho menos en el útero cuerpo extraño alguno, ni aun el dedo, después de haber sido extraída la placenta, me hacía tener la seguridad de que no podía haber infección alguna, pues yo tengo la firme convicción de que jamás se produciría la infección puerperal, si después de expulsada la placenta, complemento del parto, no se volvieran á separar las paredes de la vagina, bien por medio del dedo ó bien por las cánulas de los irrigadores, al practicar las inyecciones vaginales ó uterinas. Ahora bien, consecuente con mis ideas y seguro del diagnóstico establecido, esperé tranquilamente la terminación de esta fiebre, siguiendo un método expectante, llenando las indicaciones sintomáticas que se presentaron. Además, como en el primer parto que tuvo esta joven, como he dicho tuvo una fiebre debida á la retención de las materias fecales, procuré á toda costa mantener libre el intestino, para poder estar seguro de que la fiebre que presentaba esta joven, era debida única y exclusivamente á la reabsorción de la sangre contenida en la cavidad uterina. Esta conducta me dió el resultado que deseaba desapareciendo la fiebre, y terminando felizmente el puerperio, sin que hubiera influido sobre la secreción lactea. Esta joven pudo á pesar de la fiebre amamantar á su hija y la ha criado muy sana y robusta sin tener necesidad de recurrir á otra persona mercenaria para llenar un deber materno; esta joven dotada de nobles sentimientos tuvo la satisfacción de ver realizados sus deseos.

Para concluir y reasumiendo todo lo expuesto, puedo decir: que, tanto el cirujano como el partero deben estar familiarizados con la fiebre llamada de reabsorción ó fiebre aséptica, por presentarse con bastante frecuencia en la práctica, como la forma más benigna de la *intoxicación séptica*. Su diagnóstico se establece sin dificultad si se tiene en cuenta su aparición violenta, antes del tiempo en que se presentan las otras fiebres sintomáticas de las diversas formas clínicas de la *infección séptica* presentándose á las pocas horas de practicada una operación ó de verificado un parto: su marcha

en las lesiones quirúrgicas es generalmente de corta duración: después de un parto suele prolongarse por algunos días, pero siempre es muy benigna, siendo muy satisfactorio el estado general de la paciente. Ningún tratamiento la modifica, terminando felizmente por los solos esfuerzos del organismo. El partero puede estar seguro que se trata de esta fiebre después de verificado el parto; si á lo dicho se añade el que después de la expulsión de la placenta y saliendo ésta completa, así como las membranas, no se han vuelto á separar las paredes de la vagina ni por el dedo, practicando el tacto vaginal, ni con las cánulas de los irrigadores al practicar las inyecciones vaginales ó uterinas; entonces puede el práctico estar seguro de que no puede haber infección, siendo la fiebre la manifestación de la intoxicación séptica, fiebre que es conocida con los nombres de fiebre de reabsorción, fiebre de fermentación ó fiebre aséptica.

México, febrero 18 de 1903.

TORÍAS NÚÑEZ.

## TERAPEUTICA QUIRURGICA.

### CALCULO VESICAL.-TALLA HIPOGASTRICA.-CURACION.

El día cuatro de octubre del año pasado, vino á mi Consultorio "Dres. Martínez Hnos.," calle del Roble núm. 47, Pedro Salas, natural de Matamoros, Tamaulipas, y que reside actualmente en San Diego, Texas, á curarse, según él dice, de una enfermedad de la orina. Es agricultor, tiene 68 años de edad y refiere que los médicos que lo atendían, le dijeron, que tenía catarro en la vejiga.

Presenta los síntomas siguientes: Deseos muy frecuentes de orinar, sobre todo durante el día; dolores, algunas veces muy intensos, en la extremidad del pene y en la región anal; y dice, que este dolor se le ha acentuado mucho, desde que tomó el tren en Sacasa, para venir á esta ciudad, y que antes de llegar á Monterrey, tuvo hematuria, síntoma, que yo mismo he comprobado aquí en mi consulta. Preguntándole sobre los sitios del dolor, me ha contestado, que algunas veces, pero muy raras, lo ha sentido en el hipogástrico. Y yo he logrado disminuirlo mucho, colocando á mi enfermo en