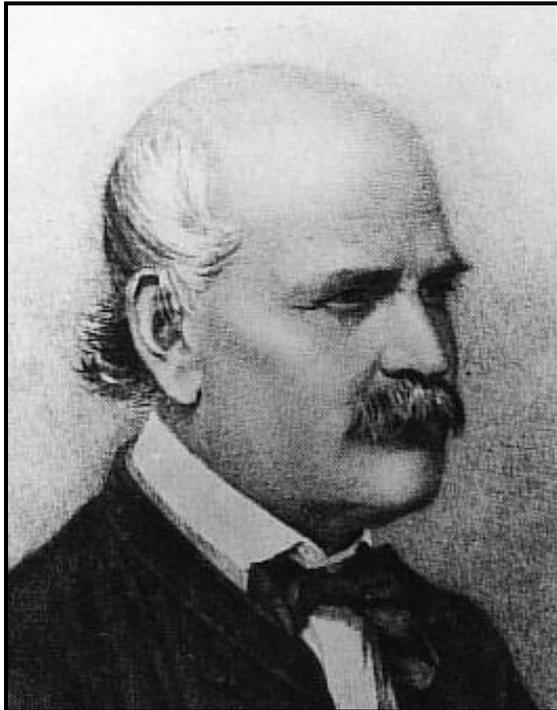


Etiología, concepto y profilaxis de la fiebre puerperal [1861] (extraídos)

Ignaz Phillipe Semmelweis



Fuente: Wikipedia Commons

Introducción autobiográfica

El gran hospital vienés de maternidad gratuito está dividido en dos clínicas; a una se le conoce como “la primera”, a la otra como “la segunda”. Por Decreto Imperial del 10 de octubre de 1840, el Decreto de la Comisión para la Educación de la Corte del 17 de octubre de 1840 y la Ordenanza Administrativa del 27 de octubre de 1840, todos los estudiantes varones fueron asignados a la primera clínica y las mujeres parteras a la segunda. Antes de que esta medida fuera impuesta, los estudiantes de obstetricia y las parteras recibían su capacitación en números iguales en ambas clínicas.

La admisión de pacientes de maternidad estaba regulada de la siguiente manera: la admisión

empezaba en la primera clínica el lunes a las 16:00 hs y continuaba hasta la tarde del martes (16:00 hrs). Entonces, comenzaban las admisiones en la segunda clínica y continuaban hasta el miércoles por la tarde (16:00 hs). En ese momento comenzaban de nuevo las admisiones en la primera clínica hasta la tarde del jueves, etc. En viernes a las 16:00 hs comenzaban las admisiones en la primera clínica y continuaban por 48 horas hasta la tarde del domingo, momento en el cual empezaban las admisiones en la segunda clínica. Las admisiones eran alternadas entre las dos clínicas en periodos de 24 horas. Solamente una vez a la semana se continuaban con las admisiones en la primera clínica por 48 horas. Así, la primera clínica admitía a pacientes cuatro días a la semana, mientras que la segunda clínica lo hacía tan sólo tres días. Por lo tanto, la primera clínica tenía, por año, 52 días de admisión más que la segunda.

Desde el momento en el que se empezó a entrenar únicamente a obstetras en la primera clínica (hasta junio de 1847), la tasa de mortalidad fue consistentemente más alta que la de la segunda clínica, en la que se entrenaba únicamente a parteras. De hecho, en 1846, la tasa de mortalidad en la primera clínica fue cinco veces más alta que la de la segunda. Durante un periodo de seis años, en promedio, fue tres veces más alta (Tabla 1).

Ignaz Philipp Semmelweis (1818–1865), médico húngaro llamado el “salvador de madres”. En 1847 descubrió en Viena que la incidencia de fiebre puerperal podía ser reducida drásticamente a través la introducción de la práctica del lavado de manos con una solución de cal clorada. En el libro del que presentamos extractos aquí Semmelweis explica la historia de cómo hizo este descubrimiento. Es un texto notable tanto por el hallazgo científico como porque Semmelweis acepta que él pudo ser el agente de muerte de un número importante de mujeres. (http://en.wikipedia.org/wiki/Ignaz_Semmelweis)

