

**UNIVERSIDAD CENTRAL (MADRID)
FACULTAD DE MEDICINA**



TESIS DOCTORAL

Fiebre puerperal

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR
PRESENTADA POR

Marcos de Unamunzaga Laencina

Madrid, 2015

82-7-3

FIEBRE PUERPERAL.

no

2821

MEMORIA

ESCRITA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGIA

por

MARCOS DE UNAMUNZAGA Y LAENCINA

*ca 2704
(2821)*

-----00000000000000000000-----

DURANGO (*Viracaya*)
1913.

PROLOGO.

-----++++-----

Ya que al aspirar al honroso título de Doctor me es ineludible la presentación de una Memoria, bien desearia presentar al desarrollar-la alguna adquisición clinica propia, que la hiciera más digna de la trascendencia del acto y de la sabiduria del Tribunal que la ha de juzgar; pero tal empresa supone excepcionales dotes intelectuales con una larga y acrisolada experiencia; de todo lo cual mi humilde persona carece.

Incapaz de exponer algo que no sea muy conocido de tan selecto profesorado como el que tiene la benevolencia de escucharme y cerciorado del escaso valor que ofrece este trabajo por ser mio, aunque pongo en él mucho interés por el fin á que le destino, le hago versar se-

sobre una enfermedad cuyo perfecto conocimiento es de gran trascendencia práctica; confiando en que la grande y reconocida indulgencia de S.S. será la única que me podrá sacar airoso de este para mi abrumador trance.

Escojo como tema para mi trabajo la fiebre puerperal, haciendo su estudio en siete capítulos á saber.

- I.- Importancia de su estudio y bosquejo histórico.
- II.- Concepto clínico.
- III.- Definición, etiología y patogenia.
- IV.- Diversas formas anatómicas y clínicas.
- V.- Tratamiento.
- VI.- Historias clínicas.
- VII.- Conclusiones.

I.- IMPORTANCIA DE SU ESTUDIO, BOSQUEJO HISTORICO, MORTALIDAD
Y MORBILIDAD.

En interesantísimo para todo médico el concienzudo estudio de esta enfermedad; en primer lugar por ser la que domina en la patología puerperal, pues de las muchas mujeres que pierden la vida durante el puerperio su inmensa mayoría son víctimas de la fiebre puerperal. Claro está que pueden morir por diversas complicaciones accesorias durante el parto ó despues de él, tales como la hemorragia, eclampsia, ruptura del útero, embolia pulmonar etc. así como tambien por todo género de enfermedades que intercurrentemente se pueden presentar; pero todas estas causas de mortalidad sumadas, no ocasionan ni con mucho el número de defunciones que el determinado por la fiebre puerperal, que según cálculos de Lumm ocasiona las tres cuartas partes de las víctimas entre todas las mujeres que perecen durante el puerperio.

Además resulta interesante y simpático tal estudio por tratarse de una de las enfermedades en que más se ha beneficiado la humanidad de los progresos de la Medicina, que ha conseguido en su terapéutica admirables éxitos, sobre todo en lo que respecta al tratamiento profiláctico, pues en lo que se refiere al curativo aunque también se ha conseguido algo, no se llega ni con mucho á alcanzar los seguros y brillantes resultados que con aquel se obtienen, los cuales expondré á continuación al ocuparme sucintamente de la historia de esta enfermedad.

Por grande que fuera la sagacidad que los clínicos ponían en el estudio de la fiebre puerperal, no pudieron formar concepto acabado de ella hasta que tuvo lugar el más admirable de los descubrimientos, cual fué el del mundo microbiano.

Hasta entonces se dieron para explicarla teorías más ó menos ingeniosas en relación con los hechos observados, pero no fué posible comprender su etiología y patogenia ni aplicar por consiguiente

un adecuado tratamiento.

Hipócrates dijo: - "la fiebre puerperal es el resultado de un parto incompleto; es causada por la retención de residuos ovulares". Vió la relación existente entre tal retención y la fiebre puerperal, pero no dió la explicación patogénica.

Otros clínicos al observar que en esta enfermedad se modificaban y disminuían los loquios, conceptuaron á la supresión de estos como causa de tal fiebre, tomando el efecto por la causa.

Por un error análogo de razonamiento al observar con los accidentes febriles la disminución ó supresión de la secreción lactea, dió Puzos en 1700 la teoría de la metástasis lactea, según la cual los accidentes de la fiebre puerperal eran debidos á que la leche se repartía por toda la economía.

Se llegó hasta á creer que la coloración blanquecina de los loquios purulentos era debida á la presencia de la leche, denominándolos loquios lechosos.

En 1718 Strother admite en la fiebre puerperal la influencia de miasmas aéreos, pero no define su naturaleza.

A fines del siglo XVIII y principios del siglo XIX nace y se defiende la teoría anatómica; así Capuron en 1810 dice; la fiebre puerperal tiene por causa única una enfermedad localizada (metritis, metroperitonitis).

La afección local es el origen de los trastornos generales.

En tal época la mayoría de los partidarios de la teoría anatómica localizaban la lesión primitiva en el peritoneo.

Más tarde cuando se comprobó la inflamación y formación de pus en las venas uterinas, se consideró á estas lesiones como causantes de tales accidentes puerperales; entre otros Dance, Béhier y Coutier sostuvieron este origen.

En 1830 Tonnelé demostró las lesiones de los linfáticos, por lo que hizo desempeñar un papel muy importante á la linfagitis; Nonal, Cruveilhier y Championier se mostraron partidarios de esta teoría.

A causa de estas dos lesiones flebitis y linfagitis, los localicistas describieron tipos clínicos distintos ó asociados, pensando ya en que eran de naturaleza parasitaria.

Por el contrario á la sazón otros tecólogos con Paul, Dubois y Depaul se mostraron esencialistas, entendiendo que un estado general particular preexistia á toda alteración local.

De modo que al explicar la patogenia de esta enfermedad se dividieron los tecólogos de aquella época en dos bandos localicistas y esencialistas; considerando los primeros que todos los accidentes de la enfermedad estaban subordinados á una lesión local; y opinando por el contrario los segundos que un estado general particular preexistia á toda alteración local.

Ambas teorías tuvieron eminentes defensores en la discusión celebrada en 1858 en la Academia de Medicina de París; pues Cazeaux, Valpeau y Trousseau discutieron como localicistas; mientras que Dubois, Depaul y Hervieux lo hicieron como esencialistas.

- 8 -

La perfecta interpretación de los hechos, el conocimiento científico de la verdadera patogenia de esta enfermedad merced al que se han salvado millones de mujeres, se debe á los plausibles y fructíferos trabajos de sabios tan eminentes como Semmelweis, Simpson, Tarnier, Pasteur, Lister etc.

Semmelweis hizo interesantísimas observaciones é investigaciones sobre la fiebre puerperal en la gran maternidad gratuita de Viena, donde había entonces dos secciones, una frecuentada por los estudiantes y la otra por las comadronas. La mortalidad era siempre mucho mayor en la primera, hasta llegar al quintuplo de las defunciones que ocurrieran en la segunda.

Se daba una mortalidad del 10 % de las puérperas, alcanzando algunos meses el 20 %, llegando en cierta ocasión á la espantosa proporción del 31 % como ocurrió en Diciembre de 1842 en que de 239 -- puérperas fallecieron 75.

Este hecho de la mucha mayor mortalidad constantemente obser-

vada en la sala frecuentada por los estudiantes con respecto á la de la destinada á las comadronas, fué tomado muy en consideración por Semmelweis á quien le sirvió de punto de partida de numerosas y concienzudas investigaciones, que hizo para descubrir la etiología de la fiebre puerperal.

Vino á dar más luz á sus ingeniosos trabajos el accidente ocurrido al profesor Kelletschka en 1847 quien por herirse en un dedo al practicar una autopsia, sucumbió por intoxicación sanguínea, presentando síntomas análogos á los que se observaban en las mujeres que morían víctimas de la fiebre puerperal.

Al ocurrir este hecho interpretó claramente Semmelweis la causa de la mucha más elevada mortalidad de las mujeres que ocupaban la primera sección de la maternidad de Viena, pues comprendió, que así como había infectado el bisturí séptico al citado profesor por la herida causada, de idéntica manera eran infectadas las mujeres por los estudiantes al practicar sus exploraciones, por inoculación digital

en los genitales de los productos sépticos que recogidos en la sala de Anatomía transportaban inconscientemente con sus dedos.

Una vez que descubrió el origen y las vías que sigue la infección puerperal con lo que dejó sentada la teoría de la heteroinfección, no tardó en poner en práctica ciertas precauciones al objeto de evitarla, para lo cual obligó á los alumnos á lavarse las manos con solución de hipoclorito de cal al 1 % antes de proceder á las exploraciones, instituyendo así el tratamiento profiláctico de tal enfermedad por medio de los antisépticos. Con este proceder dió la prueba experimental á sus juicios, pues desde que se adoptó en la citada maternidad tal medio, la mortalidad descendió considerablemente (al 1 %) apesar de que los estudiantes continuaron practicando sus habituales exploraciones despues de lavados.

Simpson recogió y propago el eco de las investigaciones de Semmelweis, publicando una serie de casos clínicos en los que el contagio se probaba de un modo claro; y extendió el concepto del virus

causante de la infección, desde el de origen cadavérico al de todas las sustancias pútridas, así como también al de los productos procedentes de cualquiera inflamación.

Tarnier en su tesis "De la fiebre puerperal" presentada en París en 1858, admite que la fiebre puerperal es una fiebre de reabsorción, es decir, producida por la penetración en la economía de un principio extraño y perjudicial. En este trabajo pone en evidencia dos puntos importantes: 1°. La existencia de un agente exterior causa de la fiebre puerperal (elemento causal) y 2°. Su penetración en el organismo de la mujer por intermedio de un contacto (elemento contagioso).

Estaba reservada á Pasteur la gloria de descubrir y de mostrar la naturaleza de este elemento causal, sentando la teoría de los gérmenes como productores de toda clase de fermentaciones y de la putrefacción.

En 1857, Pasteur que era á la sazón decano de la Facultad de

Ciencias de Lille, comenzó su trabajo sobre las cervezas, demostrando que la fermentación no era producida como creían Liebig y sus discípulos por lo que ellos denominaban fermento al cual consideraban como una sustancia albuminoidea más ó menos alterada, sino que estaba íntimamente ligada á la vida microbiana, hasta el punto ^{de} que si se impedía la vida del parásito, cesaba la fermentación.

Después del estudio de los fermentos se ocupó el gran Pasteur de la putrefacción llegando muy pronto á su conocimiento preciso, por lo que hizo en 1860 varias comunicaciones tratando de esta cuestión á la Academia de Ciencias, siendo sus argumentos tan irrefutables -- que pronto dió al traste con las teorías de Pouchet y demás partidarios de la generación espontánea.

Quedó pues así sentada la teoría de los gérmenes como causantes de toda clase de fermentaciones y de la putrefacción.

No tardó este mismo sabio en ocuparse con mucho provecho para la ciencia, de ciertas enfermedades microbianas como la pebrina de

los gusanos de seda, el carbunco, el cólera de las gallinas, la rabia etc.

En 1879 presentó en la Academia de París la demostración palpable de que un estreptococo análogo al que se encuentra en gran número de afecciones quirúrgicas es el determinante de la mayor parte de las fiebres puerperales.

Descubierto el mundo microbiano por Pasteur, á Lister correspondió el mérito de fundamentar en él el método antiséptico de su nombre para el tratamiento de las heridas, que concebido el año 1867 se ha aplicado con admirable resultado á la cirugía en general y á la obstetricia en particular.

Merced á tan trascendentales descubrimientos, se ha demostrado con toda evidencia que la fiebre puerperal es una infección, ó sea una enfermedad microbiana que sobreviene durante o después del parto, y cuyo punto de entrada está en alguna superficie desprovista de epitelio; habiéndose denudado tal superficie ya simplemente por

un proceso fisiológico tal cual es el desprendimiento de la placenta, ó por lesiones traumáticas que siempre se producen en mayor ó menor grado al pasar el feto al través del conducto genital durante el trabajo del parto.

Gracias á este conocimiento exacto de la naturaleza de la enfermedad en cuestión y al método antiséptico que como consecuencia se ha establecido, se ha rebajado extraordinariamente la mortalidad y morbilidad ocasionada por la fiebre puerperal.

En las maternidades eran aterradores los estragos causados por esta enfermedad; en la sección de parturientas del Hotel Dieu de París, fué endémica la fiebre puerperal durante siglos, explotando de cuando en cuando gravísimas epidemias hasta llegar á tal extremo en algunas de ellas, que de 20 mujeres atacadas apenas se salvaba una. Lo propio ocurría en otras maternidades como en la ya citada de Viena, en la de León, Londres, Berlín etc.

La mortalidad ocasionada por tal fiebre ha descendido nota-

blemente gracias al establecimiento del método antiséptico, tanto es así que en las maternidades ha descendido la proporción desde el 10, 20 y aún 31 por 100 que como hemos visto se daba en la primera mitad del siglo pasado, hasta el 1 por 1000 y aun por 2000 que en la actualidad se observa en los establecimientos bien montados para la asistencia de partos.

Respecto á la morbilidad tambien ha disminuido muchísimo sobre todo en lo que se refiere á los casos graves, pues nuestro eminente tocólogo Recasens la evalua en la proporción de 1 por 1000.

No se ha rebajado tanto ni con mucho la proporción de los casos leves, cuales son, los de infección ligera en que el termómetro marca de 38 á 39°, el pulso late 60 á 100 veces por minuto y que generalmente duran pocos días; á los que los antiguos denominaban fiebre lactea. Estas pequeñas infecciones se dan según cálculo de Recasens en la proporción de un 12 por 100; y según Olshausen entre un 6 y un 35 por 100 en las casas de maternidad.

Y se comprende que así ocurra aún en partos perfectamente asistidos, puesto que estas pequeñas infecciones tienen por puerta de entrada el tractus vaginal inferior; y aunque por medio de la asepsia y antisepsia se logra que los gérmenes infectantes no obren sobre la parte alta del aparato genital que es donde generalmente se producen las infecciones graves, es imposible evitar en muchos casos que las erosiones vulvo-vaginales que el parto produce se infecten, dada la proximidad á que se encuentran del ano.

Las cifras de mortalidad y morbilidad que acabo de citar son las que observan en las maternidades bien montadas y en la clientela culta de los tocólogos celosos; más no se ha logrado llegar aún á tal grado de perfección en la asistencia á partos de toda la práctica privada; y es que la falta de recursos en la asistencia rural y la autorización de que gozan para asistir á partos practicantes y comadronas, son los motivos que impiden llegar á tan excelentes resultados.

Esto mismo sirve para confirmar la brillantez del método, al -

recordar que antes de su empleo, en las maternidades era mucho más elevada la cifra de mortalidad y morbilidad que en la práctica privada, por la perniciosa influencia que en aquellas ejercía el hacinamiento y el contagio. Mientras que en la actualidad se observa en las maternidades mucho más brillantes resultados que en la práctica privada, merced al rigor con que se sigue el método en aquellas; mientras que en la clientela particular, por falta del comadron unas veces y otras por falta de recursos é ignorancia de muchos clientes que no llaman al médico (pues según ellos "cuando viene bien el parto no hay peligro"), ó si le llaman acuden á él á última hora; despues de haber practicado el tacto vaginal cualquier comadre, despues de rota la bolsa de las aguas, encontrándose muy avanzado el periodo expulsivo; y por consiguiente despues de haber dejado pasar el tiempo oportuno para adoptar las debidas precauciones contra la infección; por todo lo cual no se alcanzan ni con mucho las admirables resultados que el fiel cumplimiento del método antiséptico proporciona.

II. CONCEPTO CLINICO DE LA FIEBRE PUERPERAL.

El puerperio normal está caracterizado por una temperatura de 37° ó algo inferior á ella, por la disminución del número de pulsaciones que descienden á 60 ó 70 por minuto, por la expulsión de loquios inodoros y por la regresión gradual del volumen del útero.

Claro está que ni aún dentro del fisiologismo ocurren siempre así las cosas, pues en algunas ocasiones se cuentan algunas pulsaciones más de 70 por minuto, como por ejemplo en los casos de desgarros vulvo-perineales en que la reacción cicatricial puede ir acompañada de aumento del número de pulsaciones, hasta 80 por minuto, sin haber fiebre ni infección.

En otras ocasiones el termómetro marca algunas décimas más que 37°, tal puede ocurrir inmediatamente ó pocas horas despues del trabajo del parto; más sino hay infección esta ligera elevación febril es muy pasajera, pues desaparece para las doce horas despues del --

parto.

Pero estas alteraciones deben ser muy pequeñas si no han de caer dentro de la patología; pues ni aún en el periodo de flucción lactea debe pasar el pulso de los 80 latidos por minuto, ni llegar la temperatura á los 38°, si hemos de tener la tranquilidad de la ausencia de infección.

La fiebre lactea de los antiguos comprendiendo en ella temperaturas de más de 38° y pulso superior á 80 por minuto, no existe en puerperios completamente asépticos.

Lo que si hay es, al presentarse la secreción lactea algunas décimas más de temperatura y algunas pulsaciones más por minuto, pero esta reacción fisiológica nunca traspasa los límites señalados.

Cuando hay más temperatura y pulso, no es esto debido solamente como creían los antiguos á la subida de la leche, aunque coincidan esos síntomas con la turgencia de las mamas y con el establecimiento de la secreción, sino que lo que ocurre es, que además de la reacción

lactea y coincidiendo con ella se presentan las primeras manifestaciones del ingreso de las toxinas microbianas en el torrente circulatorio, es decir la coincidencia de la reacción lactea con los primeros fenómenos generales de la infección.

Si aún siquiera los casos en que tales fenómenos durando poco desaparecen al tener lugar la depleción de las masas, demuestran nada en favor de la antigua teoría; pues sabido es que existen infecciones efímeras las que por ser ligeras y encontrarse con un organismo dotado de gran actividad defensiva evolucionan en tan corto tiempo.

III. DEFINICION, ETIOLOGIA Y PATOGENIA.

La fiebre puerperal es un proceso patológico producido por la acción nociva que ejercen ciertos microbios, sobre las heridas que existen en los órganos genitales de las recién paridas.

De modo que para darnos perfecta cuenta de este proceso, debemos de estudiar las siguientes cuestiones:

- 1ª.- Estado en que quedan los órganos genitales de la mujer á consecuencia del parto.
- 2ª.- Microbios que pueden producir tal enfermedad.
- 3ª.- De donde proceden estos microbios y porqué medios llegan á ponerse en contacto de las citadas heridas; y
- 4ª.- Condiciones microbianas y orgánicas que influyen en la aparición y gravedad de esta fiebre.
- 1ª.- Estado en que quedan los órganos genitales de la mujer á consecuencia del parto: El estado en que después del parto quedan los

genitales es muy apropiado para la multiplicación y difusión de los gérmenes, así como también para la absorción de sus toxinas.

Por medio de una asistencia cuidadosa se puede en la generalidad de los partos, evitar las raspaduras extensas del periné y demás lesiones profundas del conducto genital; pero esto no es suficiente para librarse de la infección, porque además de que es imposible evitar las pequeñas erosiones epiletiales de la vulva y vagina así como los desgarros del cuello uterino, además de esto resulta, que la falta de revestimiento epitelial de todo el endometrio, consecutiva al desprendimiento y expulsión de los anejos fetales, deja la superficie interna del útero, ulcerada en toda su extensión, presentando circunstancias muy favorables para el anidamiento de los gérmenes infectantes; por lo cual suele ser el punto de partida de la inmensa mayoría de las infecciones puerperales y sobre todo de las graves.

En efecto; la superficie interna del útero (que está representada por el extracto más externo de las caducas verdadera y serotina)

experimenta normalmente un proceso necrótico, circunstancia favorable á la implantación de las bacterias.

Debajo de esta capa necrótica existe un tejido extraordinariamente laxo, cuyas lagunas ocupadas por sangre y suero, constituyen un cultivo excelente para el desarrollo microbiano.

A mayor abundamiento en la zona de inserción placentaria, existe una gran cantidad de vasos abiertos conteniendo coágulos, que constituyen elementos muertos muy adecuados para el desarrollo de saprofitos; y si á esto se añade la dilatación é hiperplasia que han experimentado los vasos linfáticos y venosos durante la gestación, el gran proceso de reabsorción que existe durante el puerperio y la constante comunicación que se establece entre la circulación linfática submucosa y la subperitoneal, se comprenderá las condiciones tan abonadas que se dan tanto para la proliferación microbiana y absorción de sus toxinas, como para el ingreso y difusión de los propios gérmenes patógenos en el torrente circulatorio.

Es pues en la mayoría de los casos el endometrio y sobre todo la zona de inserción placentaria, la puerta de entrada para la infección en el organismo. Así lo ha demostrado la anatomía patológica por medio de las alteraciones que allí se observan casi siempre. No es raro que las presente todo el endometrio hasta el orificio interno, pero en la zona de inserción placentaria es donde residen preferentemente ó de una manera exclusiva tales alteraciones histológicas.

Más no por esto puede negarse que toda herida genital tanto de las del cuello como las de la vagina, vulva y periné constituyen en algunos casos el punto de entrada de la infección.

2°.- Microbios que pueden producir tal enfermedad: Entre los microorganismos productores de la fiebre puerperal se distinguen como en toda fiebre traumática dos variedades por el diverso modo de comportarse.

Los pertenecientes á la una, sin facultad para atravesar los

tejidos y penetrar en la circulación, obran *in situ*, proliferando sobre materia muerta tal como sangre extravasada, secreciones, restos de membranas, algún cotiledón placentario etc; produciendo procesos necrobióticos locales y dando origen mediante sus reanvios nutritivos ó secreciones tóxicas que ingresan en la circulación y obran principalmente por su acción piretógena, produciendo la intoxicación traumática puerperal ó sapremia de Duncan, que no es más que un caso particular de la intoxicación traumática ó envenenamiento de las heridas.

Los gérmenes correspondientes á la otra variedad sin detenerse en las heridas atraviesan la valla formada por los tejidos, penetran en los vasos linfáticos y venosos, dando lugar mediante su reproducción y difusión á los graves trastornos locales y generales que caracterizan á las diversas formas de infección puerperal propiamente dicha.

Entre los microbios de la primera variedad causantes de la in-

toxicación puerperal tenemos en primer lugar el grupo de los gérmenes de la putrefacción ó saprofitos, que afectan por lo general la forma bacilar y son anaerobios obligados, es decir que se multiplican tan solo en medios privados de oxígeno.

De estos microbios los que con más frecuencia han sido hallados en los loquios pútridos son:

El bacillus perfringens de Weillon, identificado con el bacillus aerógenes capsulatus de Welch, ó bacilo enfisematoso de Fraenkel: es un bastoncillo grueso de extremos cuadrados que conserva el Gram, - siendo en muchos casos el causante de la fisometra.

El bacillus radiiformis de Weillon; pequeño bacilo de extremidades redondeadas que no conserva el Gram.

Los estreptococos anaerobios entre cuyas variedades más importantes se encuentra el estreptococcus tenuis.

El micrococcus fétidus de Weillon.

El bacillus thetoides de Ritz: bacilo polimorfo al que Jeanin

le identifica con el bacillus fundibuliformis descrito por Hallé entre los gérmenes que habitan en la vagina.

El bacillus ramosus.

El bacillus caducus.

El bacillus nebulosus etc.

Casi todos estos microorganismos son capaces de producir gases fétidos como el indol, fenol etc. que comunican á los loquios el olor característico.

Muchos de estos microbios anaerobios viven habitualmente en la vagina de la mujer sin ocasionar trastornos ni aun durante el puerperio, pues mientras no encuentren materias muertas para proliferar, ni heridas que permitan el paso de sus toxinas á la circulación son inofensivos.

Pertenece tambien á esta primera variedad además de los microbios productores de la sapremia ya citados, el bacilo de Loefer y el bacilo de Nicolaier que pueden ser trasportados á los genitales por -

contagio, dando lugar á la difteria genital y al tétanos como luego veremos.

Los microorganismos de la segunda variedad causantes de la infección puerperal propiamente dicha son los siguientes:

El estreptococo: está constituido por cocos reunidos en forma de cadena. Coze, (de Strasburgo) le descubrió en 1862 en la sangre de algunas púerperas febriles; y Pasteur en 1879, aislándolo, cultivándolo é inoculándolo, comprobó que este microorganismo que se encuentra en los loquios de las mujeres afectas de fiebre puerperal, es el causante de esta enfermedad.

Es esta especie microbiana la misma que se estudia en patología quirúrgica como causante de infecciones tan graves como la erisipela, el flegmon, la peiohemia y la septicemia.

Por observar ^{que} estas cadenas de cocos se presentan bajo diferentes formas se ha pretendido establecer algunas variedades con acción patógena particular específica: así se ha dicho que hay un estrepto-

coco largo más peligroso, y otro corto menos venenoso. Se ha distinguido también un estreptococo de la erisipela que produce inflamación no supurativa y otro estreptococo piógeno que determina la fusión purulenta de los tejidos.

Pero estas pretendidas variedades de estreptococo en relación con las diversas formas clínicas de los afectos puerperales no existen, pues se ha comprobado que no son más que diversas modalidades de forma y acción que un mismo estreptococo adquiere bajo diversas influencias; así el mismo estreptococo que produce la erisipela puede al ser transportado á la herida de otro individuo producir la supuración y ptohemia. Los mismos estreptococos que aparecen en un cultivo formados por largas cadenas de cocos, trasladados á otro medio de cultivo pueden agruparse en ~~cortas~~ cadenas y viceversa.

En los loquios normales no existe el estreptococ, así como tampoco en las secreciones normales de la vagina de las gestantes, pues constituyen un medio impropio para su desarrollo, como lo han

demostrado las experiencias de Kroening consistentes en introducir en la cavidad vaginal de las gestantes estreptococos, observando que desaparecen rápidamente por la acción de tales secreciones y por la de otros microorganismos allí existentes como son los bacilos de Döderlein.

Una vez que se ponen en contacto con las heridas genitales, los efectos que producen son muy distintos, según multitud de circunstancias dependientes de la virulencia y cantidad de gérmenes por un lado y de terreno por otro; circunstancias de las que me ocuparé más adelante.

Aquí únicamente señalaré como caracteres peculiares de la infección estreptocócica, la capa de color blanco grisáceo de aspecto sucio de que se recubren en muchas ocasiones las heridas genitales infectadas por este microbio, su gran poder reproductivo, la gran facultad de penetración y difusión de que está dotado (por lo que su infección se extiende con facilidad tanto por vía endocavitaria has-

ta llegar al peritoneo, como por vía vascular linfática ó venosa), y su tendencia á la supuración (aunque da también lugar á formas puramente flogísticas); por todo lo cual la infección por él producida es sumamente grave.

En un principio se consideró á este germen, como el único causante de la infección puerperal; así el Dr. Widad en su Tesis de 1889 demostró la importancia del estreptococo piógeno en tal infección y sostuvo el monomicrobismo de la infección puerperal, considerando al estreptococo piógeno como al único capaz de atravesar la mucosa uterina.

Investigaciones posteriores han demostrado no ser exacta tal opinión, porque aunque en la mayoría de las infecciones puerperales se encuentran estreptococos, se dan sin embargo muchos casos en los cuales, no se encuentran ningún estreptococo ni en las heridas infectadas ni en la sangre, hallándose en cambio estafilococos, colibacilos etc.

El estafilococo: La realidad de la estafilococia puerperal ya pura, ya asociada á otros micróbios, es hoy día admitida por todos -- los tecócos. La Memoria de Brieger en la que de 7 casos de infección puerperal mortal en 5 había hallado el estafilococo puro; y solo en dos el estreptococo, promovió las investigaciones en este sentido.

Bar observó una mujer que padecía de estafilococia puerperal - en la que se produjo una pleuresia supurada debida al mismo microorganismo. Strđarəkeman, Fehling, Canon, Levy, Kroening etc. encontraron tambien infecciones estafilocócicas puras.

Son estos estafilococos piógenos; el aureus, el albus y el citreus, cocos agrupados en forma de racimo. El primero es muy conocido por ser el agente más frecuente de la supuración de las heridas - quirúrgicas.

Su poder de penetración y difusión en los tejidos no es tan - grande como el del estreptococo por lo que en muchos casos se fija - en las heridas del periné, vulva, ó endometrio con tendencia á quedar

localizado, pero lo mismo que el estreptococo puede dar lugar tambien á graves infecciones puerperales generalizadas seguidas en algunas ocasiones de terminación mortal.

Puede el estafilococo dar lugar á formas flogísticas simplemente, pero tambien origina con frecuencia formas supuradas, pues el estafilococo una vez que penetra en los tejidos y en la circulación tiene mayor tendencia aunque el estreptococo á la supuración.

El colibacilo: Este microbio no estaba incluido entre los agentes de la infección puerperal hasta que Fraenquel en 1866 y Cushun en 1886 acusaron como productor de ciertas infecciones uterinas al bacilo de Passet identificado despues con el colibacilo.

Gebhár encontró este microorganismo en la mayor parte de los casos de fisometra demostrando su papel aerógeno.

Aunque en un principio se le concedió el exclusivismo aerógeno despues se observó que muchos de los saprofitos que en los casos de infección existen en la cavidad uterina pueden producir gases dando -

lugar á la timpanitis uterina.

Jeanin observó un caso de infección puerperal en el que se practicó el duodécimo día despues del parto la histerectomia encontrando la capa muscular del utero infiltrada de estreptococos, de perfringes y de colibacilos.

Widal en una mujer muerta por infección puerperal de marcha rápida, encontró en vida de tal enferma el colibacilo en su sangre.

Kroening, Willians, Bunn y otros, han demostrado tambien la existencia de infecciones puerperales producidas por el colibacilo.

Vemos pues que este bacilo ^{que} es aerobio facultativo y su mayor virulencia la adquiere en los medios privados de oxígeno, y produce no solamente lesiones locales en el punto de implantación, sino que puede llegar por via lingática y venosa á gran distancia del punto de inoculación.

Sin embargo su poder de difusión no llega ni con mucho á ser tan grande como el del estreptococo, por lo que da lugar con mucho menos frecuencia que este á la formación de focos microbianos secun-

darios.

El bacillus coli es huesped constante del intestino y puede - atravesarlo cuando se exalta su virulencia bien por retención de heces fecales y tensión extraordinaria del intestino, bien por procesos flogísticos de sus paredes; lo que explica la aparición de algunas infecciones autógenas sin puerta de entrada uterina.

El conocimiento de estas cualidades del colibacilo nos obliga á ordenar tome la gestante un enema ~~del~~ el momento de comenzar el trabajo del parto, al objeto de vaciar el recto de heces fecales para - que en el momento de la expulsión fetal no defecue, con lo cual se - producirían siembras de colibacilos en las heridas perineo - vulvares. Por el mismo motivo se ve la necesidad de practicar una esmerada limpieza de la región vulvo - perineal; así como tambien el cuidado que se debe guardar al practicar las exploraciones vaginales de no arrastrar el dedo explorador por el periné al introducirlo en la vulva.

Como consecuencia de lo dicho, se mantendrá durante el puerpe-

rio el tubo digestivo en un estado de curso regular de las heces fecales para evitar que la detención de estas aumente la virulencia del bacilo y facilite su paso á través de las paredes intestinales distendidas.

El pneumococo: Aufrecht como resultado de sus observaciones clínicas é investigaciones experimentales opina que el pneumococo puede producir una endometritis puerperal.

Canon comunicó un caso de infección puerperal con metástasis á consecuencia de la cual falleció la enferma á los 20 dias, demostrando el examen necrósico de su cadaver la presencia de pneumococos en los abscesos renales cuya inoculación en ratones prendió rápidamente.

El gonococo: El gonococo puede dar lugar á formas distintas de infección puerperal. Nöggerath en 1872 fué el primero que indicó la relación de causa á efecto existente entre la blenorragia y ciertos accidentes puerperales. Saegner en el primer congreso ginecológico alemán celebrado en Munich en 1886 confirmó la opinión de Nöggerath -

§ 37 -

y dió la prueba bacteriológica.

Expuso su opinión de que si bien el gonococo no podía propagarse por vía linfática, ni tampoco penetrar directamente en la profundidad de los tejidos, era sin embargo capaz de producir complicaciones puerperales, porque el pus gonorréico contenido en el interior de las trompas de Falopio podía verterse en la cavidad serosa determinando peritonitis de tal naturaleza.

En la actualidad se admite que el gonococo en ciertos casos de puerperio puede determinar una infección del endometrio, de las trompas, del peritoneo etc.

Se discutió mucho si su acción se limitaba á la reacción local ó si producía también efectos generales, hasta que Wertthein demostró de modo concluyente los efectos piretógenos que producen en el organismo los cultivos puros de gonococos, lo que da la explicación de ciertos casos observados de infección puerperal con síntomas generales de septicemia en los que no se encuentra en los loquios otro mi-

crebio que el gonococo.

Puede pues una blenorragia vaginal crónica que apenas determinaba en la mujer disturbio alguno, agudizarse durante el puerperio, - exaltándose la virulencia del gonococo ya por los traumatismos del - parto, ya por ser el flujo loquial para tal microbio un excelente medio de cultivo, ya por exploraciones, lavados, raspados, uterinos etc. y llegar al endometrio donde puede determinar una endometritis febril.

En ocasiones se propaga el gonococo á las trompas dando lugar más tarde á la formación de un piosalpina.

Cuatro ó seis semanas son suficientes para que este se produzca.

Se han observado tambien parametritis de origen gonocócico.

A veces llega hasta el peritoneo á través de la trompa de Fallopio originando la peritonitis gonorreica.

Son caracteres peculiares de esta infección: el ser de aparición algo tardía pues no se presenta generalmente hasta el final de -

la primera semana del puerperio y aún más tarde, el limitarse á la porción pelviana del peritoneo sin generalizarse, y el no ir acompañada de síntomas generales muy graves pues no hay perturbaciones sensoriales, la intoxicación no es muy profunda y es muy raro que se presente el colapso pues aunque llegue la fiebre á 40° rara vez late el pulso más de 120 veces por minuto. El pronóstico es casi siempre favorable produciéndose frecuentemente la curación de modo rápido.

Puede el gonococo llegar hasta las articulaciones y producir artritis supuradas.

Se han observado también endocarditis gonocócicas.

Rendu ha publicado un caso de endocarditis de origen séptico puerperal en el que no se halló más microbio que el gonococo.

Asociaciones microbianas: Como se ve por la reseña microbiana que acabo de hacer son muchas las especies microbianas anaerobias y aerobias capaces de producir la fiebre puerperal.

Estas especies pueden aisladamente producir una infección, dan-

así lugar á las infecciones puras ó monomicrobianas; pero esto no es lo más corriente.

En la inmensa mayoría de los casos son varias especies microbianas asociadas las que intervienen en la producción del cuadro morboso; es decir que la fiebre puerperal en la mayoría de los casos es mixta ó polimicrobiana.

Es más, ni tan siquiera los microbios anaerobios productores de la intoxicación puerperal ó sapremia, están con frecuencia en la clínica completamente desligados de los que ocasionan la infección puerperal propiamente dicha.

Así, ocurre en la generalidad de los casos que en los loquios, tejidos y sangre de una mujer infectada se encuentran diversas especies microbianas formando asociaciones diversas; por ejemplo: en unos casos se encuentran perfringens y estreptococos en los genitales y loquios, y estreptococos en la sangre y focos secundarios; en otros casos se encuentran estreptococos y estafilococos, en otros estrepto-

cocos y colibacilos etc. asociándose así en multitud de combinaciones.

Estas asociaciones obran sobre la virulencia de los propios microbios asociados, atenuándola unas veces y exaltándola otras veces - que son la mayoría de los casos; así se ve que el estreptococo desaparece de la vagina de las gestantes por la acción del bacilo corto de Doederlein y en cambio se hace aquel extraordinariamente virulento cuando se encuentra en los genitales con los bacilos anaerobios productores de la sapremia, ó con el bacilo de Loefer agente causal de la difteria. La convivencia de este último bacilo con el estreptococo exalta por simbiosis la virulencia de ambos microorganismos en alto grado.

De esto resulta que en una fiebre puerperal que comienza por ^{su} una septicemia por ejemplo, se acusa después á esta una sapremia merced al aumento de virulencia que determinó aquella en los saprofitos genitales que fueron hasta entonces inofensivos; resultando de esto una gran dificultad para establecer la diferenciación entre los efec-

tos dependientes de una y otra especie de las dos que intervienen; - puesto que si bien los agentes productores de la septicemia obran principalmente por las toxinas que envían á la sangre, los de la infección ^{ademas de obrar por su acción,} de presencia en los tejidos y circulación, actúan también por las toxinas que emiten desde los focos primitivos y secundarios.

3^o.- De donde proceden los microbios y porqué medios llegan á ponerse en contacto de las heridas genitales: Los microorganismos infectantes proceden de diversas fuentes que emanan de dos distintos manantiales, á saber: el mundo exterior y el organismo de la misma enferma, dando lugar los procedentes del primero á la eteroinfección y los del segundo á la autoinfección.

La primera forma de fiebre puerperal ó eteroinfección de origen exógeno, es la desde más antiguo conocida, la que de ordinario - reviste mayor gravedad, la que se daba con mayor frecuencia y en la que más se ha beneficiado á las púerperas ~~merced~~ á la antisepsia y - asepsia.

Como comprobante de estas afirmaciones basta recordar lo expuesto al ocuparme del bosquejo histórico.

Los gérmenes que la producen proceden de todo material que no esté perfectamente asepticado y sobre todo de focos infecciosos tales como pus, secreciones morbosas, exudados de tejidos inflamados, erisipela, nutrilagos etc. El mismo aire cuando es impuro puede ser causa de infección y aunque en general no es la entrada del aire séptico la que determina la infección, no se puede negar que depositándose los gérmenes que pupulan en el aire en ciertos materiales, pueden despues estos servir de vehículo para llegar á las heridas genitales.

Los medios merced á los cuales llegan los microbios á ponerse en contacto con las heridas genitales son todos aquellos que empleados durante el parto y puerperio pueden trasportarlos á ellas; tales son los dedos del médico ó de la comadrona, las diversas piezas de ropa, de cura, los instrumentos de intervención terapéutica etc.

Por lo cual si no queremos ser causantes de la eteroinfección -

hemos de adoptar una escrupulosa asepsia, esterilizando todo absolutamente todo lo que se ha de poner en contacto con la puérpera.

Siendo los dedos del que asiste al parto los que pueden con suma facilidad conducir á los genitales los gérmenes sépticos, nos hemos de esmerar todo lo posible en hacer una escrupulosa desinfección de las manos con agua, jabón, cepillo y antisépticos para llegar al mayor grado posible de asepsia de las mismas. El uso en los partos de guantes de cauchá asépticos nos da mayor garantía de evitar la infección.

Al tactar introduciremos los dedos directamente en la vulva á la vista, sin andar á ciegas recorriendo antes con ellos el periné, - al objeto de no recoger en él gérmenes y practicar después siembras en los genitales.