TABLA 1						
	Primera Clínica			Segunda Clínica		
	Nacimientos	Muertes	Tasa	Nacimientos	Muertes	Tasa
1841	3,036	237	7.7	2,442	86	3.5
1842	3,287	518	15.8	2,659	202	7.5
1843	3,060	274	8.9	2,739	164	5.9
1844	3,157	260	8.2	2,956	68	2.3
1845	3,492	241	6.8	3,241	66	2.03
1846	4,010	459	11.4	3,754	105	2.7
Total	20,042	1,989		17,791	691	
Promedio			9.92			3.38

La diferencia entre las tasas de mortalidad de las clínicas fue, de hecho, más grande de lo que la tabla sugiere debido a que, ocasionalmente y por razones que examinaremos más tarde, durante los periodos de alta mortalidad todas las pacientes de maternidad enfermas en la primera clínica fueron transferidas al Hospital General. Al fallecer, las pacientes fueron incluidas en las cifras de mortalidad del Hospital General, en lugar de ser incluidas en las de la maternidad. Cuando las pacientes fueron transferidas, los reportes muestran una mortalidad reducida debido a que únicamente aquéllas que no pudieron ser trasladadas por el curso rápido de su enfermedad estuvieron incluidas. En realidad, muchas víctimas adicionales deberían estar incluidas. En la segunda clínica tales traslados nunca fueron realizados, únicamente fueron trasladadas pacientes cuyo estado hubiera podido poner en peligro a otras pacientes

La muerte adicional en la primera clínica consistió de muchos cientos de pacientes, algunas de las cuales vi morir de un proceso puerperal, pero para cuyas muertes no pude encontrar explicación en la etiología existente.

[...]

Estaba convencido de que la mayor tasa de mortalidad en la primera clínica se debía a una epidemia con causas aún desconocidas. El hecho de que el recién nacido, (varón o mujer) también contrajera fiebre infantil me convenció de que la enfermedad estaba mal concebida. Estaba consciente de muchos hechos para los que no tenía explicación. El parto con dilatación prolongada, casi inevitablemente conducía a la muerte. Las

pacientes que daban a luz de modo prematuro o en la calle casi nunca se enfermaban. Estos hechos contraindicaron mi convicción de que las muertes se debían a causas endémicas. La enfermedad apareció en secuencia entre las pacientes de la primera clínica. Las pacientes de la segunda clínica estaban más saludables, aunque los individuos que ahí trabajaban no tuvieran más habilidades o fueran más concienzudos en sus labores. La falta de respeto que los trabajadores mostraban al personal de la primera clínica me hacía sentir tan desdichado que la vida parecía carecer de valor por momentos. Todo era dudoso; todo parecía inexplicable; todo era incierto, la única realidad incuestionable era el gran número de muertes.

El lector podrá apreciar mi perplejidad durante mi primer periodo de servicio, cuando como un hombre que se ahoga agarrado de una paja suspendí los partos en posición supina (que habían sido costumbre en la primera clínica) a favor de los partos en posición lateral, hice esto porque éstos eran costumbre en la segunda clínica. No creía que la posición supina fuera tan determinante para que se le pudieran atribuir las muertes adicionales, sin embargo, en la segunda clínica los partos eran llevados a cabo en la posición lateral y las pacientes estaban más saludables. Por consiguiente, empezamos a llevar a cabo partos en la posición lateral para que todo fuera exactamente igual que en la primera clínica.

El invierno del 1846-47 Lo pasé estudiando inglés ya que mi predecesor, el Dr. Breit, reasumiría el puesto de asistente y yo quería trabajar un tiempo en un hospital grande de maternidad en Dublín.

Luego, a finales de febrero de 1847, el Dr. Breit fue nombrado profesor de obstetricia en la escuela de medicina de Tiibingcn, por lo que cambié mis planes de viaje y acompañado de dos amigos, salí el 2 de marzo de 1847 hacia Venecia. Tenía la esperanza de que los tesoros artísticos de la ciudad reanimaran mi mente y mi ánimo, que habían sido seriamente afectados por las experiencias vividas en el hospital de maternidad.

El 20 de marzo del mismo año (unas horas después de haber regresado a Viena), con vigor rejuvenecido, volví a asumir el puesto de asistente de la primera clínica, de inmediato me conmocionó la triste noticia de que el profesor [Jakob] Kolletschka, a quien admiraba ampliamente, entretanto, había fallecido.