Reduciremos lo más posible el número de tactos vaginales, supliéndolos en lo que sea posible por medio de la palpación abdominal y auscultación para darnos cuenta de la marcha del parto. En la ma-

yoría de los partos bastará con practicar dos tactos vaginales; uno al principio en cuanto llegemos ^{junto} á la presunta parturienta para asegurarnos de que efectivamente se trata de un parto, y otro al romperse la bolsa de las aguas y al comenzar los dolores del periodo expulsivo para adquirir los detalles necesarios referentes á la presentación y posición.

Todas estas precauciones que son necesarias tomar al objeto de que las manos en circunstancias normales no sean el vehículo de la infección, no bastan cuando se hallan infectadas, bien por padecer un panadizo, eczema supurante, irisipela etc. ó bien por haber asistido y tactado algún proceso séptico puerperal ó de otro cualquier género infectado; en tales condiciones no hay limpieza por escrupulosa que sea que garantice la asepsia de tales manos, por lo cual en estas circunstancias debe rehusarse la asistencia á partos.

Los dedos de la misma parturienta pueden ser también los que conducen á sus genitales los gérmenes productores de la fiebre puerperal.

La segunda forma de infección puerperal ó autoinfección de origen endógeno, se da con menos frecuencia que la anterior, su conocimiento es más moderno y aunque sobre su existencia se ha librado muchas discusiones hoy día es inegable.

Esta autoinfección puede ser de origen genítal ó de origen extragenital, según que los gérmenes que la produzcan se encuentren de antemano en el aparato genítal, ó procedan de fuera de él de otro punto cualquiera del organismo de la puérpera.

En el primer caso (autoinfección de origen genítal), los gérmenes pueden existir en el útero antes de que se produzca la fiebre puerperal (á causa de un sarcoma, de un carcinoma ulcerado, de un fibroma supurado, de una endometritis que haya permanecido latente durante la evolución del embarazo etc), ó pueden llegar á él por la trompa en el caso por ejemplo de existir un piosalpix, ó proceder de la vagina ó de la vulva.

Los que llegan al útero procedentes de la vagina han dado lu-

gar á muchas investigaciones y discusiones: Así mientras Winter, - Steffeck, Ahlfeld, Jeanin y otros afirman que en la vagina existen - siempre gran número de microbios de virulencia atenuada, pero que -- exaltada merced á circunstancias abonadas pueden dar lugar á toda - clase de infecciones; otros muchos autores é investigadores confirmando los trabajos de Doederlein sostienen que el flujo vaginal de - las embarazadas contiene una especie microbiana formada por bacilos cortos y gruesos que impide el que allí se desarrollen especies microbianas patógenas. Doederlein sienta como conclusión de sus trabajos que hay dos clases de secreciones en la vagina una normal fuertemente ácida y otra patológica de reacción neutra ó alcalina; en la primera existen sí microbios pero lejos de ser patógenos tienen la virtud de destruir á los que dotados de virulencia llegan á penetrar en el interior de la vagina.

Kroening admite los bacilos de Doederlein y va más allá afirmando que toda secreción vaginal normal ó patológica impide la vida -

en ella de todo germen, conforme á lo cual no acepta que existan nunca en las secreciones vaginales de las mujeres embarazadas especies microbianas de acción patógena excepción hecha del gonococo y del hongo del muguet, afirmando que no fructifican en el flujo vaginal las siembras hechas expresamente de otras especies microbianas.

Los trabajos de investigación microbiológica practicados por Recasens confirman las conclusiones de Doederlein, pues en secreciones vaginales recogidas de mujeres libres en absoluto de patologia genital no ha encontrado nunca por los medios comunes de cultivo más que bacilos cortos de Doederlein y con los cultivos hechos en medios anaerobios ha visto varias especies indeterminadas, que cultivadas separadamente no se parecían morfológicamente á ninguna de las especies virulentas productoras de las diversas formas de infección.

Como resultado del estudio de la flora genital, que es necesario tener presente para las exigencias de la práctica se puede afirmar dentro del fisiologismo genital, la esterilidad en gérmenes del -

tramo superior del aparato genital en lo que se refiere á las trompas de Falopio y útero. En cuanto á la vagina debemos tener presente que en los casos en que se conserva con normalidad anatómico-fisiológica perfecta, tiene sus medios de defensa contra los gérmenes aerobios (productores comunes de las infecciones graves) en su secreción ácida, en los bacilos de Doederlein; en la fagocitosis y en la falta de oxígeno; por todo lo cual resulta un medio inadecuado para la vida de aquellos.

Pero si se considera que tal normalidad falta muchas veces por ser frecuentes los desgarros vulvo-perineales que dan acceso al aire al tramo inferior de la vagina, así como también las vaginitis, los desgarros del cuello uterino, las endocervicitis etc. que hacen desaparecer los medios de defensa citados, se comprenderá que en tales condiciones es posible que en las secreciones vaginales se encuentran viviendo como parásitos gran número de microbios que adquiriendo mayor virulencia en el estado puerperal sean causantes de infecciones.

Son estas de escasa importancia cuando los citados gérmenes - actúan solamente sobre heridas perineo-vulvares ó vaginales. Pero revisten mucha gravedad si son trasladados dichos microbios hasta el endometrio, ya por sí mismos ascendiendo á favor de algún colgajo de membranas que eventualmente se encuentra en la vagina por haber quedado pendiente del útero á través de su cuello, ya por exploraciones digitales ó utensilios de intervención terapéutica que aunque se hayan esterilizado, los recogen al pasar por la vagina y los transportan poniéndolos en contacto con un medio tan adecuado para la infección como ~~es~~ los desgarros cervicales y la superficie interior del útero puerperal.

En el segundo caso (autoinfección de origen extragenital) los gérmenes proceden muchas veces de la proximidad de los órganos genitales tal como - de la región perineo-anal abundante en colibacilos sobre todo en los casos que hay evacuaciones fecales durante el período expulsivo; de la uretra que en los casos en que se encuentra -

afecta de uretritis puede infectar los genitales de gonococos, colibacilos, estafilococos; de la vejiga que afecta de cistitis puede infectar los genitales de estreptococos; una pielonefritis los puede infectar de estreptococos y estafilococos; se puede producir la infección por la retención de materias fecales, pues esta determina la exaltación de la virulencia colibacilar y estos microbios con virulencia exaltada pueden pasar á través de las tónicas intestinales íntegras á los órganos genitales y al peritoneo pelviano.

Puede darse también la autoinfección propagándose por continuidad la inflamación que presentan ciertos órganos vecinos á los genitales; así, la inflamación de la uretra, de la vejiga urinaria, apéndice ileo-cecal, recto etc. puede ser el punto de partida de las más diversas clases de afectos puerperales.

Otras veces los focos microbianos puntos de partida de la infección genital, se hallan situadas á mayor distancia, en un punto cualquiera del organismo; y son llevados á los genitales por la mis-

man púerpera; esta puede llevar á la vulva con sus dedos los gérmenes de un panadizo, de una erisipela, de un abceso de la mama etc.

La infección por via sanguinea puede darse aunque no es frecuente; la pneumonia, la tuberculosis, la grippe, la erisipela etc. pueden dar lugar durante el puerperio á flogosis genitales de tales especies.

4º.- Condiciones microbianas y orgánicas que ónfluyen en la aparición y gravedad de la fiebre puerperal: La presentación y gravedad de la fiebre puerperal depende de varios factores tales como son la virulencia microbiana, el número de microbios que llegan al organismo, las condiciones del terreno, el momento en que se produce la infección y el lugar por donde ella se verifica.

La virulencia microbiana juega un papel importantísimo en la gravedad de la infección; y consiste tal propiedad en el grado de resistencia de los gérmenes contra los elementos defensivos del organismo tales como células y humores; y en el poder reproductivo de -

aquellés.

Esta virulencia puede ser atenuada ó exaltada según múltiples circunstancias algunas de ellas perfectamente conocidas. Así, basta trasportar al estreptococo á medios artificiales de cultivos en contacto del oxígeno del aire para atenuar considerablemente su virulencia.

Por el contrario si se trasporta este microorganismo de un animal á otro se exalta mucho su virulencia como lo han demostrado el laboratorio y la clínica.

Widad, Marmoreck y otros trasportando los estreptococos de un animal á otro han obtenido cultivos de alta virulencia capaces de matar en dos ó tres días un cobayo á la dosis de una cienmillonésima de c.c. de caldo de cultivo. En las epidemias humanas por este agente se ha observado con toda claridad que los casos de contagio de fiebre puerperal inconscientemente verificados por los asistentes á los partos, eran mucho más graves que los primitivos que fueron el

origen de tales epidemias.

Influye también en la virulencia microbiana la convivencia de unas especies microbianas con otras; más atrás queda ya expuesto que los bacilos de Doederlein atenuan la virulencia de los estreptococos, ^{estafilococos,} etc. y que por el contrario se exalta la virulencia de estos al convivir con los anaerobios.

El número de microbios que llegan al organismo juega también papel en la importancia de la infección, ya que modifica uno de los términos de la relación que existe entre las defensas orgánicas y la cantidad de elementos que deben destruirse; pero hay que tener en cuenta que este factor número es de mucho menor importancia que el factor intensidad de la virulencia, puesto que la facultad reproductora de los gérmenes virulentos es maravillosa, por lo que siembras pequeñísimas pueden ir seguidas inmediatamente por decirlo así de infecciones extraordinariamente graves.

Las condiciones de terreno son de gran importancia en el desa-

rollo de la infección. En el organismo de toda mujer embarazada se producen modificaciones que crean predisposiciones para la infección en el periodo puerperal: la hiperglicemia que se da según Rivemont - en el 40 % de las embarazadas favorece la pululación de los gérmenes y por ello el desarrollo de la infección; la desmineralización dependiente del paso del hierro del organismo materno al fetal, el retardo en los cambios nutritivos etc. son también para ella condiciones abonadas.

Pero aparte de estas condiciones comunes en mayor ó menor grado á todas las puérperas, existen otras individuales más importantes que aquellas, á saber: La rotura precoz de la bolsa de las aguas; pues siendo el líquido amniótico excelente medio de cultivo para los microbios, es muy difícil en tal circunstancia conservar aseptica la cavidad ovular, por lo que si dicho líquido se infecta, después al desprenderse la placenta se pone en contacto con la herida uterina resultante de tal desprendimiento, dando lugar á infecciones suma-

mente graves..

La placenta previa por dejar más cerca de la vagina la superficie cruenta uterina resultante del desprendimiento placentario y por las manipulaciones inherentes á su tratamiento es causa que predispone á la infección.

Toda maniobra obstétrica favorece la infección; de aquí la necesidad de reducir lo más posible el número de exploraciones vaginales y de no intervenir jamás por simple complacencia sin existir una indicación formal que lo exija.

Es muy propicia al desarrollo microbiano la debilitación local de los tejidos en que se implantan, por heridas, contusiones, edemas etc. que se producen durante el parto. Sobre todo los desgarros vulvo-perineales, vaginales, y las rasgaduras del cuello del útero - constituyen un gran peligro de infección; por lo que se deben evitar en lo posible y reparar inmediatamente tales lesiones en el caso de que se produzcan.

Toda materia retenida en el interior del útero (restos placentarios ó membranosos, coágulos sanguíneos, líquido amniótico, loquios etc) constituyen un medio de cultivo excelente para el desarrollo de los gérmenes de infección y muy especialmente de los saprofitos.

Todo cuanto signifique disminución de la resistencia orgánica predispone al desarrollo y multiplicación microbiana puesto que defendiéndose el organismo del elemento microbiano por la fagocitosis desplegada por sus leucocitos cuanto con mayor potencia reaccionen - estos más dificultades encontrarán los microbios para apoderarse del campo. Así se comprende que la extenuación nerviosa, la prolongada duración ^{del parto, las hemorragias considerables, la albuminuria,} y demás causas de debilitación orgánica abonen el terreno para la infección.

Las afecciones cardiacas por los trastornos circulatorios que ocasionan predisponen á la difusión de los gérmenes por via sanguínea.

Las afecciones del aparato digestivo que producen retención -

de materias fecales obran también como predisponentes.

El momento en que se produce la infección tiene una importancia capitalísima en la gravedad de la misma; tanta, que se puede sentar el siguiente principio pronóstico - por regla general las infecciones son tanto más graves cuanto su aparición se aproxima más al momento del parto. Y se comprende que así sea, pues si los gérmenes llegan al endometrio inmediatamente después del alumbramiento, se encuentran con la superficie cruenta que se acaba de producir al desprenderse la placenta, donde existen multitud de vasos sanguíneos y linfáticos boquiabiertos que facilitan extraordinariamente su difusión, sin dar tiempo á que el organismo apreste sus defensas. Por ello son de pronóstico generalmente muy grave las infecciones producidas por el líquido amniótico en los casos en que este se infecta durante el parto por rotura prematura de la bolsa de las aguas, porque yendo á bañar éste líquido infecto en el momento de realizarse el alumbramiento la herida uterina, se establece la infección inme-

diatamente.

En cambio si los gérmenes llegan al endometrio algunos días después del parto, encuentran ya ocluidas las boquillas vasculares, bastante aumentando el número de glóbulos blancos y en gran actividad la producción de sustancias microbicidas, circunstancias todas ellas que se oponen á la proliferación microbiana.

El sitio por dónde se verifica la entrada del germen es también un factor de gran importancia en la gravedad de la infección. Menos grave cuando los microorganismos se implantan en heridas vulvo-perineales ó vaginales, adquiere mayor gravedad cuando lo hacen sobre rasgaduras del cuello uterino y sobre todo cuando asientan en la herida placentaria, donde encontrándose con restos desiduales, coagulos sanguíneos etc. que son excelentes medios para su nutrición y reproducción, y con multitud de vasos abiertos para su difusión, se dan las condiciones más adecuadas para que la infección se presente con rapidez é intensidad.

**IV. DIVERSAS FORMAS ANATOMICAS Y CLINICAS QUE SUELE REVESTIR
LA FIEBRE PUERPERAL.**

Entre la multitud de modalidades anatómicas y clínicas que pueden adoptar la fiebre puerperal, hemos de distinguir en primer lugar dos formas principales de la misma, según que los gérmenes que la producen tengan ó no facultad para atravesar las barreras genitales y difundirse por el organismo.

Tales formas principales de fiebre puerperal son: la sepsis y la infección puerperal propiamente dicha.

En la primera forma de fiebre puerperal llamada sepsis de Duncan ó intoxicación traumática puerperal, los microbios sin llegar á la circulación por carecer de facultad para atravesar los tejidos actúan in situ nutriéndose y multiplicándose sobre la materia muerta allí existente tal como restos de membranas, algún cotiledón de placenta, sangre extravasada, loquios detenidos etc., dando lugar -

á la putrefacción de tales residuos y á secreciones tóxicas resultantes de sus cambios nutritivos que ingresando en la circulación obran principalmente por su acción piretógena.

En la segunda forma de fiebre puerperal llamada infección puerperal propiamente dicha, los microorganismos obran no solo localmente, pues su poder penetrante es tal que traspasando la barrera genital penetran en la circulación y constituyen nuevos focos, enviando de tales focos microbianos primitivos y secundarios, las toxinas que elaboran que ingresando en el torrente circulatorio se esparcen por toda la economía.

En conformidad con lo dicho ocurre de ordinario en la infección puerperal que se observan trastornos locales y generales; y aunque la intensidad de los unos hace muchas veces que pasen desapercibidos los otros, haciendo así buena la división que hacen los autores en formas localizadas y formas generalizadas de esta infección; son sin embargo pocos los casos en que examinados con atención

no se encuentra alguna lesión local en las formas generalizadas y viceversa no se presenten trastornos generales en las formas localizadas.

Más como quiera que en algunos casos no se aprecian clínicamente ambas clases de trastornos y son muchos los casos en los que revisten mucha importancia los fenómenos generales, siendo insignificantes las lesiones genitales que á ellos acompañan y viceversa, no habiendo por consiguiente proporcionalidad entre una y otra clase de trastornos; de aquí que atendiendo á estos caracteres clínicos y en la necesidad de formarnos un claro concepto de ellos siga á los autores que acostumbran clasificar las formas de infección puerperal en:

I.- Formas localizadas.

II.- Formas generalizadas.

Estudiaré en las primeras la vulvitis y colpitis puerperal, la endometritis, la salpingo-ovaritis, la parametritis, la peritoni-

tis y la flegmasia alba dolens, todas ellas puerperales.

Comprenderé en las segundas la septicemia y la pichemia puerperales.

Claro está que la clasificación que acabo de hacer no es absoluta y tiene algo de arbitraria, ya que la fiebre puerperal se -- presenta en clínica con cuadro patológico muy complejo; y no siempre se presentan supuraciones puras ni infecciones puerperales puras, -- sino que por el contrario la presentación de una de estas formas, -- abona el terreno para la presentación de la otra.

En la misma infección puerperal propiamente dicha es lo corriente que las lesiones locales vayan acompañadas de trastornos generales y viceversa.

Por fin, aun en las formas localizadas es raro que el proceso patológico se limite á la vulva, al endometrio, á la trompa de Falopio etc, pues lo ordinario es que dada la continuidad y especial estructura del aparato genital las formas anatómicas sean más

complejas interesando varias partes de tal aparato, á la vez ó de un modo sucesivo.

Así las salpingitis, parametritis y peritonitis van con frecuencia acompañadas ó precedidas de endometritis. Tras de una colpitis puerperal se ve amenudo presentar una vulvitis ó una endometritis etc.

Hechas ya las salvedades que preceden haré el estudio de las formas anatómicas de la fiebre puerperal conforme á la clasificación siguiente:

- I. Sepsis puerperal.
- II. Infección puerperal propiamente dicha: que comprende
 - 1°. Vulvitis y colpitis puerperales.
 - 2°. Endometritis puerperal.
 - 3°. Salpingo-ovaritis puerperal.
 - A. Formas localizadas
 - 4°. Parametritis puerperal.
 - 5°. Peritonitis puerperal.
 - 6°. Flegmasia alba dolens puerperal.

- B Formas generalizadas
- 1°. Septicemia puerperal.
 - 2°. Píchemia puerperal.

I. INTOXICACION O SAPIEMIA PUERPERAL.

Queda ya anotado al hacer el estudio de los gérmenes productores de esta enfermedad, que muchos de ellos viven habitualmente en la vagina sin ocasionar trastornos ni aun durante el puerperio, pues mientras no encuentran materias muertas para proliferar ni heridas - que permitan el paso de sus toxinas á la circulación son inofensivos.

Así se comprende que en el curso de puerperios fisiológicos se descompongan los loquios en la vagina por la acción de estos - agentes y aunque se expulsen loquios fétidos, permanezca la enferma apirética porque mientras se conserva la integridad del epitelio vaginal impide la absorción de los productos tóxicos allí elaborados: tal observación aconseja el practicar irrigaciones vaginales antisép-

ticas cuando la fetidez loquial se presenta, al objeto de evitar que los cultivos desarrollados en la vagina se propaguen á la superficie interna de la matriz.

Pero fácilmente se comprende que dichos gérmenes pueden llegar al útero merced á ciertas circunstancias, tales como algún colgajo de membranas que penda de su cuello ó alguna intervención terapéutica efectuada durante el parto; y una vez en él encuentran las condiciones más abonadas para desplegar su acción patógena, cuales son materia muerta para su proliferación y ulceración endometrial para el paso de sus toxinas á la circulación.

Es circunstancia muy abonada para que se produzca la sapremia la retención de trozos de membranas ó de algún cotiledón de placenta.

Aumenta asimismo la virulencia de los citados microbios anaerobios la retención de los loquios (loquiómetro) ocasionada por algún coágulo sanguíneo ó trozo de membrana que impida su normal desa-

- 66 -

güe, ó tambien por una flexión exagerada del útero determinada por un movimiento violento de la puérpera ó por haberse levantado antes de que el segmento inferior del útero haya recobrado la tonicidad que necesita para sostener al resto del órgano. Los casos en que la puérpera al abandonar por primera vez el lecho, ve que de repente se detiene el flujo loquial, sintiendo al poco tiempo malestar general con fiebre de unos 39° que le obliga volver á la cama, donde despues aparecen dolores expulsivos mediante los que elimina una abundantísima secreción loquial con loq que la temperatura vuelve poco despues á ser normal, revelan con toda evéncia la patogenia señalada.

La acción pirogénica de las toxinas absorbidas se manifiesta tambien en otras muchas ocasiones de un modo efímero; y gran número de elevaciones térmicas que se observan en el curso de algunos puerperios, cuya brevedad hace que en algunas ocasiones pasen desapercibidas, ó que se consideren motivadas por la subida de la leche, son

de origen saprémico.

La necrobiosis determinada por los agentes anaerobios productores de la sapremia es generalmente superficial presentándose como resultado de la absorción de las toxinas la fiebre saprémica cuyos caracteres más importantes son los siguientes - la fiebre no se presenta de ordinario hasta los cinco, siete ó más días después del parto y se eleva lentamente sin escalofríos ó con escalofríos ligeros. Los intensos escalofríos que nunca faltan en las infecciones no se dan en la sapremia. La fiebre alcanza 38, 39 y aún 40° en algunos casos, y el pulso late 90, 100 y aún 110 veces por minuto en algunos casos, guardando proporción con la elevación térmica; sin darse la gran frecuencia de pulso que se observa desde el principio en la septicemia y pichemia. Padece además la enferma de cefalalgia; sed, vómitos y alguna diarrea.

Las erosiones ó pequeñas heridas vulvo-perineales, vaginales y de la porción vaginal del cuello uterino presentan buen aspecto,

sin recubirse de capa grisácea ni de membranas blancas.

El aspecto y estado general de la enferma es relativamente bueno.

El exámen microscópico de las secreciones de la matriz y de las heridas vulvo-vaginales, denuncia la existencia de bacilos largos y cortos mezclados con cocos de especies diversas.

El pronóstico es bueno, pues la extracción de las materias en descomposición en las que pululan los microbios, va seguida de la desaparición de los síntomas y de la curación.

Hemos citado como caracter de la sepsis el comienzo algo tardío de la fiebre, pero no siempre ocurre así, pues algunas veces la intoxicación pútrida comienza ya durante el parto; tal ocurre sobre todo en los partos de larga duración, cuando rompiéndose la bolsa de las aguas al iniciarse el periodo de dilatación penetran los gérmenes en la cavidad ovular y pululando en el líquido amniótico se descomponen, lo cual se manifiesta por el olor fétido que tal

líquido despidе.

Los productos tóxicos formados se absorven con prontitud (dado el activo recambio existente entre el útero y la cavidad ovular) lo cual se manifiesta por la elevación de temperatura.

Hemos dicho que el proceso de putrefacción en la saprenia es generalmente superficial pero en algunos casos tal proceso interesa capas más profundas del endometrio (endometritis pútrida), llegando en ciertas ocasiones hasta transformar la musculatura uterina en una masa pultacea de color gris verdoso (putrescencia úteri). En estos casos la extracción de los trozos de membranas ó placenta sobre los que se inició el proceso, no es suficiente para la curación, pues para que ella se realice es necesario que la naturaleza obre lentamente por medio de una gran infiltración de leucocitos que dan lugar á la formación de una valla de tejido de granulaciones, que se opone al avance de los gérmenes, separa los tejidos vivos de los muertos y prepara el desprendimiento de las masas necróticas. El descenso to-

tal de la fiebre no se alcanza hasta que el endometrio queda totalmente limpio y detergido.

Muchos de los microbios productores de la sapremia puerperal son gasógenos, gozando en alto grado de tal propiedad el bacillus aerógenes capsulatus, el cual puede penetrar en el líquido amniótico produciendo grandes cantidades de gases en la cavidad del huevo, y después de la expulsión del feto tales gases salen al exterior produciendo un ruido característico. Este estado se acompaña generalmente de fiebre durante el parto y después en el puerperio de endometritis pútrida y se denomina *tempania uteri*.

Puede ser de consecuencias funestas para la mujer si por persistir en la época de su producción los serios venosos abiertos, pasa una cantidad de este gas al torrente circulatorio y determina una embolia gaseosa.

Cuando el bacilo de Loeffler se fija en los genitales produce como al implantarse en la fíringe neomembranas como reacción local y

y fenómenos generales debidos al paso de sus toxinas á la sangre.

El contagio se verifica ordinariamente por las manos del médico, ó por niños que padeciendo de difteria se ponen en contacto de la puérpera.

Las membranas de fibrina que se forman son blanqueas y pueden extenderse rápidamente cubriendo todo el conducto genital. Caen con bastante rapidez por producirse una secreción abundante, y no dejan cicatriz en la mucosa.

Conviene tener presente que en ciertas infecciones estreptocólicas se recubren las heridas genitales de capas blanquecinas, para no considerar siempre á estas de filiación diftérica.

Es frecuente en la difteria genital la asociación del estreptococo al bacilo de Loeffler señalándose tales casos por la tendencia á la supuración y por el aumento de la virulencia de ambos microbios.

El bacilo de Nicolaier puede también implantarse y multiplicarse en los genitales de la puérpera dando lugar al horrible tétanos. El contagio se verifica por médicos que tienen en tratamien-

to á tetánicos, ó por comadronas que despues de haber andado con sus manos en la tierra de jardines, huertas, cuadras, etc. en la que con tanta frecuencia se encuentra el citado bacilo, las ponen despues directamente ó indirectamente en contacto de los genitales de las púerperas.

Es un gran medio de cultivo para el bacilo en cuestión las -- sustancias muertas, por lo cual en muchos casos de abortos incompletos con descomposición de huevo, ó de retención de cotiledones placentarios, se ha presentado esta terrible complicación.

No se revela esta infección por síntoma local alguno y ni aún los síntomas generales se manifiestan hasta despues que están los centros nerviosos profundamente afectados, por lo cual es sumamente grave, ocasionando aproximadamente una mortalidad del 80 % de las enfermas atacadas.

II. INFECCION PUERPERAL PROPIAMENTE DICHA.

A. FORMAS LOCALIZADAS.

1°. VULVITIS Y COLPITIS PUERPERALES.

En la inmensa mayoría de los partos se producen al salir el feto erosiones ó heridas en el periné, vulva y vagina.

Si estas erosiones ó heridas no se infectan y se suturan debidamente curan con rapidez.

Pero no es raro que actuando sobre ellas los microbios que existen en la región vulvo-perineal y los saprofitos del tramo inferior de la vagina las infecten, dando lugar á procesos inflamatorios.

Sobreviene con frecuencia la inflamación de la vulva por la infección de las citadas erosiones, presentándose enrojecida y tumefacta ya en su totalidad ya en alguna de sus partes, produciendo á la enferma sensación de calor y dolor; pero de ordinario no se presentan fenómenos generales ó si se presentan se reducen á frecuencia de pulso, bien simplemente ó bien acompañada de una fiebre li-

gera y de corta duración. Las pequeñas ulceraciones origen de esta vulvitis se revisten de un color amarillo - grisáceo, debido á la gangrena superficial allí producida.

Si las heridas son de mayor consideración, rasgaduras vulvo-perineales por ejemplo, al sobrevenir la infección se marca por fenómenos generales más acentuados y aunque se haya practicado la sutura la adhesión por primera intención no se verifica, los hilos cortan los tejidos inflamados, se recubre la herida en muchas ocasiones en que actua el estreptococo de una capa blanco - grisácea espesa; y cicatrizan despues aisladamente un borde de otro quedando definitivamente la rasgadura.

El proceso de curación se efectúa en este caso del modo siguiente - La citada capa está formada por tejido necrótico en el que pululan estreptococos, los que nutriendose y multiplicándose han producido la necrosis de los tejidos superficiales de la herida con los que forman dicha capa. Debajo de esta existe una abundante infiltra-

ción de leucocitos, los que con la proliferación simultánea de las células fijas del tejido conjuntivo forman una valla de granulaciones que impide el paso de los microbios, separa los tejidos vivos de los muertos y determina la eliminación de estos y de los gérmenes que en ellos pululan.

Análogos procesos ulcerativos y flemosos que en la vulva se desarrollan en la vagina donde no siendo reconocibles á simple vista se examinarán por medio del especulum, del que se servirá con mucha cuidado sobre todo cuando sea necesario emplearlo durante los primeros días que siguen al parto, para evitar que su introducción agrave las laceraciones vaginales ya existentes.

Aunque se presentan algunos casos de endocolpitis puerperal aislada, lo más corriente es verla acompañada de endometritis ó vulvitis.

De ordinario los flemones submucosos vaginales quedan localizados en este órgano, pero se dan casos en los que difundiéndose por

todo el tejido celular pelviano adquieren extraordinaria gravedad.

En ocasiones por permanecer actuando mucho tiempo sobre una zona de la vagina la cabeza fetal, se produce la gangrena de la parte comprimida, la que desprendida más tarde por la colpitis eliminadora que se produce da lugar á la formación de fístulas vaxice - vaginales y vagino - rectales. Tal colpitis suele ir acompañada de un estado febril bastante intenso y puede producir más tarde bridas cicatriciales que ocasionen una atresia vaginal más ó menos completa.

2º. ENDOMETRITIS PUERPERAL.

La inflamación del endometrio es una afección que se observa con bastante frecuencia en los estados puerperales.

Generalmente se presenta como primera manifestación de una infección más compleja tal como la parametritis, salpingo - ovaritis, - septicemia etc.

Pero en algunas ocasiones se desarrolla aisladamente tal infec-

ción, determinada ya por estreptococos y estafilococos que por tener escasa virulencia ó por encontrarse con resistencias orgánicas extraordinarias no pueden traspasar como de costumbre la barrera uterina, ó ya más corrientemente por los agentes saproféticos que no acostumbran producir más que procesos localizados enviando únicamente sus toxinas á la sangre.

Después del parto queda la cara interna del útero en condiciones anatómicas muy abonadas para que la infección se presente, pues toda ella se encuentra desprovista de revestimiento epitelial como consecuencia del desprendimiento de la caduca; además en la zona correspondiente á la inserción placentaria quedan los vasos sanguíneos abiertos conteniendo coágulos que constituyen excelente medio de cultivo para los microbios que allí pueden llegar. Cuando la infección se verifica se recubre el endometrio de una capa de color blanco grisáceo de espesor muy variable. Esta capa está formada por tejido necrótico todavía adherente infiltrado de colonias microbianas. Pero -

debajo de ella el organismo se defiende de la acción microbiana produciendo una reacción leucocitaria local y un estímulo hiperplásico de las células fijas del tejido conjuntivo, todo lo cual constituye una barrera para impedir el avance de los gérmenes, preparando al mismo tiempo el desprendimiento de la capa necrótica, en el cual toma una parte muy importante el exudado inflamatorio que se produce. Debajo de esta valla de granulaciones se encuentra el tejido vivo en estado de inflamación con vasos dilatados y atravesado por leucocitos.

Estos caracteres anatómo-patológicos de la endometritis, así como los fenómenos generales que la acompañan, varían extraordinariamente con la especie de los gérmenes que la producen.

Si son saprofitos los que la producen, la capa necrótica es generalmente poco espesa y se halla perfectamente separada de los tejidos sanos por la citada valla de granulaciones que opone un obstáculo insuperable al paso de estos microbios; los síntomas generales producidos por el ingreso de toxinas en la sangre pueden alcanzar

gran intensidad pero generalmente no son ni tan graves ni tan duraderos que los de la infección.

Cuando son los estreptococos los que intervienen como estos en la generalidad de los casos tienen gran poder de penetración bien através de los tejidos, bien por vía linfática y venosa, las reacciones orgánicas aunque se aprestan á la defensa no consiguen delimitar también las partes enfermas de las sanas y detrás de la valla de granulaciones se encuentran zonas enfermas.

En cuanto á los síntomas generales no siempre guardan relación con las lesiones endometriales; pues si la virulencia y difusibilidad del estreptococo es grande pueden presentarse fenómenos generales de extraordinaria gravedad sin notarse apenas la inflamación endometrial.

En ciertas formas de infección uterina mixta en las que intervienen saprofitos, estreptococos etc. puede la necrosis interesar no solo la cara interna del útero sino que también extenderse á todo el espesor del órgano (*putrescens uteri*) sin que pueda manifestarse la

reacción orgánica defensiva citada; en estos casos los agentes penetrantes estreptococos determinando alteraciones profundas preparan el terreno para la penetración de los saprofitos.

Hemos dicho que en el desprendimiento y eliminación de la capa necrótica del endometrio juega un importante papel el exudado inflamatorio que se produce por debajo de dicha capa; tanto es así, que el poder defensivo del endometrio se traduce al exterior por los caracteres del flujo loquial; pues mientras el organismo no domina la infección, ni se ha terminado la separación de los tejidos infectados de los sanos, los loquios son escasos, serosos y de pocos elementos formes; mientras que á medida que va venciendo á la infección se hacen los loquios más abundantes, más espesos y más ricos en elementos formes.

La endometritis puerperal se manifiesta además de por los caracteres ya señalados por otros síntomas locales y generales: El útero está abultado y doloroso á la presión pues su involución es escasa

ó nula mientras dura la infección, los loquios son escasos, fétidos y de caracter seroso ó purulento. Claro está que no en todas las endometritis se presentan aunados estos síntomas y que puede existir tal proceso sin que los loquios sean fétidos; y viceversa puede presentarse la fetidez por un proceso saprofítico vaginal sin que esté interesado el endometrio.

Entre los fenómenos generales de endometritis se observa un escalofrío que se presenta en los primeros días del puerperio con una elevación de temperatura que rara vez pasa de 39° en la endometritis localizada; la fiebre va acompañada de frecuencia de pulso el cual late alrededor de 100 veces por minuto. La enferma experimenta debilidad, sed, y repugnancia á los alimentos.

3°. SALPINGO-OVARITIS PUERPERIAL.

Este proceso se produce por propagación de la infección endometrial, verificándose esta propagación bien por vía endocavitaria, bien por vía linfática ó venosa merced á las múltiples anastómosis existen-

tes entre los vasos del útero y los de sus anexos.

Y no se propaga con más frecuencia la infección del endometrio á las trompas gracias á que la tumefacción inflamatoria de aquel oblitera totalmente el estrechísimo orificio útere - tubario.

En algunos casos de salpingitis acentuada, la sintomatología de esta es tan aparatosa que domina la escena pasando desapercibida la ligera endometritis que la originó; pero en realidad no existe salpingitis simple, encontrándose en la mayoría de los casos la endometro - salpingo - ovaritis, pues también el ovario está casi siempre afectado á la vez.

Los síntomas de la salpingo - ovaritis puerperal son: dolor á nivel de la fosa iliaca de uno ó ambos lados según que la afección sea unilateral ó doble, escalofríos, fiebre con exacerbaciones vespertinas y frecuencia de pulso. Por la palpación se au-

menta el dolor en la zona dolorosa. Por el tacto combinado hay ocasiones en que se aprecia la trompa y el ovario aumentados de volumen y dolorosos á la presión y á los movimientos que el dedo imprime al cuello uterino; pero en la mayoria de los casos la trompa y el ovario adheridos por el proceso inflamatorio y enmascarados por un edema periférico (perisalpinge - ovaritis) forman un tumor más ó menos voluminoso que hace prominencia en el saco vaginal correspondiente y es doloroso á la presión y á los movimientos comunicados al útero.

La salpingo-ovaritis aguda termina en muchas ocasiones por resolución produciéndose en quince días ó un mes la curación de la enferma.

Pero en otros casos pasa esta enfermedad de la fase aguda á la crónica produciéndose en la trompa y ovario las alteraciones más ó menos profundas y persistentes que se estudian en ginecología

como diversas formas de salpingitis y ovaritis no quísticas y quísticas. A veces se desarrolla de un modo insidioso la salpingo-ovaritis crónica presentándose entonces como resultado de infecciones de poca virulencia; pero generalmente como ya queda dicho la salpingo-ovaritis crónica es consecutiva á la forma aguda de tal infección.

4°. PARAMETRITIS PUERPERAL.

A la inflamación del tejido conjuntivo parametrial se asocia generalmente la flegosis del peritoneo pelviano sobre todo durante los primeros días de presentarse aquel proceso, por lo cual al hacer el estudio de la parametritis no se puede menos de hacer simultáneamente el de la perimetritis siquiera sea parcialmente, pues su estudio completo se debe hacer al tratar de la peritonitis en general, ya que el peritoneo pelviano constituye parte de la totalidad de la serosa peritoneal.

La parametritis puerperal es la inflamación del tejido conjun-

tivo pelviano á consecuencia de una infección puerperal. Tal inflamación se produce por propagación de infecciones primitivamente producidas á nivel de la vulva, vagina y sobre todo á nivel del útero donde las rasgaduras cervicales que con frecuencia se producen y la zona --cruenta resultante de la desinserción placentaria, presentan las circunstancias más adecuadas para que la infección se propague al parametrio.

Fácilmente se comprende que así ocurra, pues determinándose --siempre esta infección por vía linfática, encuentran los microbios en las lagunas linfáticas de la citada zona, amplias puertas para penetrar en los vasos linfáticos, que contorneando los hacesillos muculares de la pared uterina desembocan en el tejido laxo del parametrio.

En los casos de rasgaduras cervicales que que interesan todo el espesor de la musculatura uterina les es directamente abordable --el campo parametrial á dichos microbios.

Una vez en él encuentran terreno muy abonado para su nutrición

multiplicación y difusión. El organismo aprestándose á la defensa produce como primer resultado de su reacción una hiperemia é inhibición serosa parametrial, la que se manifiesta al tacto combinado -- por una tumefacción de consistencia mediana ó sebacea apreciable en el fondo ó fondos de saco vaginales. Inmediatamente se produce una abundante diapédesis que apronta multitud de leucocitos para la lucha, de los cuales unos pelean con los gérmenes en el mismo terreno infectado, mientras que otros forman la valla de granulaciones procurando de este modo separar los tejidos infectados de los sanos.

El exudado parametrial que comienza generalmente por percibirse á nivel de la base del ligamiento ancho no tarda en alcanzar con frecuencia toda la altura del mismo, pudiéndose percibir hasta por la exploración externa como una tumoración situada generalmente á un lado del útero en la fosa iliaca correspondiente.

Puede producirse también en ambos lados de la matriz, extenderse la inflamación al tejido celular periproctal, al de la fosa isquio-

rectal, ó hacia adelante propagándose la inflamación por debajo de la hoja anterior del ligamento ancho para situarse por detrás de la cara posterior de la pared abdominal por encima del ligamento de Poupert; todo lo cual se explica perfectamente dada la continuidad del tejido celular de todas estas regiones.

El exudado parametrial va aumentando de consistencia á medida que evoluciona el proceso, pues apreciándose en un principio á la exploración combinada con una consistencia blanduzca, se presenta después como una tumoración dura de superficie más ó menos irregular que haciendo prominencia en un fondo de saco vaginal lateral, rechaza al útero hacia el otro lado (en caso de parametritis circunscrita unilateral); ó como varias tumoraciones consistentes que empujan é inmovilizan al útero (en caso de parametritis difusa).

La evolución de la parametritis termina como toda inflamación del tejido conjuntivo - por la resolución ó por la supuración. En el primer caso la tumoración va endureciéndose y reduciéndose á medida que transcurre el tiempo hasta que termina por desaparecer al cabo -

de algunas semanas ó de algunos meses, llegando en algunos casos á - transcurrir años antes de su total desaparición.