La muerte tuvo lugar de la siguiente manera: Kolletschka (profesor de medicina forense), conducía a menudo autopsias con fines legales en compañía de estudiantes. Durante uno de estos ejercicios, uno de los estudiantes pinchó el dedo del profesor con el cuchillo que estaba siendo utilizado en la autopsia. No recuerdo de qué dedo se trató. El profesor Kolletschka contrajo linfangitis y flebitis en la extremidad. Mientras yo estaba todavía en Viena, murió de pleurisia, pericarditis, peritonitis y También se formó una metástasis en un ojo unos días antes de su muerte. Todavía me encontraba animado por los tesoros artísticos de Venecia, pero la noticia de la muerte de Kolletschka me agitó aún más. En este estado de excitación pude ver claramente que la enfermedad de la que murió Kolltschka era idéntica a la que había ocasionado la muerte de cientos de pacientes. Las pacientes del área de maternidad también habían padecido de linfangitis, peritonitis, pericarditis, pleurisia y meningitis. Además, en muchas de ellas también se habían formado metástasis. Estaba acosado día y noche por la imagen de la enfermedad de Kolletschka y me vi forzado a reconocer, de una manera aún más decisiva, que la enfermedad de la que Kolletschka había muerto era idéntica a la que había matado a muchas otras pacientes.

Anteriormente señalé que las autopsias de los recién nacidos revelaron resultados idénticos a los obtenidos en las autopsias de las pacientes que

murieron de fiebre puerperal. Concluí que los recién nacidos habían muerto de fiebre puerperal o, en otras palabras, que murieron de la misma enfermedad que las pacientes de la maternidad. Debido a que se encontraron resultados idénticos en la autopsia de Kolletschka, se confirmó la deducción de que el profesor murió por la misma enfermedad.] La excitante causa de la muerte del profesor Kolletschka era conocida: se trataba de la herida producida durante la autopsia por el cuchillo que había sido contaminado de partículas del cadáver. No fue la herida, sino su contaminación por partículas del cadáver lo que produjo su muerte. Kolletschka no era el primero en morir de esta manera. Me vi forzado a admitir que si su enfermedad era idéntica a la que mató a tantas pacientes, entonces debió haberse originado de la misma causa que la produjo en Kolltschka. En el caso del profesor, el factor causal específico fueron las partículas cadavéricas introducidas a su sistema vascular. Me vi obligado a preguntarme a mí mismo si estas partículas no habrían sido introducidas a los sistemas vasculares de las pacientes que yo había visto morir de la misma enfermedad. Tuve que contestar de manera afirmativa.

Debido a la orientación anatómica de la escuela médica de Viena, los profesores, asistentes y estudiantes frecuentemente tenían oportunidades de estar en contacto con cadáveres. Entonces, el lavarse con jabón común no era suficiente para remover todas las partículas cadavéricas adheridas, esto se comprobaba por el olor a cadáver que retienen las manos por un tiempo. Durante el examen a las mujeres embarazadas o parturientas, las manos contaminadas con partículas cadavéricas entran en contacto con los genitales de estas mujeres, creando así la posibilidad de su reabsorción. Por medio de ésta, las partículas son introducidas al sistema vascular de la paciente De este modo, las pacientes contraen la misma enfermedad que fue encontrada en Kolletschka.

Supongamos que las partículas cadavéricas adheridas a las manos causan la misma enfermedad entre las pacientes del área de maternidad que las del cuchillo. Entonces, si estas partículas son destruidas de manera química (de

modo que durante las examinaciones las pacientes sean tocadas por los dedos, pero sin partículas) la enfermedad debe ser reducida. Todo esto parecía muy probable ya que sabía que cuando un material orgánico en descomposición entra en contacto con otro organismo viviente puede producir descomposición.

Para destruir la materia cadavérica adherida a las manos utilicé una solución de cloro. Esta práctica comenzó a mitad de mayo de 1847, he olvidado el día exacto. Tanto los estudiantes como yo debíamos lavarnos las manos antes de los exámenes. Después de un tiempo, dejé de utilizar esta solución debido a su alto precio y la sustituí por una solución más económica de cal clorada. En mayo de 1847, durante la segunda mitad del periodo en el que los lavados con una solución de cloro fueron introducidos por primera vez, murieron 36 pacientes (12.24 % de los 294 partos). En los siete meses restantes del mismo año, la tasa de mortalidad fue más baja que la de la segunda clínica (ver Tabla 6).