En el segundo caso se producen en el tejido infectado abscesos miliares múltiples que confluyen poco á poco para formar una colección purulenta, la cual trata de buscar salida al exterior evacuándose muchas veces ya espontáneamente ya por intervención quirúrgica en la vagina, en el recto, en la pared abdominal anterior por encima del ligamento de Poupart, en las proximidades del ano (absceso de la fosa isquio - rectal).

La citada colección puede abrirse también (aunque por fortuna son mucho más raros estos casos) en la vejiga, en el intestino y en la cavidad abdominal.

La parametritis puerperal presenta la siguiente sintomatología: La enfermedad comienza generalmente al cuarto ó quinto día - después del parto iniciándose en la mayoría de los casos por un escalofrío y fiebre alta de 39° á 40° con frecuencia de pulso es que

late 100 ó 110 veces por minuto, siendo muy raro que pase de 120 latidos. Es muy frecuente que se presenten en los tres ó cuatro primeros dias de esta enfermedad para desaparecer despues síntomas de perimetritis, consistentes en dolores espontáneos y provocados por la presión en el bajo vientre y entuertos mucho más dolorosos que de ordinario producidos por la acción que ejercen las contracciones uterinas sobre el perimetrio inflamado; los vómitos y el timpanismo suelen presentarse tambien como manifestación de esta flogosis perimetrial.

Al cabo de pocos dias es apreciable por el tacto combinado el exudado parametrial; y nos daremos cuenta por tal exploración de su aumento y difusión, así como de las transformaciones que como queda dicho sufre ulteriormente. Si tiene lugar la reabsorción la fiebre desciende gradualmente, desapareciendo á los 12 ó 14 dias. Si se produce la supuración se presenta en sustitución de la fiebre continua de los primeros dias, la fiebre supurativa caracterizada por -

sus grandes oscilaciones con abundantes sudores, fiebre que persiste hasta que se evacua la colección purulenta.

Después de la curación aparente de esta enfermedad se observan con bastante frecuencia las recidivas, lo cual debemos tener -- presente para impedir que la enferma abandone el lecho prematuramente.

La inflamación perimetrial que casi siempre acompaña á la parametritis durante los primeros días, puede propagarse al resto del peritoneo dando lugar á la grave sintomatología propia de la inflamación de esta serosa.

En algunos casos se presenta el flemón putrido que es de extremada gravedad y es producido por el colibacilo, el cual merced á la parálisis intestinal que acompaña al proceso en cuestión puede aumentar su virulencia y atravesar la pared intestinal e infectar con caracter pútrido el foco que hasta entonces era simplemente purulento.

Tal es el cuadro clínico de la parametritis puerperal descrito de un modo general, pero esta enfermedad según la extensión que abarque en el parametrio puede presentarse bajo dos formas (entre las que se encuentran todos los grados intermedios) cuales son la forma circunscrita y la forma difusa de parametritis que se distinguen tanto por su sintomología como por su pronóstico.

La forma circunscrita de parametritis conocida con el nombre de flemón del ligamento ancho es generalmente consecutiva a la infección de heridas vaginales y muy especialmente a la de las rasgaduras cervicales. Interesa solamente el parametrio de un lado del útero comenzando el exudado a nivel de la base del ligamento ancho y extendiéndose hasta la fosa iliaca del mismo lado. Son en esta forma de parametritis menos intensos los fenómenos generales, es escasa ó nula la reacción del peritoneo pelviano y el pronóstico no es grave en general; pero sí, existe el peligro de la agudización del proceso así como también el de su propagación a todo el tejido -

celular pelviano dando así lugar á la forma difusa.

La forma difusa de la parametritis denominada también pelvicolutitis y flemón pelviano es generalmente consecutiva á una infección primitiva del endometrio aunque puede ser producida también por una infección cervical ó vaginal.

En esta forma suele estar interesado todo el tejido celular pelviano y toma siempre parte en la inflamación el peritoneo pelviano por todo lo cual son mucho más acentuados los síntomas locales - tumoración sumamente dolorosa á la presión en las fosas iliacas á la exploración abdominal; y al tacto combinado se perciben los fondos de saco vaginales ocupados por masas induradas que mantienen empotrado el hocico de tenca, siendo sumamente dolorosos los movimientos que se comunican á este con el dedo.

Los síntomas generales son también más intensos que en la forma circunscrita.

La participación que en este proceso toma el peritoneo se ma-

nifiesta por vómitos, meteorismo, dolorimiento general de vientre y parálisis intestinal con estreñimiento; á los tres ó cuatro días disminuyen estos fenómenos observándose la localización puramente -- pelviana del proceso flogístico.

El pronóstico es mucho más grave que en la forma circunscrita, pues en la parametritis difusa son más frecuentes las recidivas, la extensión á toda la serosa peritoneal, las complicaciones pútridas, los fenómenos de septicemia etc.

5º. PERITONITIS PULPERRAL.

Constituyendo la serosa peritoneal el revestimiento externo - del útero y dadas las íntimas conexiones linfáticas que existen entre ambos órganos se comprende fácilmente que ciertos microbios dotados de gran poder penetrante lleguen del endometrio previamente infectado á través del parenquina uterino al peritoneo pelviano y provoquen su flogosis.

Buena prueba de ello es que observándose frecuentemente que el peritoneo toma parte en la inflamación primitiva del parenquima uterino, se conoció este afecto desde antiguo con el nombre de metroperitonitis.

Los microorganismos pueden pasar también desde la cavidad uterina al peritoneo á través de una perforación de la pared del útero que se puede producir en los partos laboriosos por ruptura del útero, ó en intervenciones intrauterinas con la cucharilla ó con la cánula del lavado.

Por otra parte dada la comunicación existente entre la cavidad uterina y la gran serosa peritoneal á través de la trompa, puede también la infección seguir esta vía si bien afortunadamente no es frecuente gracias á la oclusión precoz de los orificios tubarios que la misma salpingitis séptica produce.

Esta misma vía sigue la infección cuando existiendo sepsis uterina se produce la peritonitis por haber practicado una irriga-

ción intrauterina sin asegurar la libre salida del líquido inyectado y este forzando los ostiums tubaricos para al peritoneo sembrándole de los microorganismos que conduce.

Por ultimo la peritonitis puerperal puede ser producida por una septicemia generalizada pero de ordinario los graves síntomas de ésta son consecuencia de aquella.

La peritonitis puerperal puede ser localizada é generalizada, es decir que la inflamación puede limitarse á una parte de la serosa ó afectar á la totalidad de la misma.

Las formas localizadas ó circunscritas (denominadas perimetritis, perimetrosalpingitis, pelviperitonitis) son ocasionadas casi siempre por endometritis primitivas, por inflamaciones gonorreicas de las trompas, por pirosalpingitis antiguas que se agudizan en el puerperio, por parametritis resultantes de laceraciones cervicales, vaginales y vulvares.

De modo que los gérmenes llegan al peritoneo pelviano princi-

almente por vía linfática y en casos más raros directamente por derrame en la cavidad peritoneal á través del orificio tubario de algunas gotas de pus ó de serosidad purulenta, siendo entonces la reacción peritoneal más acentuada.

Estas formas de peritonitis circunscritas si bien pueden ofrecer en sus comienzos una sintomatología muy alarmante, terminan ordinariamente de un modo favorable, por lo que de un modo general pueden considerarse como benignas, pero sin olvidar que en algunos casos pueden generalizarse y que en otros aun permaneciendo circunscritas pueden ^{por} ser muy exaltada la virulencia de los germenos que las producen originar septicemias gravísimas que ocasionan la muerte.

Su sintomatología tiene á adicionarse á la de las enfermedades que las originan por lo cual á los síntomas propios de la metritis, parametritis ó salpingitis se agregan los de la peritonitis, tales como son: el dolor abdominal, los vómitos, la parálisis in-

testinal con meteorismo y estreñimiento, la frecuencia de pulso etc. pero estos fenómenos que pueden presentar en un principio mucha intensidad decrecen pronto - los dolores disminuyen y quedan circunscritos á la parte baja del abdomen, los vómitos pueden persistir durante cuatro ó seis días pero con más moderación que al principio, la temperatura desciende algo y el pulso late de 100 á 120 veces por minuto.

Por el tacto vaginal combinado se nota que se ha detenido la involución uterina, que existe una hinchazón adematosa en los fondos de saco vaginales, en el posterior principalmente; y que el útero está inmóvil siendo dolorosos los movimientos comunicados al cuello.

El curso que sigue la enfermedad varía en los distintos casos: Unas veces la hinchazón desaparece después de algunos días quedando solo algunos nódulos duros detrás ó á los lados del útero. Como resultado de esta enfermedad pueden quedar ^{adherencias anormales y} retracciones ligamentosas que determinan desviaciones uterinas.

En otras ocasiones á los siete u ocho dias de enfermedad se ~~separase~~ el edema dejando percibir un tumor más ó menos regular separado del útero por un surco, tumor que puede en una ó varias semanas hacerse fluctuante y formando absceso hacer prominencia por el lado del recto abriéndose en él. En casos más raros hace prominencia y se evacua por la vagina. En algunos casos se ha visto á los abscesos pelvianos abrirse en la vejiga.

Es muy raro que rompiendo las adherencias que le rodean se vierte el pus en el peritoneo.

Las formas generalizadas unas veces son originadas por propagacion de peritonitis primitivamente localizadas y las producen por via linfática los microbios dotados de gran poder virulento, otras veces se ocasionan por infectarse directamente la gran serosa á consecuencia de los grandes traumatismos uterinos ya citados, ó por siembras microbianas procedentes de una inyeccion intrauterina mal practicada, ó de colecciones purulentas ó pútridas que se han abier-

to en ella.

Tales peritonitis generalizadas de origen puerperal son generalmente gravísimas y tienen un desenlace funesto, pero se dan casos en los cuales los medios de defensa orgánicos son tan poderosos que consiguen triunfar de tales ataques microbianos.

La peritonitis reviste en ocasiones la forma sobreaguda que empieza poco tiempo después del parto y los fenómenos generales septicémicos alcanzan al momento tal importancia que son de mucha mayor consideración que los síntomas peritoníticos locales, sucumbiendo la enferma en esta forma hipertóxica, antes que la reacción leucocitaria local se manifieste como de ordinario por la producción de exudados.

Más frecuente que la anterior es la forma aguda de peritonitis de marcha más lenta, que se agrava progresivamente, y en la que parece que el estado general se halla bajo la dependencia directa de la inflamación peritoneal.

Esta comienza bruscamente de los dos á los cinco días después del parto por un escalofrío violento y único que dura quince ó treinta minutos con sensación intensa de frío, cascáñeteo de dientes y temblor de todo el cuerpo. Existe desde este momento una gran fiebre alrededor de 40° , pulsación agitada de 110 á 120 veces por minuto y un dolor muy agudo que invade todo el vientre y aumenta por los movimientos, por la presión de las ropas y hasta por la simple presión de la pared abdominal, por lo que la enferma adopta una actitud particular inmóvil en decubito dorsal y con los muslos doblados para relajar los músculos abdominales; este dolor decrece generalmente á los dos ó tres días sin que esta disminución indique mejorar el pronóstico.

Bajo la piel tensa y brillante del vientre se encuentra el intestino meteorizado y parálitico siendo difícil delimitar los confines del útero.

El peritoneo que reviste al intestino delgado, vejiga, higa-

do, y sobre todo el que reviste al útero y sus anexos, está enrojecido, opaco y recubierto de un exudado fibrino-plástico, y un líquido sero-purulento muy fluido con copos fibrinosos se difunde entre las asas intestinales y se reúne en mayor cantidad en los puntos declives de la cavidad abdominal.

Tal exudado es el resultado de la reacción peritoneal contra los ataques microbianos por lo que si se examina una gota de este exudado al microscopio se ven en ella los gérmenes de la infección y los leucocitos.

Acompañan á la inflamación peritoneal las náuseas y los vómitos muco-biliosos que incesantemente se producen, al principio con algún esfuerzo y después en forma de simples regurgitaciones.

El hipo habitual y persistente aumenta los padecimientos de la enferma.

La lengua está al principio húmeda, roja en los bordes y -- blanco-amarillenta en el centro, pero no tarda en ~~secarse~~ y desca-
secarse

amarse. Aqueja la enferma sed ardiente y estreñimiento en algunos casos, pero en la peritonitis puerperal al contrario de lo que se observa en otras formas de peritonitis se presenta muchas veces una diarrea serosa y fétida.

La facies de la enferma denuncia su gravedad - la cara está pálida y adelgazada, expresa la angustia, tiene la nariz afilada, - los ojos pierden su brillantez y estan hundidos.

La voz de la enferma está apagada y su respiración es superficial produciéndose tal disnea por la alteración circulatoria y - porque el meteorismo y dolor abdominal ponen obstáculo á las excursiones inspiratorias del diafragma.

La orina es escasa y contiene albúmina; en algunos casos se llega hasta la anuria.

Los loquios desaparecen ó disminuyen desde el principio de la enfermedad; si persisten son fétidos.

Si la peritonitis comienza al segundo dia despues del parto

la subida de la leche no se verifica; y si se había efectuado antes de la presentación de la enfermedad, desaparece después.

Por el tacto vaginal combinado no podremos apreciar generalmente alteraciones de importancia; únicamente notaremos la detención involuntiva del útero, su orificio cervical entreabierto, el dolor que provocan los movimientos comunicados al cuello, y en el fondo de saco de Douglas no es raro encontrar exudados que lo distiendan.

Por la extensa superficie de absorción que ofrece el peritoneo á los venenos sépticos se explica el continuo ingreso de grandes cantidades de toxinas en el aparato circulatorio que no tardan en producir la parálisis del corazón.

Así se comprende que el pulso se acelere más á medida que evoluciona la enfermedad, haciéndose cada vez más pequeño, depresible y por último inconstante.

Hasta el final de la enfermedad la temperatura permanece muy elevada hasta que en el último período se observa amenudo descendiendo

á 36° ó menos, mientras que el pulso sigue muy frecuente, pequeño y débil; denotándonos tal discordancia entre temperatura y pulso un estado toxémico extraordinariamente grave.

Como ya hemos dicho la peritonitis generalizada es de mucha gravedad y su curso en la forma sobreaguda es tan rápido que la enferma parece en tres ó cuatro días, por fenómenos septicémicos, sin dar tiempo para que los tejidos respondan con la reacción leucocitaria á los ataques microbianos.

En la forma aguda, que se agrava progresivamente por los fenómenos descritos, la enferma muere generalmente en el colapso ó en el coma ocho días próximamente después de comenzados los accidentes.

Si la curación sobreviene (lo que por desgracia no es frecuente) es por localización de los fenómenos inflamatorios. Se ven entonces mejorar poco á poco todos los síntomas y se forma en la región hipogástrica una especie de peto duro constituido por asas intestinales aglutinadas entre sí, con el útero y sus anexos por las falsas -

membranas que se han formado á consecuencia de la enfermedad.

Esta masa en los casos favorables desaparece poco á poco en tres ó cuatro meses, transcurriendo á veces mucho tiempo más para ella.

No siempre se resuelve tan bien este proceso, pues en muchos casos quedan persistentemente entre los órganos contenidos en el bloque inflamatorio, adherencias anormales que producen trastornos funcionales y dolores inagotables.

En otras ocasiones el derrame seropurulento que se ha producido queda aislado del resto de la cavidad peritoneal merced á las adherencias que las neoformaciones establecen, formando así uno ó varios focos purulentos que determinan estados febriles, hasta que en los casos favorables consigue el pus abrirse paso al exterior por la pared abdominal, por el recto etc.

Pero antes pueden sobrevenir serias complicaciones tales como la infección colibacilar del absceso, su abertura en la vejiga -- urinaria etc.

6°. FLEGMASIA ALBA DOLENS PUERPERAL.

La flegmasia alba dolens puerperal es un proceso patológico caracterizado por la aparición durante el puerperio de un edema duro de una ó de ambas extremidades inferiores, que produce aumento de volumen con coloración blanco - cerea de la piel y dolor de la extremidad ó extremidades afectas.

El proceso anatómo-patológico que ocasiona tales manifestaciones consiste las más de las veces en una tromboflebitis séptica extendida desde las venas uterinas á los troncos venosos de las extremidades inferiores; en otras ocasiones consiste en una trombosis aséptica que interesa los troncos venosos citados; y en otras es la flegmasia del tejido celular que rodea la raíz del muslo (por haberse propagado á él por continuidad la inflamación séptica del parametrio) la que ocasiona los fenómenos citados.

La tromboflebitis séptica se produce del modo siguiente: los

~~Las tromboflebitis invaden por el endometrio las venas del útero de donde por su acción la capa endotelial venosa se pone al descubierto el tejido conjuntivo proliferando y propagándose a lo largo de los trombus que se ^{y destruyén-} tivo infiltrado de leucocitos, por cuya alteración se determina bien pronto la coagulación forman llegan a la hipogástrica, iliaca externa, femoral, poplítea ~~sanguinea, constituyéndose así trombus que llegan a obturar por completo la luz de algunas venas etc. siguiendo así dirección contraria a la de la corriente sanguínea. Proliferando y propagándose a lo largo de los trombus que así se forman destruyéndose por su acción la capa endotelial venosa, llegan a la hipogástrica, iliaca externa, femoral, poplítea, safenas etc siguiendo así dirección contraria a la de la corriente sanguínea.~~ ~~se pone al descubierto el tejido conjuntivo infiltrado de leucocitos, por cuyas alteraciones se determina bien pronto la coagulación sanguínea, constituyéndose así trombus que llegan a obturar por completo la luz de algunos vasos.~~~~

Como manifestación de la tromboflebitis séptica que acabamos de describir se presenta la flegmasia alba dolens que es algo tardía en su aparición en el puerperio, pues generalmente no lo hace hasta que transcurren 10, 15 y aun 21 días después del parto. De modo que durante todo este tiempo puede estar la enferma con molestias tan poco pronunciadas que no se dé cuenta de la anomalía que padece; pero si tomamos con regularidad el pulso y la tempera-

tura de la puérpera, nos encontramos de ordinario desde los primeros días del puerperio con alteraciones que aunque no sean muy acentuadas son lo suficiente para revelarnos la sepsis del estado puerperal.

Después de transcurrido el tiempo citado es sorprendida la enferma por un violento dolor que aqueja á nivel de la ingle, no tardando en propagarse por la cara interna del muslo y por la pantorrilla á la totalidad del miembro afecto; dolor que se aumenta por la presión sobre el trayecto de la femoral, safenas y poplitea y sobre todo por los movimientos comunicados al miembro.

Para las 24 ó 48 horas el dolor de la ingle se atenúa y los puntos de dolor máximo corresponden á la pantorrilla y á la cara interna del muslo.

Al presentarse el dolor le acompaña la fiebre que asciende á alrededor de 39°, y la frecuencia de pulso que late 100 ó más veces por minuto.

- 111 -

Examinando el miembro enfermo se le encuentra afectado de edema que puede llegar á duplicar y hasta á triplicar su volumen normal; su piel se encuentra distendida, lisa, blanca, de aspecto brillante y cereo por lo que lleva la denominación de alba esta flegmasia.

En los casos en que la trombosis se extiende ~~por~~ la vena iliaca *intermá* las de la pelvis el edema interesa tambien los órganos genitales el hipogastrio y los lomos.

La flegmasia alba dolens se limita en general á una sola extremidad, pero puede afectar á ambas bien simultáneamente o bien de un modo sucesivo que es lo que ordinariamente acontece; cuando comienzan á disminuir en un miembro el dolor y el edema, una nueva elevación térmica con dolor y edema del otro miembro nos evidencia la bilateralidad del proceso.