Durante estos siete meses, de las 1,841 pacientes atendidos, 56 murieron (3.04 %). En 1846, antes de que los lavados fueran introducidos, de 4,010 pacientes atendidas en la primera clínica, 459 murieron (11.4 %). En la segunda clínica en 1846, de 3,754 pacientes, 105 murieron (2.7%). En 1847, cuando (a mediados de mayo) instituí el lavado, en la primera clínica de 3,490 pacientes, 176 murieron (5 %). En la segunda clínica de 3,306 pacientes, 32 murieron (0.9%). En 1848, los lavados con una solución de cal clorada fueron empleados durante todo el año y de 3,556 pacientes, 45 murieron (1.27 %). En la segunda

clínica en 1848, de 3,219 pacientes 43 murieron (1.33 %). Las tasas de mortalidad mensuales de 1848 se muestran en la Tabla 7.

Con el fin de destruir al material cadavérico, era necesario que cada doctor que fuera a realizar examinaciones se lavara las manos en una solución de cal clorada al entrar a la sala de parto. Debido a que los estudiantes una vez en la sala no tenían oportunidad de contaminarse las manos de nuevo, supuse que un lavado sería suficiente. Las pacientes se encontraban solas en la sala de parto únicamente en muy pocas ocasiones, a causa del gran número de mujeres atendidas. Como regla, en una sala había siempre varias pacientes de manera simultánea. Por razones de enseñanza, las mujeres dando a luz eran examinadas de manera secuencial. En mi opinión, era suficiente que después de cada examen los doctores se lavaran las manos únicamente con agua y jabón. Ya dentro de la sala de parto, parecía innecesario lavarse las manos con una solución de cal clorada entre examinaciones. Una vez que habían sido removidas las partículas cadavéricas de las manos, no podían ser contaminadas otra vez.

En octubre de 1847 fue admitida una paciente con un carcinoma medular con secreciones, A la paciente se le asignó la cama por la que generalmente se empezaban las rondas. Después de examinar a esta paciente, aquéllos conduciendo el examen se lavaron las manos únicamente con agua y jabón. La consecuencia fue que de doce pacientes dando a luz, once murieron. La secreción del carcinoma medular no fue destruida por el agua y el jabón.

TABLA 6			
1847	Nacimientos	Muertes	Tasa
junio	268	6	2.38
julio	250	3	1.20
agosto	264	5	1.89
septiembre	262	12	5.23
octubre	278	11	3.95
noviembre	246	11	4.47
diciembre	273	8	2.93
Total	1,841	56	3.04

TABLA 7			
1848	Nacimientos	Muertes	Tasa
enero	283	10	3.53
febrero	291	2	0.68
marzo	276	0	0.00
abril	305	2	0.65
mayo	313	3	0.99
junio	264	3	1.13
julio	269		0.37
agosto	261	0	0.00
septiembre	312	3	0.96
octubre	299	7	2.34
noviembre	310	9	2.90
diciembre	373	5	1.34
total	3,556	45	
Promedio			1.27

Durante los exámenes médicos, la secreción fue transferida a las demás pacientes, por lo que la fiebre puerperal se multiplicó. De esta manera, la fiebre puerperal no es únicamente causada por partículas cadavéricas adheridas a las manos. En octubre de 1847 fue admitida una paciente con un carcinoma medular con secreciones, cáncer de la parte más interna del útero. A la paciente se le asignó la cama por la que generalmente se empezaban las rondas. Después de examinar a esta paciente, aquéllos conduciendo el examen se lavaron las manos únicamente con agua y jabón. La consecuencia fue que de doce pacientes dando a luz, once murieron. La secreción del carcinoma medular no fue destruida por el agua y el jabón. Durante los exámenes médicos, la secreción fue transferida a las demás pacientes, por lo que la fiebre puerperal se multiplicó. De esta manera, la fiebre puerperal no es únicamente causada por partículas cadavéricas adheridas a las manos, sino también por secreciones de organismos vivos. Es necesario lavarse las manos con una solución de cal clorada, no nada más después de haber estado en contacto con cadáveres, sino también después de exámenes durante los cuales las manos pudieran haberse contaminado con secreciones. Esta regla, que se desprende de esta experiencia

trágica, fue acatada a partir de este momento. La fiebre puerperal ya no fue propagada por restos de secreciones transportados por las manos de los doctores examinadores de un paciente a otro.