El curso de esta afección es lento pues si bien los dolores se amortiguan y la temperatura desciende en pocos dias á 38°, tarda

mucho más en desaparecer por completo. El pulso permanece frecuente una y aún dos semanas después de haber cesado la fiebre. El edema es el síntoma que más persiste pues tarda comúnmente un mes ó dos en resolverse y no es raro verle persistir aún mucho más tiempo sobre todo á nivel de los maleolos, donde reaparece en muchos casos -- durante meses y años por una causa tal como el estar la mujer largo tiempo en pie; indicándonos su reaparición la persistencia de cierta dificultad circulatoria.

La terminación de esta enfermedad es generalmente la curación (pues está demostrado en esta flegmasia que aunque los ~~gérmenes que~~ ^{la producen} dan lugar á la formación de trombus, estos no tienen tendencia á la supuración y no se produce la destrucción purulenta de los mismos, - caracter de esta infección que la separa por completo de la piche-mia); los ~~espróndios~~ ^{espróndios} sucumben, los fenómenos inflamatorios y la fiebre desaparecen, restableciéndose por fin la circulación venosa - por reabsorción de los trombus.

Pero teniendo en cuenta que en el curso de ella pueden presentarse complicaciones gravísimas y que excepcionalmente puede el edema hacerse crónico llegando en algunos casos hasta á dar lugar á la formación de la elefantiasis del miembro afecto, debemos guardar en el pronóstico ciertas reservas.

La complicación más frecuente y peligrosa de esta enfermedad es la embolia pulmonar, pues existe la posibilidad de que una porción del trombus venoso se desprenda y sea llevado por la corriente sanguínea al corazón, de donde es lanzado y penetrando en la arteria pulmonar es conducido al pulmón donde produce los accidentes de la embolia pulmonar que son de distinta intensidad según el volumen de la porción trombótica que los produce.

En las pequeñas y medianas embolias se produce un acceso de disnea con dolor de costado y tos que emite esputos rojos, pudiéndose observar en una palabra toda la sintomatología del infarto pulmonar.

Si la embolia que se produce es grande interesando alguna de las ramas principales de la arteria pulmonar puede sobrevenir la muerte repentinamente ó pocas horas despues de padecer la enferma una angustia y disnea extremada.

Pueden presentarse en el miembro afecto como complicaciones - la erisipela, los absesos y hasta la gangrena de porciones más ó menos extensas del pie y de la pantorrilla por supresion de la circulación en tales territorios.

La trombosis aséptica de los gruesos troncos venosos de los miembros inferiores da tambien lugar á los fenómenos de la flegmasia en cuestion. Explica la formación de estos trombus asépticos - por la inercia uterina; pues así como en los puerperios normales en los que la retracción de la musculatura uterina es buena la oclusión de los senos venosos placentarios se efectua por simple contacto de las paredes vasculares, en los casos de inercia uterina la retracción defectuosa del utero da lugar á la formación de coágulos en las

venas uterinas produciéndose así trombosis asépticas que según el grado de relajación muscular y aprovechando quizá ciertas condiciones favorables que se encuentran en el puerperio tales como la hiperleucocitosis, la lentitud de pulso, y la degeneración varicosa de las venas, pueden extenderse progresivamente desde los plexos venosos de la zona placentaria á las venas uterinas, plexo pampiniforme, hipogástrica, iliaca etc.

Si la trombosis aséptica llega hasta la vena femoral ó hasta la iliaca se presentan todos los síntomas descritos ya de la flegmasia alba dolens excepto la fiebre.

Pero si se limita á los troncos de las venas de la pelvis que no influyen sobre el retorno de la sangre del miembro ó que permiten el establecimiento de una circulación colateral, entonces la trombosis no se revela más que por el aumento constante de la frecuencia de pulso sin que exista ninguna causa manifiesta que lo explique.

Este síntoma indicado por Mahler, tiene su explicación en las

mayores resistencias opuestas por la trombosis á la circulación.

El peligro de la trombosis aséptica está en la posibilidad de desprenderse una porción mayor ó menor del trombus y producir los accidentes de embolia pulmonar más atrás descritos. Así ocurre á veces que una puérpera que se encuentra apirética y completamente bien, puede caer súbitamente muerta en el momento de realizar un movimiento, un esfuerzo de defecación, ó al abandonar por primera vez el lecho víctima de una embolia pulmonar.

En previsión de tan funesto accidente en cuanto se observe algún signo de trombosis ó de pequeñas embolias pulmonares se someterá á la puérpera á reposo absoluto en cama en decúbito dorsal por lo menos durante tres semanas, no consintiéndole levantarse hasta que se normalice el pulso.

La propagación de los flegmones parametriales al tejido conjuntivo del muslo puede también dar lugar á la flegmasia alba dolens puerperal. Después de presentarse una parametritis; á veces de poca in-

tensidad y en ocasiones desapercibida, comienza la flegrmasia alba dolens por una tumefacción del muslo que se extiende desde el ligamento de Poppart en sentido descendente. En el transcurso de algunos días la tumefacción puede progresar hasta el pie aunque con frecuencia no pasa más allá de la rodilla. La duración de esta enfermedad suele ser de 10 ó 12 días aunque el edema crónico suele con frecuencia persistir un mes ó más después de la curación de aquella.

Vemos pues que en este caso de flegrmasia el edema comienza á nivel de la raíz del muslo y progresa en sentido descendente, mientras que en los casos en que se produce por trombosis el edema se inicia á nivel de los maleolos para caminar en sentido ascendente.

B. Formas generalizadas de la infección puerperal propiamente dicha. En estas, los microbios penetran por las venas en la circulación, llegando con ella á todos los puntos de la economía y dando lugar en unos casos á los fenómenos tóxicos que caracterizan la septicemia y en otros á los procesos supurativos propios de la pichemia.

1º. SEPTICEMIA PUERPERAL.

Cuando los microbios que la producen son altamente virulentos, pasan del endometrio infectado á la circulación de un modo continuo, sin que se manifieste como de ordinario la reacción local, pues apenas si se ve en aquel señal de la valla de granulaciones para impedir el ingreso de los gérmenes.

En tal caso se produce una septicemia fulminante que se manifiesta poco tiempo despues del parto por un escalofrío intenso, fiebre de 40 á 41º, 140 μ 160 y aún más pulsaciones por minuto, disnea,

diarrea fétida, oliguria y á veces anuria, sobreviniendo bien pronto síntomas de perturbación sensorial y parálisis tóxica del corazón -- que terminan con la enferma en pocos días y á veces hasta en veinticuatro horas.

El dolor, el meteorismo, el fotor de los loquios, en una palabra todas las manifestaciones de lesiones locales pueden faltar, por ser la intoxicación orgánica tan intensa y rápida que produzca la -- muerte sin dar tiempo á que se manifiesten las reacciones locales.

Más no siempre tienen los microorganismos tan alta virulencia para producir esta forma extraordinariamente tóxica que produce la -- muerte de un modo fulminante sin dar tiempo á que ^{se} manifieste ninguna reacción local; pues en la mayoría de los casos las cosas ocurren con más lentitud y de un modo más complejo, pues al lado de los síntomas de sepsis sanguínea que van evolucionando con más lentitud que en la forma anteriormente descripta, se encuentran las lesiones de -- vulvo - vaginétis, endometritis, paramétritis, peritonitis etc, que

la reacción local produce y que son fuentes de toxinas que ingresan en la sangre.

Esta forma aguda de septicemia comienza generalmente del primero al tercer día después del parto (aunque en algunos casos comienza ya durante el parto y en otros después del tercer día) por un escalofrío intenso de todo el cuerpo con castañeteo de dientes y fiebre de 39 á 40° que en ocasiones se eleva hasta 41°. Esta fiebre es de carácter continuo pues sus remisiones en general matutinas no pasan de medio á un grado. El pulso es frecuente latiendo 120 veces por minuto. Existe cefalalgia, disnea, sed, y amenudo vómitos y diarrea fétida.

Además de los muchos sufrimientos que estos síntomas generales ocasionan á la enferma se agregan á ellos los producidos por las lesiones locales de endometritis, parametritis, peritonitis etc. (los loquios son casi siempre fétidos, las úlceras vulvares y vaginales se presentan sucias y recubiertas de membranas, el abdomen se encuentra doloroso y meteorizado etc) por todo lo cual se va alterando de

un modo progresivo la facies de la enferma al mismo tiempo que van decayendo sus fuerzas, la respiración se va haciendo cada vez más superficial y frecuente, un sudor frío cubre la cara y cuerpo de la enferma, el pulso se va debilitando y aumentando su frecuencia, el sensorio se trastorna y la enferma sucumbe en el colapso (temperatura por debajo de la normal, pulso frecuentísimo 140 á 160 y aun más pulsaciones por minuto, sudor frío etc) ó en el coma (estado soporoso - que sobreviene generalmente despues de un periodo de excitación ó delirio) en el curso de la segunda ó tercera semana de enfermedad.

En el curso de esta enfermedad pueden presentarse muchas complicaciones tales como - el desarrollo de gases en la profundidad de los órganos (-hígado, utero etc), en la sangre, en el tejido celular subcutáneo, que son producidos por la intervención del bacilo aerógeno encapsulado ú otros anaerobios y pueden ser clínicamente reconocidos por la crepitación enfisematosa siendo de grave significación para el pronóstico; la endocarditis ulcerosa, la pleuresia,

las locuras puerperales sépticas etc. son tambien el resultado de la acción de los gérmenes ó de sus toxinas sobre los diversos órganos de la economía.

Hemos descripto la marcha de esta forma aguda de septicemia cuando evoluciona hacia una terminación fatal, pero puede tambien caminar hacia la curación en cuyo caso van disminuyendo los fenómenos generales septicémicos y las lesiones locales reduciéndose y resolviéndose en la forma que he expuesto al hacer su estudio, se obtiene la curación en plazo más ó menos largo.

En otras ocasiones la septicemia reviste formas ligeras en intensidad ó duración. Así esas pequeñas elevaciones térmicas que se observan hacia el tercero ó cuarto día despues del parto y que antiguamente se conceptuaban producidas por la subida de la leche no son más que manifestaciones de septicemias ligeras.

Otras veces la reacción es mayor pues se presenta escalofrío, cefalalgia y fiebre de 38 1/2 á 39 1/2 grados pero su duración es --

efímera pues todo termina en veinticuatro horas.

Estas formas de septicemia ligera son producidas por microbios de escasa virulencia, por lo que de sus ataques sale el organismo prontamente vencedor sirviéndose de sus medios de defensa naturales.

Entre las tres formas de septicemia descritas - fulminante, aguda y ligera existen todos los grados intermedios, pero siempre en esta enfermedad el tipo febril es continuo ó subcontinuo, es decir que el descenso de la fiebre durante todo el tiempo que dura la enfermedad es poco marcado existiendo solamente diferencias de algunas décimas ó á lo más de un grado entre la temperatura máxima y mínima diaria, caracter febril que la diferencia de la pichemia.

2°. PICHEMIA PUERPERAL.

La pichemia puerperal es producida por gérmenes piógenos que producen una flebitis trombósica de las venas procedentes del útero

con gran tendencia á la disgregación purulenta de tales trombus, de lo que resulta que difundiendo por la circulación las porciones desprendidas de aquellos cargadas de microbios, se forman en diversos parenquimas orgánicos, articulaciones etc. embolias sépticas que originan focos supurativos metastásicos.

La flebitis trombósica supurativa se extiende de ordinario de las venas uterinas á las hipogástricas, iliacas y femorales por una parte; á las renales y cava inferior por otra encontrándose las citadas venas ocupadas total ó parcialmente por masas purulentas blandas.

La flebitis trombósica ocluye la luz del vaso totalmente casi siempre en los de pequeño calibre (venas del plexo pampiniforme y uterinas) y solo parcialmente en los troncos venosos (hipogástrica, iliaca etc).

Aunque corrientemente el proceso interesa á todas estas venas, en algunos casos es solamente un territorio venoso aislado el que se

halla afecto, comunmente el correspondiente á las venas ^{uterinas y} útero-ováricas por ser ellas las encargadas de conducir la sangre de retorno de la zona placentaria.

La sangre que circula por las venas interesadas al encontrarse con la masa trombótica fácilmente disgregable, arrastra partículas de la misma que conduce al corazón, donde puede producir una endocarditis ulcerosa constituyéndose así una nueva fuente de embolias.

Pueden las citadas partículas sépticas no disgregarse totalmente en la circulación, llegar al corazón derecho y conducidas por la arteria pulmonar alcanzar las ramificaciones pulmonares de esta, determinando embolias sépticas que aunque no ocasionan la muerte súbita (como ocurre con frecuencia en la complicación embólica de la flegmasia alba dolens) por ser pequeñas, afectan á muy limitados espacios cuneiformes del pulmón, produciendo un infarto cuneiforme que puede ser origen de una pneumonia ó de una pleuresia.

Cuando las partículas se disgregan totalmente siendo solo mi-

crobios los que circulan en la sangre entonces pueden muy bien atravesar la circulación pulmonar sin detenerse en ella, llegar al corazón izquierdo ingresar en la aorta que los conduce por sus numerosas ramificaciones á los diversos puntos de la economía, articulaciones, músculos, parenquimas cerebrales, nefritico, hepático, esplénico etc. donde pueden fijarse y producir procesos flogísticos supurativos.

Este proceso anatomo-patológico de la pichemia se manifiesta por el siguiente cuadro clínico -

En los primeros dias que siguen al parto se observa que existe ya una fiebre ligera y que los loquios presentan algunos dias - una fetidez ácida más desagradable al olfato que la fetidez pútrida que se nota en otros procesos patológicos puerperales; más tarde á los cinco, diez, ó más dias despues del parto se presenta un escalofrio intenso de 15 á 30 minutos de duración, con fiebre de 40 á 41° y gran frecuencia de pulso; pero esta fiebre dura poco pues transcurridas tres ó cinco horas aparece un sudor profuso y la temperatura

desciende á su grado normal ó queda muy poco por encima de él. Se encuentra entonces la mujer en completo bienestar muy predispuesta á pasar tanto ella como los que le rodean que el mal ha terminado; más no así el médico experimentando pues observa que si bien la temperatura ha descendido, no así el pulso que late 90, 100 ó más veces por minuto, lo cual le hace presumir lo que luego se confirma cual es que al día siguiente (hablando en general pues como luego veremos es variable la duración de esta apiresia) se presenta otro escalofrío intenso con fiebre igualmente alta que termina con sudores profusos indicándonos todo ello que han vuelto á ingresar en la circulación nuevas partículas desprendidas del trombus purulento, produciendo otra reacción orgánica idéntica á la anterior.

Se presentan despues un tercero, un cuarto acceso etc. siendo en general cada vez más largos é intensos estos accesos aunque en algunos casos ocurre lo contrario. Tampoco guardan regularidad en su presentación pues aunque lo corriente es que se presenten ~~una~~ -

uno por día pueden aparecer ya á las 10, á las 14 ó á las 20 horas -
después del anterior, indiferentemente por la mañana que por la tarde
que por la noche, ya transcurren uno ó dos días sin presentarse y -
reaparecen después con mucha intensidad.

El número de accesos febriles es igualmente variable, pues -
así como en los casos leves termina la enfermedad por la curación
con tres ó cuatro escalofríos, en los casos graves ^{después} de 6, 10, 15 ó
más escalofríos termina generalmente con la muerte.

Cuando la enfermedad se prolonga mucho tiempo el número de -
accesos puede ser considerable 20, 40 ó más, y a propósito de esto -
manifiesta el Dr. Recasens haber observado casos de 60 y hasta 100
accesos correspondiendo á un número aproximadamente igual de días -
de enfermedad. Tales casos de curso prolongado terminan ordinaria-
mente por la curación.

En un principio estos accesos son bien soportados por la en-
ferma conservando esta en los periodos de apirexia su aspecto nor-

mal durante semanas y aún meses si se trata de una mujer robusta.

Pero por fin y después de un tiempo más ó menos largo durante el que siguen presentándose tales accesos que son la expresión de repetidas intoxicaciones purulentas, se observa que va aumentando la anorexia, va perdiendo la nutrición de la enferma y decaen sus fuerzas á medida que va produciéndose la discrasia sanguínea, pues la sangre se vuelve cada vez más acuosa más pálida y pobre en glóbulos rojos. Por todo lo cual la enferma se pone cada vez más pálida, aumenta su disnea y el pulso se hace más frecuente y depresible.

En relación con el aumento gradual de la intoxicación se notan variaciones en el estado sensorial pues la agitación que presenta la enferma al principio, es sustituida al fin por un estado de tranquilidad tal, que la enferma no padece ó por lo menos no se da cuenta de la gravedad de su estado.

Localmente no se encuentra en general por el tacto combinado ninguna modificación apreciable, pues al contrario de lo que -

ocurre en la septicemia, faltan las endometritis, parametritis, peritonitis, etc.

En algunos casos queda la sintomatología de la piroemia reducida á lo que acabo de exponer, ó sea dicho de un modo concreto á la fiebre intermitante y sus consecuencias en el estado general.

En otros casos se presentan temprana ó tardíamente los focos metastásicos.

Los infartos curviformes del pulmón pueden manifestarse por una expectoración algo sanguinolenta y pueden ser origen de una neumonía ó más comunmente de una pleuresia circunscripta ó difusa con derrame purulento, cuando las embolias sépticas se fijan en la porción periférica de los pulmones.

Los infartos renales se revelan en ocasiones por dolor en la región renal y orinas sanguinolentas.

Las metástasis articulares dan lugar á una tumefacción con sensación dolorosa de la articulación ó articulaciones afectas con tendencia á supurar rápidamente destruyéndose los cartílagos de re-

vestimiento por lo que en los casos de curación queda la anquilosis. Tales artritis se desarrollan con más frecuencia en las articulaciones del codo y rodilla pero pueden presentarse también en las - del hombro, cadera etc.

En la endocarditis ulcerosa las remisiones de la fiebre son poco considerables y aparecen pronto los trastornos del sistema nervioso central - decaimiento, apatía, cefalalgia, delirio, estupor, coma, presentándose un cuadro clínico parecido, al de una tifoidea, tanto más cuando puede existir hasta la diarrea y el infarto esplénico; pero no la confundiremos con la tifoidea por caracterizar á esta al curso de la fiebre, las ptequias, las deposiciones tíficas y la seroreacción.

Las metástasis expuestas son las que se dan con más frecuencia en la ptoemia, pero pueden presentarse también meningitis ó - encefalitis supuradas, inflamaciones y supuraciones á nivel de las vainas tendinosas, musculos, tejido celular subcutáneo, en las pa-

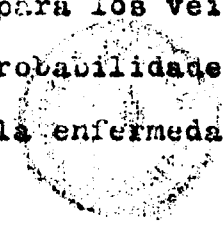
rótidas, en el ojo, oído etc.

El pronóstico de la piodemia es en general muy grave.

Si la flebitis trombótica se circunscribe á un pequeño territorio venoso entonces puede el organismo triunfar del poder de los gérmenes.

La gravedad de la enfermedad aumenta con las complicaciones metastásicas y sobre todo con las endocardíticas y con los grandes derrames pleurales que casi siempre son de terminación fatal.

Como ley general dentro de la que existen excepciones puede aceptarse (como dice el Dr. Kecasens) que cuando la enferma no ha presentado complicaciones metastásicas supuradas para los veinte días después del comienzo de la enfermedad, las probabilidades de curación van aumentando cada día que se prolonga la enfermedad.



V. TRATAMIENTO DE LA FIEBRE PUERPERAL.

El tratamiento de la fiebre puerperal debe consistir en un principio en adaptar las medidas necesarias al objeto de que dicha enfermedad no se presente; y despues una vez que se haya declarado en combatirla por todos los medios adecuados; de donde se derivan las dos clases de tratamiento profiláctico y curativo de que nos hemos de ocupar.

Tratamiento profiláctico: Comun á todas las formas de fiebre puerperal, es el que más beneficios ha proporcionado á las puerperas, como queda expuesto al hacer la historia de la fiebre puerperal.

Se inició hacia la mitad del siglo pasado por Semmelweis que obligó á lavarse bien las manos á los alumnos de la maternidad de Viena con una solución de hipoclorito de cal al 1 % antes de proceder á las exploraciones genitales.

Después con Pasteur y Lister se perfeccionaron los procedimientos antisépticos y asépticos mediante los cuales se ha de este realizarse con el mayor rigor posible la región genito-perineal de la puérpera y todo lo que se ha de poner en contacto con ella tal como las manos del tocólogo, instrumentos, utensilios, compresas de gasa, algodón etc.

La labor profiláctica debe comenzar antes del parto, durante los últimos tiempos del embarazo, corrigiendo una presentación viciosa, tratando una amenaza de eclampsia, una cardiopatía, una cistitis, una uretritis, una leucorrea etc. al objeto de evitar en lo posible las intervenciones intranterinas manuales o instrumentales (versión, forceps etc.) durante el parto y de corregir las enfermedades que pueden producir la sepsis genital durante el puerperio.

Convendrá hacer tomar á la mujer un par de baños de limpieza en los últimos días de su embarazo.

Al iniciarse el parto se evacuará el recto por medio de enema; se limpiará bien la región vulvo-perineal y cara interna de los muslos jabonándola perfectamente primero y sirviéndose después de alcohol y solución de sublimado u otro antiséptico eficaz para completar la desinfección.

Esto basta en los casos de normalidad del aparato genital, pero cuando se le crea infectado se practicarán además irrigaciones vaginales antisépticas.

Una vez de conseguido así el mayor grado de asepsia posible en el aparato genital y sus inmediaciones, se la sostendrá durante todo el parto sirviéndose al objeto de compresas de gasa aséptica para recubrir tales partes y empleando lienzos esterilizados para aislar la región.

El tocólogo se jabonará y cepillará bien las manos y antebrazos, sobre todo ^{aquellas} a nivel de los surcos subunguales por espacio de unos diez minutos, lavándose después con alcohol y solución antiséptica.

Luego de bien limpias las manos se emplearán guantes de cau-
chú esterilizados con los que se obtiene la mayor garantía de asepsia.

Al efectuar el tacto vaginal se introducirá el dedo directamente en la vulva sin pasearlo á ciegas por otras regiones y se reducirá al mínimum esta clase de exploraciones genitales, bastando en la mayoría de los casos con dos, una al principio para asegurarnos de que efectivamente comienza el parto y de la presentación que se establece; y otra después de rota la bolsa de las aguas para darnos perfecta cuenta de la posición.

Entre tanto nos serviremos de la exploración abdominal y de la auscultación para guiarnos en lo referente á la marcha del parto.

Procuraremos conservar la bolsa de las aguas hasta después de terminado el periodo de dilatación, salvo en los casos de presentarse indicaciones especiales.

En los casos en que sea de necesidad alguna intervención manual ó instrumental debe hacerse todo con rigurosa asepsia.

Se protegerá el periné en el momento de la expulsión fetal, para evitar ó reducir al mínimun sus rasgaduras.

Espezaremos á que se efectue el alumbramiento y aunque tarde más de lo ordinario no hay que precipitarse en llevarlo á cabo artificialmente, mientras no se presente verdadera indicación. Nos cercioraremos despues de que ha sido completo.

Luego examinaremos si se ha producido alguna lesión de importancia en los genitales y periné para proceder á la sutura inmediata en caso afirmativo.

Por fin efectuaremos un lavado antiséptico de la región vulvo-perineal y la protegeremos con compresas asépticas de gasa y algodón, cuya operación se repetirá varias veces al día, hasta que cicatricen las erosiones vulvo-perineales y cese el flujo loquial.

Se sostendrá durante el puerperio el tubo digestivo en un es-

tado de curso regular de sus heces.

No se practicará ninguna irrigación intrauterina ni vaginal más que en los casos en que no se haya podido sostener la asepsia del aparato genital durante el parto, como ocurre cuando el huevo se ha abierto mucho antes de la terminación del parto y se nota la fetidez del líquido amniótico, cuando se comprueba la fetidez loquial que sigue á la expulsión de un feto muerto y putrefacto, cuando se han practicado intervenciones intrauterinas manuales o instrumentales etc.

La puérpera permanecerá en cama 10, 15 ó más días, sin consentir se levante hasta que se haya efectuado una involución uterina suficiente (fondo uterino detrás del pubis) y no se encuentre en ella ~~ninguna~~ *alguna* anomalía que nos indique la existencia de peligro al abandonarr el lecho.

Tratamiento curativo.

En la sapremia puerperal como queda ya expuesto los gérmenes

no penetran en los tejidos vivos, produciéndose únicamente dicha enfermedad porque nutriéndose y multiplicándose los citados gérmenes en las secreciones loquiales y demás elementos orgánicos sin vida tales como algún cotiledón de placenta, trozos de membranas ovulares ó de caduca, coágulos sanguíneos etc. los descomponen y penetran en la circulación las toxinas resultantes de sus cambios nutritivos.

Se comprende pues que el desocupar el útero de todas estas materias que constituyen excelente medio de cultivo para los gérmenes de la putrefacción, será la óptima terapéutica de la sapremia.

En los casos en que los síntomas saprémicos son producidos por la retención loquial ocasionada por una ante flexión muy acentuada del útero puerperal, el drenaje del útero da muy buenos resultados siendo de utilidad emplear á tal objeto una cánula de vidrio que penetre á través del cuello hasta la cavidad uterina, ó los tubos metálicos de Mouchotte de los que hay serie graduada como los -

tallos de Hegar.

Cuando la retracción del útero es defectuosa cosa que ocurre con frecuencia en la retención loquial, procuraremos estimular tal retracción colocando una vejiga de hielo en el hipogastrio y administrando fuertes dosis de cornezuelo de centeno, con lo que conseguiremos la reducción de la cavidad uterina que hará disminuir la absorción de toxinas microbianas que por el endometrio se efectúa.

En los casos de sapremia cuyo contenido tóxico uterino es fácilmente expulsable, como ocurre en la que sobreviene cuando el huevo se ha roto mucho antes de la terminación del parto pudiéndose observar ya durante él la fetidez del líquido amniótico, o en los casos en que va acompañada de retención de segmentos de membranas ovulares etc. la irrigación intrauterina determinando la expulsión de tales elementos, puede producir la curación de la fiebre saprémica.

Como la eficacia de este medio depende principalmente de la expulsión del contenido uterino que provoca, bastará emplear al objeto un líquido esterilizado tal como el agua hervida ó soluciones debidamente antisépticas.

No se emplearán jamás soluciones altamente tóxicas, tales como las de sublimado ó ácido fénico por los graves peligros que ocasiona su absorción, que con tanta facilidad se efectúa por el endometrio de la puérpera.

Tenemos como soluciones empleables al objeto, la de alcohol al 25 ó 50 por 100, la de tintura de yodo al 1 ó 3 por 100, permanganato potásico al 0,25 ó 0,50 por 1000, ácido salicílico al 4 por 1000, la microcidina al 5 por 1000, lison al 2 por 1000, acetato de alúmina al 1 por 100, sulfato de cobre al 1/2 por 100 etc.

Olshausen y Liepmann consideran que son las soluciones de alcohol las que dan mejores resultados. Tarnier reputa como las mejores á las soluciones de yodo, atribuyendo su eficacia no solo al

poder antiséptico del yodo sino además á la facilidad con que penetra en el espesor de los tejidos.

Como el alcohol y el yodo suelen producir escozor al actuar sobre las heridas, se podrá atenuar tal inconveniente recubriendo previamente la vulva, periné y ano con vaselina antiséptica.

La cantidad de líquido empleado en tal lavado debe ser abundante sirviéndose siquiera de 6 ú 8 litros de solución en cada irrigación.

En la práctica de la irrigación intrauterina se tomarán todas las precauciones antisépticas (limpieza del irrigador, de las manos del operador, de la región vulvo-perineal, irrigación vaginal previa) y se procederá con el mayor cuidado para no herir los tejidos al penetrar con la sonda en el útero; se evitará asimismo el introducir aire en los genitales á cuyo objeto se tendrá cuidado de que circule el líquido por la cánula mientras se introduce esta en los genitales. Para que sea perfecta y al objeto de evitar que pe-

netre el líquido en el peritoneo ó través de las trompas, se observarán dos importantes requisitos al practicarla, cuales son que el líquido llegue á todos los rincones de la superficie uterina y que se asegure su salida al exterior, los que se cumplirán introduciendo bien la sonda en la cavidad uterina y empleando una sonda intrauterina conveniente tal como las de Doleris, Boudin, Bumm etc.

Quando en la sapremia se encuentran en el útero trozos de placenta putrefacta, entonces se practicará la evacuación previa -- anestesia, procurando extraer los trozos mayores mediante maniobras digitales y los pequeños que escapan á la acción de los dedos mediante una ancha cureta roma, con la que se recorrerá prudentemente toda la superficie interna del útero, teniendo siempre en cuenta la extraordinaria blandura del útero puerperal. A continuación se -- practicará un abundante lavado intrauterino en la forma antes indicada.

Con tal proceder se consigue la mayoría de las veces la cu-

ración de plazo breve.

Pero en algunos casos en los que es antiguo el proceso de putrefacción, interesando ya más profundamente al órgano uterino, - aun después de puesta en práctica la citada terapéutica, reaparecen bien pronto en los loquios los gérmenes y la fetidez característica.

Cuando esto ocurre es que no se pudieron desprender todos los tejidos interesados y que los gérmenes protegidos por estos escaparon á la acción de las irrigaciones antisépticas.

En tales casos se repetirán las citadas irrigaciones intrauterinas, pero ya no con la pretensión de conseguir con ellas la curación, sino tan solo con el fin de coadyuvar á la fuerza ~~vital~~ ~~trix~~ del organismo. De la eliminación de las partes necrosadas y de los gérmenes, se encarga de hacerlo gradualmente la propia naturaleza, la que oponiéndose mediante la ~~formación~~ ~~de~~ la valla de granulaciones á que penetren los gérmenes á mayor profundidad y -

dando lugar á un proceso de exudación disecante elimina los tejidos infectados y los agentes infectantes que salen al exterior con las secreciones loquiales.

La irrigación continua que se ha empleado con poco éxito como luego veremos en el tratamiento preventivo y curativo de la infección séptica puede emplearse con resultado en estos casos; y está también indicada en ciertos casos de endometritis gangrenosa en los que por circunstancias especiales no se puede apelar á medios quirúrgicos.

La histerectomía se practica con resultado en los graves procesos de intoxicación que han sido ocasionados algunas veces por la retención de la placenta putrefacta, esfacelo de miomas etc.

Además del tratamiento local expuesto conviene á la septicemia un tratamiento general tónico, desintoxicante y antitérmico (baños fríos en algunas ocasiones) que estudiaremos en la septicemia no haciendo en este lugar más que su indicación al objeto de -

evitar repeticiones.

En la difteria genital la inyección hipodérmica de suero antidiftérico da excelentes resultados, aunque no llegan á ser tan buenos como en la difteria faríngea y laríngea, debido á que en estas no son tan frecuentes como en la genital las asociaciones con el estreptococo, contra los cuales no tiene el suero citado tan heroicas virtudes.

En el tratamiento del tétanos genital ha resultado ineficaz hasta la histerectomía, lo que fácilmente se comprende si se tiene en cuenta que no se revela esta infección por síntoma local alguno y que ni aún los síntomas generales se manifiestan hasta después que están los centros nerviosos profundamente afectados.

El único tratamiento empleable es la inyección de suero antitético debajo de la dura madre y aún este con pocas esperanzas.

Vulvitis y colpitis: Los flemones de la vulva requieren un

tratamiento sencillo; se lavarán con soluciones ligeramente antisépticas tales como la de lisol al 1/2 por 100, acetato de aluminio al 1/2 por 100, ácido bórico al 3 por 100 etc., se recubrirán con huestaplasmas humedecidas en las soluciones antisépticas citadas, ó se expolversearán con yodoformo, xeroformo etc. con lo que casi siempre se logra prontamente cicatricen las pequeñas erosiones y hacer desaparecer la inflamación.

En las úlceras de la vulva dan buen resultado los toques, con tintura de yodo que se efectuarán una vez al día, ó los lavados con agua oxigenada.

Si se forma algún absceso convendrá evacuarlo y curar después antisépticamente la herida.

La inflamación de la vagina se tratará por medio de irrigaciones, empleando las soluciones antisépticas débiles señaladas y teniendo mucho cuidado de no producir erosiones con la cánula, así como de que no penetre el líquido que se irriga en el útero.

En los primeros días que siguen al parto y en los casos de vaginitis simples, pueden sustituirse tales irrigaciones por óvulos de glicerina con 50 cgr. de yodoformo, ó ácido bórico, xeroformo, dermatol etc. al objeto de evitar los inconvenientes que como hemos dicho pueden tener las irrigaciones.

Las úlceras y absesos de la vagina se tratarán por los medios que acabo de indicar al ocuparme de procesos análogos de la vulva.

Endometritis: el tratamiento de la endometritis puerperal que he expuesto en parte al ocuparme de la terapéutica de la septicemia, quedará completado al estudiar el tratamiento de la septicemia, ya que dicha endometritis constituye casi siempre la puerta de entrada de estas dos formas generales de fiebre puerperal.

Salpingo-ovaritis; en el tratamiento de la salpingo-ovaritis las emisiones sanguíneas locales (sanguijuelas, ventosas escarificadas) pueden ser empleadas con ventaja. Durante los primeros

días para calmar los dolores y moderar la inflamación será conveniente emplear el hielo que se colocará en la región correspondiente protegiendo la piel con una franela sobre la que se colocará la vejiga de hielo, ó compresas mojadas en agua helada, ó cataplasmas preparadas con hielo triturado y harina de mostaza.

Más tarde se obtienen buenos efectos calmantes y resolutivos de otros medios tales como la irrigación caliente y sobre todo los enemas calientes que debe retener la enferma todo el tiempo posible, el ictiol en óvulos y al interior, y los puntos de fuego.

Aunque sobreviniera la supuración formándose colecciones sépticas, no se debe aconsejar la intervención quirúrgica precoz en la anexitis; puesto que con ella es fácil destruir las adherencias que enquistaban el pueo y ocasionar una peritonitis generalizada cuando el peligro había ya desaparecido. Se dejará que pase el período agudo de la enfermedad y si después de transcurrir algunos meses se comprueba la existencia de un piosalpinx, entonces es cuan-

do únicamente se puede plantear la cuestión de la conveniencia de la intervención quirúrgica.

Parametritis: para tratar la parametritis puerperal, durante los primeros días de la enfermedad en los que casi siempre va acompañada de cierta reacción peritoneal, colocaremos sobre la región correspondiente una vejiga de hielo y administraremos los opiáceos que nos serán muy beneficiosos para calmar los dolores y sobre todo para combatir el peristaltismo intestinal, que podía favorecer la propagación de los gérmenes localizados en la zona pelviana á las partes altas de la serosa peritoneal.

Transcurridos los cuatro ó cinco primeros días después de los cuales los síntomas peritoneales han disminuido y la enfermedad ha tomado una localización completamente pelviana, es muy útil aplicar locu dolenti compresas humedecidas en agua caliente para calmar el dolor y favorecer la extensión de los exudados hacia la periferia.

Las grandes irrigaciones calientes vaginales y rectales prestan también en este período positivos servicios.

Así como durante los primeros días es conveniente administrar los opiáceos para detener el peristaltismo intestinal, más tarde se debe procurar exonerar el vientre administrando si es preciso enemas de glicerina u otros medios análogos para obtener una deposición cada dos días.

Los antipiréticos son perjudiciales porque debilitan y producen trastornos gástricos. Debemos abstenernos también de los baños fríos porque perturban el reposo tan necesario en esta enfermedad.

Se sostendrán las fuerzas de la enferma por medio de una alimentación adecuada y de los diversos tónicos.

Es sumamente indispensable el reposo en cama mientras persista la fiebre, y al objeto de evitar recaídas y agravaciones, no consentiremos que la enferma abandone el lecho, hasta que observemos durante unos cuantos días (sobre todo por las tardes) y en los

casos de larga duración una ó dos semanas, que se encuentra completamente apirética. Aún después de levantada será conveniente tomar la temperatura por la tarde unos días, para oponerse á las recidivas.

Cuando se demuestra la existencia de un absceso, debe abrirse tan pronto como sea posible, por la pared abdominal ó por la vagina, por el punto por donde sea más accesible.

Comúnmente se alcanza bien su situación por medio de una laparotomía subperitoneal y apenas existe el peligro de herir el peritoneo cuando el exudado se halla en relación inmediata de la pared abdominal, puesto que la misma tumefacción del tejido celular le desvía hacia arriba.

Peritonitis: en las formas localizadas de peritonitis nos apresuraremos á detener el peristaltismo intestinal, para que los gérmenes que las producen no lleguen á regiones más altas del peritoneo y se extienda la flogosis á toda la serosa. Con tal obje-

te durante los primeros días la mejor terapéutica será la aplicación de una vejiga de hielo sobre el bajo vientre y la administración de los opiáceos. Después de algunos días cuando hayan disminuido los síntomas de reacción peritoneal, adquiriendo la peritonitis una localización completamente pelviana, será muy conveniente el empleo de grandes enemas de agua caliente, pues obran favorablemente sobre la inflamación peritoneal y provocan deposiciones, oponiéndose así á la producción de estancaciones fecales que predisponen á una infección colibacilar, que vendría á complicar el proceso en cuestión.

Tan pronto como se compruebe la existencia de exudados peritonales, se practicará la colpotomía haciendo ampliamente el fondo de saco vaginal posterior, para establecer así el desague de la cavidad peritoneal por el fondo de Douglas.

En las formas generalizadas de peritonitis emplearemos también en un principio la vejiga de hielo sobre el abdomen y los opia-

ceos al interior á los efectos ya indicados é instituiremos el tratamiento general que expondremos al ocuparnos del tratamiento de la septicemia.

Pero todo esto resulta infructuoso en la casi totalidad de los casos, siendo necesario en muchos intervenir quirúrgicamente si se ha de salvar á la enferma.

Bojilly, Truc, Lanwson-Tait, Raymond etc. desde el año 1886 emprendieron este camino y después de muchas discusiones ha entrado definitivamente la laparotomía en el tratamiento de las peritonitis generalizadas, proclamándose ya por unanimidad sus buenos resultados; pues los casos en que se ha efectuado tal intervención son muy numerosos y las estadísticas publicadas vienen á demostrar que en un 40 por 100 de las mujeres laparotomizadas por esta enfermedad se ha obtenido la curación; lo cual representa un positivo progreso en su terapéutica ya que sin tal operación la mortalidad asciende al 90 por 100 de los casos.

No en todos los casos de peritonitis generalizada se obtiene de la intervención quirúrgica los mismos resultados.

Hemos visto al estudiarla, que los fenómenos graves que presenta son de dos órdenes; los unos producidos por la inflamación peritoneal y los otros ocasionados por el continuo paso desde la serosa inflamada á la sangre de gran cantidad de productos tóxico-microbianos que originan la consiguiente septicemia.

En las formas sobreagudas sucumbe la enferma por toxihemia antes de que la flogosis peritoneal haya llegado á producir exudado alguno. En tales casos nada se puede esperar de la intervención quirúrgica, que no haría más que aumentar los sufrimientos de la enferma y precipitar el desenlace fatal.