Una nueva experiencia trágica me convenció de que el aire también podía transportar materia orgánica en descomposición. En el mes de noviembre del mismo año fue admitida una mujer con la rodilla derecha carcomida y supurante. La región genital de esta mujer estaba completamente sana, por lo que las manos de los doctores no presentaban peligro alguno para las otras pacientes. Sin embargo, las exhalaciones de la supuración saturaron completamente el aire de la sala, de esa manera fueron expuestas las otras pacientes y casi todas murieron. Los reportes de la primera clínica indican que en noviembre murieron 11 pacientes y otros 8 en diciembre. Las muertes se debieron en mucho a las exhalaciones de la supuración de este individuo. Las partículas de la supuración saturaron el aire de la sala de maternidad y penetraron en los úteros que habían sido previamente lastimados por el proceso de parto, las partículas fueron reabsorbidas y se desarrolló la fiebre puerperal. A partir de entonces, tales pacientes fueron aislados para prevenir tragedias similares.

El hospital de maternidad del Viena fue inaugurado el 16 de agosto de 1784. En el siglo dieciocho y las primeras décadas del siglo diecinueve, la medicina estaba concentrada en la especulación teórica, por lo que las bases anatómicas fueron desatendidas, por lo tanto, en 1822, de 3,066 pacientes murieron sólo 26 (.84%). En 1841, después de que la escuela de medicina de Viena adoptara una orientación anatómica, de 3,036 pacientes 237 murieron (7.7 %). En 1843 de 3,060 pacientes 274 murieron (8.9 %). En 1827, de 3,294 pacientes 55 murieron (1.66%). En 1842 de 3,287 pacientes 518 murieron (15.8%). De 1784 a 1823, a lo largo de un periodo de 25 años, menos del 1% de los pacientes atendidos en el hospital de maternidad murieron (Tabla 8).

Esta tabla brinda pruebas incuestionables que apoyan mi opinión de que la fiebre puerperal tiene su origen en la transmisión de materia animal orgánica. Mientras el sistema educativo limitó las oportunidades de dispersión de la materia animal orgánica, los pacientes atendidos se conservaron mucho más sanos.

Conforme la escuela de medicina de Viena adoptó una orientación anatómica, la salud de los pacientes empeoró. En el momento en el que el número de nacimientos y estudiantes se volvió tan grande que un sólo profesor no podía supervisar los partos e impartir enseñanza, el hospital fue dividido en dos clínicas. En ese momento se asignó un número igual de hombres y mujeres a cada clínica. El 10 de octubre de 1840, por Decreto Imperial, todos los varones fueron asignados a la primera clínica y las mujeres a la segunda. No sé en qué año exactamente fue dividido el hospital de maternidad. Algunos colegas que enseñaban obstetricia en la segunda clínica durante el periodo en el que todavía estudiaban en ella varones reportan que, en ese momento, no había una diferencia significativa entre las tasas de mortalidad de ambas clínicas. La salud desfavorable de los pacientes de la primera clínica data de 1840, momento en el que los estudiantes varones son asignados a la primera

clínica y las mujeres a la segunda. Después de lo que se ha presentado, sería superfluo explicar estos hechos.

La Tabla 1 indica la diferencia entre las tasas de mortalidad de las dos clínicas después de que la primera fue dedicada exclusivamente a la educación de obstetras y la segunda a la de parteras. Este sería el momento apropiado para brindar una tabla similar sobre los años durante los cuales los estudiantes varones y mujeres estuvieron divididos por igual entre las dos clínicas. Mostraría que durante este periodo la tasa de mortalidad no fue consistentemente más alta en la primera clínica, sin embargo, no tengo acceso a esta información necesaria. Los reportes fueron elaborados por triplicado en ambas clínicas, una copia se quedó en la institución y otra fue mandada a la administración gubernamental. Aquellas personas que tienen en su posesión estos reportes harían un servicio a la ciencia si los pusieran a disposición del público Únicamente tengo los reportes de ambas clínicas de 1840 (una vez que los varones y las mujeres ya habían sido separados) y los del año anterior (Tabla 9). La diferencia de mortalidad entre las clínicas puede ser rastreada a las actividades de los individuos en formación para volverse obstetras. Se me pusieron obstáculos para revelar esta información debido a que en ese momento se consideró como la base para una denuncia personal.

El profesor Skoda asignó varias tareas a la comisión de la Escuela de Medicina de Viena (antes mencionada). Entre éstas, en la medida en que los datos estuvieran disponibles, estaba la elaboración de una tabla que mostrara el número de partos y muertes mes a mes, así como una lista de asistentes y estudiantes en el orden secuencial en el que habían atendido y practicado en el hospital. El profesor [Karl] Rokitansky ha dirigido el Departamento de patología y anatomía desde 1828. Basándose en sus memorias (y en los reportes de las autopsias) y con la ayuda de otros doctores y asistentes que habían participado en el examen de cadáveres,

sería posible determinar si el número de pacientes fallecidos corresponde con las actividades de los asistentes y estudiantes en la sala de autopsia. Como ya he descrito antes, algunas altas autoridades previnieron que la comisión llevara a cabo esta tarea.

Como consecuencia de mi convicción. Por lo tanto, afirmo que sólo Dios sabe el número de pacientes que murieron prematuramente por mi culpa. Yo he examinado un número de cadáveres igualado solamente por pocos otros obstetras. Si digo esto de otros médicos, mi intención únicamente es hacer consciente una verdad que, para gran desgracia de la humanidad, ha permanecido desconocida por muchos siglos. Independientemente de lo doloroso y opresivo que pueda ser tal reconocimiento, la negación no es su remedio. Si no se desea que la desgracia persista para siempre, entonces esta verdad tiene que ser puesta al conocimiento de todos los involucrados.

Una vez que se entendió que las muertes adicionales en la primera clínica se debían a las partículas de cadáveres y secreciones en las manos contaminadas de los doctores examinadores, se pudieron aclarar varios fenómenos, hasta ahora inexplicables, de manera natural. En el transcurso de la mañana los profesores y estudiantes hacían rondas generales, en la tarde éstas eran llevadas a cabo por asistentes y estudiantes. Como parte de su enseñanza, los estudiantes examinaban a todas las pacientes embarazadas o en trabajo de parto. El asistente tenía también la obligación de examinar a las pacientes en proceso de parto y reportar sus impresiones al profesor. Entre estas visitas, el asistente y los estudiantes asumían la responsabilidad de las examinaciones necesarias. Por lo tanto, en los casos en que la dilatación se extendía por un periodo largo de tiempo y la paciente permanecía uno o más días en la sala de parto, seguramente sería examinada de manera repetida por personas cuyas manos estaban contaminadas con partículas de cadáveres y supuraciones. De esta manera era inducida la fiebre puerperal y, como ya he mencionado antes, estas mujeres morían casi siempre, sin excepción. Una vez que los lavados con una solución de cal clorada fueron adoptados y las mujeres fueron

examinadas únicamente por personas con manos limpias, las pacientes con periodos largos de dilatación dejaron de morir. El parto prolongado dejó de ser más peligroso que en la segunda clínica.

Con la finalidad de dejar este último punto claro, debo explicar parcialmente la manera en que concibo la fiebre puerperal. Por ahora es suficiente señalar que las partículas descompuestas son reabsorbidas y que, como consecuencia de tal reabsorción empieza la degeneración de la sangre [*Blutentmischung*]. Ya hemos señalado que las mujeres con periodos prolongados de dilatación contrajeron y desarrollaron rápidamente la fiebre puerperal durante o justamente después del parto. En otras palabras, la reabsorción de las partículas orgánicas descompuestas y la desintegración de la sangre de la madre ocurrieron en un momento en que la sangre fetal estaba en intercambio orgánico a través de la placenta con la sangre de la madre. De este modo, la desintegración sanguínea (que la madre estaba padeciendo) era transmitida al hijo. Como consecuencia, el recién nacido (ya fuera varón o mujer) moría de una enfermedad idéntica a la de la madre y en números iguales. La fiebre puerperal se origina en la madre porque las partículas descompuestas que son reabsorbidas conducen a la desintegración de la sangre. En el niño la situación es un tanto diferente. El feto (todavía en el canal de parto) no reabsorbe la materia orgánica en descomposición en el momento de ser tocado por los dedos contaminados del doctor, sino cuando su sangre es orgánicamente mezclada con la de la madre (y ésta ya ha sido contaminada). Esto explica por qué ningún recién nacido muere de fiebre puerperal si la madre permanece sana. La fiebre puerperal no se desarrolla en el bebé a través de la reabsorción directa. Ambos se enferman mientras el bebé y la madre aún están en intercambio orgánico a través de la placenta y la sangre de la madre se ha desintegrado por la reabsorción de la materia orgánica descompuesta. La madre puede enfermarse y el niño permanecer sano si el intercambio orgánico entre ellos termina antes de que la desintegración de la sangre de la madre empiece.

Tabla 8							
Año	Nacimientos	Muertes	Tasa	Año	Nacimientos	Muertes	Cruda
1784	284	6	2.11	1817	2,735	25	0.91
1785	899	13	1.44	1818	2,368	56	2.18
1786	1,151	5	0.43	1819	3,089	154	4.98
1787	1,407		0.35	1820	2,998	75	2.50
1788	1,425	5	0.35	1821	3,294	55	1.66
1789	1,246	7	0.56	1822	3,066	26	0.84
1790	1,326	10	0.75	1823	2,872	214	7.45
1791	1,395	8	0.57	1824	2,911	144	4.94
1792	1,574	14	0.89	1825	2,594	229	4.82
1793	1,684	44	2.61	1826	2,359	192	8.12
1794	1,768	7	0.39	1827	2,367	51	2.15
1795	1,798	38	2.11	1828	2,833	101	3.56
1796	1,904	22	1.16	1829	3,012	140	4.64
1797	2,012	5	0.24	1830	2,797	111	3.97
1798	2,046	5	0.24	1831	3,353	222	6.62
1799	2,067	20	0.96	1832	3,331	105	3.15
1800	2,070	41	1.98	1833	3,907	205	5.25
1801	2,106	17	0.80	1834	4,218	355	8.41
1802	2,346	9	0.38	1835	4,040	227	5.61
1803	2,215	16	0.72	1836	4,144	331	7.98
1804	2,022	8	0.39	1837	4,363	375	8.59
1805	2,112	9	0.40	1838	4,560	179	3.92
1806	1,875	13	0.73	1839	4,992	248	4.96
1807	925	6	0.64	1840	5,166	328	6.44
1808	855	7	0.81	1841	5,454	330	6.05
1809	912	13	1.42	1842	6,024	730	12.11
1810	744	6	0.80	1843	5,914	457	7.72
1811	1,050	20	1.90	1844	6,244	336	5.38
1812	1,419	9	0.63	1845	6,756	313	4.63
1813	1,945	21	1.08	1846	7,027	567	8.06
1814	2,062	66	3.20	1847	7,039	210	2.98
1815	2,591	19	0.73	1848	7,095	91	1.28
1816	2,410	12	0.49				

TABLA 9						
	1a Clínica			2a Clínica		
	Nacimientos	Muertes	Tasa	Nacimientos	Muertes	Tasa
1839	2,781	151	5.4	2,010	91	4.5
1840	2,889	267	9.5	2,073	55	2.6

Epílogo

No es por beligerancia que me hago parte de estas polémicas. Los cuatro años que permanecí en silencio lo comprueban. Sin embargo, debido a la oposición existente en contra de mis creencias, el lector imparcial estará de acuerdo en que no nada más ha acabado el tiempo de silencio, sino que tengo el derecho y la obligación de ser partícipe de estas polémicas.

Cuando, con mis convicciones actuales miro hacia el pasado, únicamente puedo soportar las miserias

a las que he sido sometido si pienso simultáneamente en el futuro. Veo un tiempo en el que no habrá casos de auto-contaminación en los hospitales de maternidad del mundo. En comparación con los grandes números de vidas que han de ser salvadas en el futuro, la cantidad de muertes evitadas por mis estudiantes y por mí es insignificante. Si no me es permitido ver este tiempo afortunado con mis propios ojos, mi muerte estará, no obstante, iluminada por la seguridad de que, tarde o temprano, este tiempo, inevitablemente, llegará.



Medicina Social

Salud Para Todos