Pero en las formas agudas en que la reacción leucocitaria local se manifiesta produciendo exudados que se oponen á la acción de los gérmenes, en estas formas sí que está indicada la laparotomía, con la que se consiguen algunos éxitos en las formas difusas con exudado seropurulento; aumentan las probabilidades de curación mer-

ced á la intervención quirúrgica en las formas francamente purulentas en las que el pus se presenta bien en numerosas colecciones purulentas aisladas unas de otras, ó bien en una sola colección enquistada parcial ó totalmente, merced á la formación de falsas membranas limitantes.

El éxito de la laparatomía va aumentando correlativamente al orden en que he expuesto estas diversas formas de peritonitis generalizadas, aunque para juzgar de él, hay que tener además siempre en cuenta el grado de septicemia generalizada que padece la enferma.

Se practicará pues el desagüe de la serosa peritoneal en todos estos casos de peritonitis con exudados por medio de la laparotomía; y se efectuará el lavado de tal serosa en los casos en los cuales la difusión del proceso es completa, por no existir neomembranas que tiendan á localizarlo. En los casos en que se encuentre localizado el exudado purulento, convendrá más, no lavar el peritoneo y asegurar la salida al exterior de las exudaciones que se va-

yan produciendo mediante gasas y tubos de drenaje que se dejarán convenientemente colocados al objeto.

Flegmasia alba dolens - Cuando después de un parto se observa una elevación térmica por débil que sea, ^{o aceleración del pulso} conviene examinar con frecuencia y cuidadosamente el estado de la circulación venosa de los miembros inferiores.

Por medio del interrogatorio, de la palpación de las regiones en que suele asentar la flebitis y sobre todo de la inspección comparada de ambos miembros, que pueda descubrirnos un ligero edema unilateral que interesa aun solamente el pie ó la pantorrilla, nos pondremos sobre la pista de una flebitis que evoluciona todavía en silencio; en cuyo caso colocando el miembro en posición algo elevada y ordenando á la enferma que lo mantenga inmóvil, se puede contener la invasión del proceso flebítico.

Una vez que se haya presentado la flegmasia alba dolens, se protegerá el miembro afecto contra toda clase de traumatismos tales

como las presiones directas sobre los vasos trombosados, las fricciones etc. (que podrian ocasionar el desprendimiento del trombus - origen de las funestas embolias) envolviéndolo en una gruesa capa de algodón hidrófilo; y se colocará sobre una almohada adecuada en posición elevada de modo que el pie se encuentre más alto que la rodilla, y esta que la cadera, al objeto de facilitar la circulación de retorno y la disminución del edema.

La inyección de 20 á 60 gr. de suero antiestreptocócico ha producido en algunos casos excelente resultado.

Durante los primeros días si los dolores son intensos, convendrá administrar algunas inyecciones hipodermicas de morfina.

Se le obligará á la enferma á permanecer en cama hasta que los coágulos del trombus se hayan absorbido, pues los movimientos de la marcha pueden producir una exacerbación de la flebitis, ú ocasionar otro accidente mucho más grave cual es la embolia pulmonar.

Mientras persista el dolor y el pulso sea más frecuente de -

lo normal, no deberá abandonar el lecho la enferma.

Generalmente podrá hacerlo aunque siempre con precaución, á los 25 ó 30 días despues de la desaparición de la fiebre que comenzó con la flegmasia.

Será conveniente hacer tomar á la enferma la precaución de usar durante algún tiempo despues de padecer la flegmasia una media elástica que llegue hasta la raiz del muslo, al objeto de oponerse á la formación de los edemas consecutivos que van muchas veces acompañados de dolores intermitentes.

Septicemia: Siendo producida esta enfermedad por la acción de gérmenes y toxinas que penetran en la circulación á través de las vallas genitales, debemos encaminar el tratamiento á dos fines:

1°. á destruir los gérmenes de infección en las mismas puertas de entrada: y

2°. á contrarrestar los efectos generales que su invasión produce en el organismo, ayudando á la naturaleza en su defensa com-

tra tales ataques.

De ahí la necesidad de instituir un tratamiento local á la par que otro general; y si bien es verdad que contamos para ello con numerosos medios, debemos confesar que no hay ninguno que nos garantice la curación.

Los resultados que con ellos se obtienen son tan insignificantes al compararlos con los que nos proporciona la terapéutica profiláctica, que bien puede decirse que en la septicemia el tratamiento profiláctico es el todo, mientras que el curativo es poco más que nada.

Tratamiento local: Constituyendo á veces las heridas perineales, vulvulares y vaginales las puertas de entrada de esta infección, convendrá desinfectarlas por los medios señalados al ocuparnos del tratamiento de la vulvitis y colpitis.

Pero siendo la superficie interna del útero en la inmensa mayoría de los casos, sino la única por lo menos la principal puerta de entrada de las toxinas y gérmenes que producen la septicemia,

á ella debemos llevar con predilección nuestra acción terapéutica,

Para tratar las heridas de la porción vaginal del cuello así como el proceso endometrial, se han aconsejado los toques con tintura de yodo, con alcohol absoluto y otros medios análogos, que se llevan sobre las heridas del cuello ó al interior del útero por medio de un grueso pincel, ó de una torunda de algodón que se conduce sujetándola con una pinza de curación uterina; pero no se han obtenido con tales medios resultados brillantes ni seguros.

Constituyendo los productos orgánicos muertos que pueden existir dentro de la cavidad uterina, excelente medio de cultivo para el desarrollo y proliferación no solo de los saprofitos sino que también de los microbios causantes de la septécemia, en el que aumentan su virulencia, procuraremos averiguar si existe retención de tales productos y al menor indicio de ella emplearemos la terapéutica evacuante expuesta con motivo del tratamiento de la sapremia, la cual en semejantes casos presta innegable utilidad. Después de

evacuado el útero si su retracción no es suficiente será muy conveniente estimular-la aplicando una vejiga de hielo sobre el hipogastrio y administrando preparados de coque de centeno.

Pero si tenemos la convicción de que en el útero no existe retención de sustancia orgánica muerta, tratándose de un proceso séptico puro sin supuración, nos abstendremos del empleo de la cureta é irrigaciones intrauterinas, por saber que los microorganismos que le producen se difunden bien pronto en el interior de los tejidos por vía linfática y venosa, á donde no pueden llegar la acción de los citados medios. Muy demostrativas de lo dicho son las experiencias que se han llevado á cabo en animales, en los que infectando artificialmente heridas hechas al objeto con bacilos carbuncosos ú otros microbios altamente virulentos, se ha visto que desinfectándolas enérgicamente después de haber transcurrido 10 á 20 minutos resulta ya inútil tal desinfección, puesto que tan corto espacio de tiempo ha sido suficiente para que los gérmenes se hayan -

difundido en el organismo por vía sanguínea.

Cosa análoga ocurre con los estreptococos muy virulentos en las heridas puerperales. Una irrigación intrauterina produce en el útero infectado en su parenquima, en una parametritis ó en una fiebre séptica, el mismo efecto que un lavado de la piel con una solución de sublimado en una erisipela; y así como nadie por la acción de este pretenderá destruir el estreptococo alojado en el dermis cutáneo, menos se podrá pensar en obrar sobre los gérmenes alojados en los tejidos uterinos, periuterinos ó aun á mayor distancia en la circulación por la acción de aquella.

Se abstendrá de dichas intervenciones porque tras de ser inútiles resultan perjudiciales, pues por muchísimo cuidado que se ponga en su práctica, es sumamente fácil hasta en una al parecer inocente irrigación intrauterina, producir erosiones ó ocasionar el desprendimiento de trombus infectados, dando así lugar á la difusión de los gérmenes bien por vía linfática, bien por vía venosa.

Unicamente convendrá practicar simples irrigaciones vaginales para favorecer la separación de las secreciones de las heridas.

La irrigación intrauterina continua por espacio de 24 ó más horas, con soluciones antisépticas, ha sido aconsejada con entusiasmo por Schroeder, Loevenstein, Pinard, Varnier etc; como terapéutica profiláctica en los casos en que no se ha podido conservar la asepsia genital durante el parto, como por ejemplo cuando se ha practicado la embriotomía sobre feto muerto en putrefacción; y como terapéutica curativa después de haberse presentado los síntomas de infección; pero en la actualidad apenas se usa tal tratamiento, puesto que además de no haber dado ni con mucho los resultados que de él se prometieron, resulta su aplicación muy engorrosa. Unicamente en ciertos casos de endometritis gangrenosa en los que no puedan emplearse por circunstancias especiales los medios quirúrgicos indicados al ocuparme del tratamiento de la sepsis, es en los que encuentra su verdadera indicación.

Partiendo de la teoría de que la caduca verdadera que siempre queda en el útero afectada de la descomposición, presenta un medio de cultivo excelente para los microorganismos productores de la endometritis séptica, la cual suele ser en la mayoría de los casos - el proceso inicial de las septicemias graves, se ha propuesto y practicado el raspado del útero con la cucharilla cortante, por tocólogos tan ilustres como Braun, Borel, Rapin, Weis., Pinard, Pozzi, La Torre, Gutierrez y otros muchos, como terapéutica contra la septicemia.

Por el contrario otros tocólogos no menos eminentes como F Fritsch, Collins, Robert, Bumm, Olshausen, Recasens etc. le proscriben, rechazándolo de la práctica tocológica, fundándose en el conocimiento del poder difusivo de los gérmenes que hace no podemos tener nunca la seguridad de haber extraído con él, todos los tejidos infectados; y en la facilidad con que al practicarle se pueden producir erosiones ó perforaciones; así como en que se destruye

la defensa preparada por el organismo cual es la valla de granulaciones, ~~haciendo~~ con él nuevas puertas de entrada á la infeccion.

En efecto: Dada la gran superficie interna del utero puerperal es difícil recorrerla toda con la cucharilla y jamás podremos tener la seguridad de haber extirpado toda la mucosa y mucho menos toda la profundidad de los tejidos infectados. Además dada la gran blandura y lesionabilidad de los genitales en el puerperio; existe siempre el peligro de causar lesiones en la vagina ó de perforar el útero. Si á esto añadimos el que al desprender con la cucharilla los restos de caduca y demás tejidos infectados, no nos es factible evitar el arrancamiento del tejido granular que forma una zona defensiva existente en la inmensa mayoría de los casos de infeccion, comprenderemos que con el raspado en la septicemia no lograremos separar todos los tejidos infectados y si, el crear heridas ó por lo menos una ancha superficie ~~oculta~~ en el interior del útero, por la cual les será muy accesible la entrada á los gér-

menes que han escapado de nuestra intervención; por lo que no habremos hecho con tal práctica más que favorecer el proceso infeccioso que tratábamos de combatir.

Demostrativos de lo expuesto son los casos que dice Bumm haber observado, en los cuales se presentó una pihemia (originada por los trombus decuados de la superficie de inserción de la placenta) inmediatamente despues de practicado el raspado en casos de endometritis séptica; y otros dos casos de peritonitis fulminante ocasionada por la misma intervención.

Cuando los gérmenes se hallan solamente en el interior del útero retenidos en la masa de tejido esfacelado, es decir en los casos de sapremia ó de infección superficial, si que puede dar el raspado excelentes resultados. Pero en estos casos como hemos visto en el tratamiento de la sapremia se obtiene todavía mejor éxito empleando una cucharilla roma de grueso calibre con la que no se hace más que limpiar la cavidad uterina, sin arrancar la valla de

granulaciones.

Cuando la infección ha interesado las paredes uterinas y sus vasos, cuando llega al parametrio, al peritoneo, y mucho más si se difunde por la circulación como ocurre en la septicemia, será contraproducente el practicarlo.

La histerectomía vaginal en el tratamiento de la septicemia para separar el útero en algunos casos de endometritis séptica grave, fué practicada por primera vez por Pehling el año mil ochocientos ochenta y nueve.

Poco despues fué practicada por Schultze la histerectomía -- abdominal subtotal, para extirpar un útero en cuya placenta se había iniciado la putrefacción, por no haberse podido extraer por la vagina.

No tardó en practicarse la histerectomía abdominal total para combatir la infección puerperal independientemente de toda retención placentaria. Fué practicada por primera vez á tal objeto por

Pryor de New York en el año 1895.

Despues se ha practicado mucho la histerectomia en el tratamiento de esta infeccion por los tocólogos de todas partes y sobre todo por los de los Estados Unidos, viéndose que su resultado no ha sido satisfactorio.

En el congreso de Roma, Treube (de Amsterdam) se ocupó "de la histerectomia en el tratamiento de la infeccion genital aguda, postpartum ó postabortum, con accidentes toxi-infecciosos sin localizaciones extrauterinas clínicamente perceptibles" demostrando que los resultados estadísticos de esta operacion son poco satisfactorios. Hizo constar tambien que ni el examen de la sangre de las infectadas puerperales, ni la fiebre, ni la frecuencia de pulso, tienen valor como indicaciones de la histerectomia. Concluye dicho ponente "No, mil veces no, la cuestion no es tan sencilla y la histerectomia no está indicada más, que cuando se tiene en cuenta tanto la naturaleza del tratamiento obstétrico instituido hasta enton-

ces y su ineficacia, como todos los signos clínicos que una observación rigurosa y tan prolongada como sea posible permite descubrir".

En el mismo Congreso, Fehling (Strasbourg) formuló entre otras conclusiones las siguientes:

"La extirpación del útero en los puerperios, en caso de septicemia generalizada, no tiene probabilidad alguna de éxito y no debe aconsejarse.

La ablación del útero está indicada solo en los casos en que el foco de la infección ó de la intoxicación se halla limitada al útero, á saber: en las retenciones con putrefacción de la placenta; en la putrefacción de los miomas durante el puerperio ó de los restos ovulares á consecuencia de un aborto; siempre que sea sin embargo, imposible suprimirles por otros medios que la histerectomía.

En los casos de metrorflebitis puerperal (píohemia) la histerectomía puede ser útil á condición de ligar y extirpar las venas -

atacadas de trombosis en el ligamento ancho y las utero-ováricas"

En el Congreso de Madrid celebrado en 1900 Pinard rechazó en absoluto la histerectomía en el tratamiento de la septicemia: Cortiguera (de Santander) demostraba en su comunicación la poca confianza que inspiraba y el escaso resultado que proporciona la citada operación.

De cuanto llevo expuesto se puede deducir que la histerectomía está indicada con motivo de la retención de cotiledones placentarios muy adheridos y en estado de putrefacción, o cuando existen tumores uterinos en vías de esfacelo; así como también en los casos de grandes destrozos con rotura uterina.

Pero fuera de los citados casos, será prudente no poner en práctica tal intervención, puesto que no poseyendo aun medios clínicos para obtener un diagnóstico preciso del estado de difusión microbiana, nunca se podrá precisar el momento oportuno de indicación operatoria, por lo que resultará una de dos; ó se interviene en un

principio al objeto de encontrar aún la infección localizada en el útero sin que haya tenido lugar aún su difusión, en cuyo caso ocurrirá que á muchísimas enfermas que hubieran curado de la enfermedad sin tal mutilación, las habremos castrado inútilmente por haber obrado prematuramente. O se opera más tarde después que la difusión de los gérmenes ha tenido lugar, en cuyo caso nada habremos adelantado con extirpar el útero ya que la infección ha traspasado sus límites, por lo cual la histerectomía en tal caso lejos de curar, lo que hará será agravar la situación aunque no sea más que por el traumatismo que su ejecución significa.

Tratamiento general: Habiéndose demostrado la intervención del estreptococo en la producción de la mayoría de los casos de septicemia puerperal, era muy racional el que se empleara el suero antistreptocócico en su tratamiento. El resultado que con él se ha obtenido en las enfermas septicémicas no ha respondido ni con mucho á las esperanzas que hizo concebir la experimentación en los anima-

les. Su acción en la septicemia puerperal es muy poco constante, lo que nada de particular tiene si se considera que en clínica los casos que se observan de infección puerperal estreptocócica pura son los menos y según afirmación de Marmorek este suero es específico, obrando solamente contra las infecciones producidas por el estreptococo, sin poder nada contra el colibacilo, estafilococo, etc.

Sin embargo apesar de tal inconstancia no se debe prescindir de él en el tratamiento de esta enfermedad ya que en algunos casos es de evidente eficacia.

Según afirma Bumm "en las formas graves de endometritis estreptocócica, en la flegmasia alba dolens y en la septicemia pura sin localización se han obtenido sorprendentes mejoras, descenso rápido de la temperatura y hasta la curación con dosis de 30 á 50 gr.; por el contrario su ineficacia es seguramente en la peritonitis general, ptohemia, flegmones del tejido celular de la pelvis y en todos aquellos procesos en los cuales se desarrolla una flogosis purulenta en

en los tejidos del organismo.

Tales casos no son modificados en ningún sentido aún tratados por dosis de 150, 200, 300, gr. de suero".

Como no produce efectos nocivos (pues lo más que ha ocasionado ha sido urticaria y dolores articulares pasajeros) se debe emplear en todos aquellos casos cuya gravedad nos obligue echar mano de todo el arsenal terapéutico. Su empleo debe ser lo más precoz posible y en general basta con inyectar 20 ó 40 c.c., pero su inocuidad es tal que se pueden repetir varios días consecutivos las inyecciones de 50 c.c. y en casos de gravedad extrema se han llegado á inyectar 300 c.c. de suero.

Las inyecciones intravenosas de soluciones de formalina, sublimado y de otros agentes antisépticos empleadas al objeto de destruir los agentes sépticos en la sangre y en los tejidos no han dado resultado; pues si están muy diluidas son completamente inútiles, y si no lo están tanto, lesionan antes á las células de la san-

gre y de los tejidos que á los gérmenes contra los que se dirigen.

La plata coloidal ó colargol introducida por Credé en el tratamiento de ciertas enfermedades infecciosas por provocar una polinucleosis abundante y favorecer el proceso de defensa orgánica, ha sido empleada en el tratamiento de la septicemia puerperal, bien bajo la forma de inyecciones intravenosas, ó bien en pomada ó inyecciones intramusculares (electrargol).

Su acción aunque no es muy constante produce en algunos casos efectos favorables.

Habiendo observado el profesor Fochéer (de Lyon) en ciertas enfermedades infecciosas muy graves, que su evolución se modificaba pronto y favorablemente si en un punto cualquiera del organismo se formaba una colección purulenta, se le ocurrió reproducir artificialmente este proceso natural á cuyo objeto practicó inyecciones hipodérmicas de esencia de trementina á las enfermas de septicemia puerperal, resultando que en cuanto se formaba un absceso en el punto de

la inyección descendía la fiebre y se producía la curación.

Por haber interpretado el hecho en el sentido de que la infección primitivamente generalizada quedaba atraída y localizada en el punto en que se practicaba la inyección, dió á estos abscesos el nombre de abscesos de fijación.

Hasta la fecha no se ha dado una explicación unánime de la manera de producir la acción bienhechora de estos abscesos en la septicemia; sea que la trementina obra en los casos favorables por absorción más bien que por la irritación local que determina, sea que los glóbulos del pus son precisamente fagocitos cargados de los detritus de microbios que mueren en la lucha y que por la misma formación del absceso son expulsados del organismo, sea que obren por la formación de los anticuerpos que los leucocitos producen etc. lo cierto es que no se pueden negar los hechos que se han observado y que muchos clínicos eminentes tales como Thiersy, Ferrand, Robinson, Arnozan, Recassens etc. se felicitan por los éxitos que les ha pro-

porcionado tal terapéutica en el tratamiento de ciertos casos de septicemia puerperal.

Arnozan hace la siguiente descripción de los efectos que producen tales inyecciones "Después de una inyección hipodérmica de 1 ó 2 c.c. de esencia de trementina que se practicará con todos los cuidados de asepsia en la pared abdominal ó en la cara externa del muslo, la enferma experimenta un dolor que va aumentando durante los 2 ó 3 primeros días. La fiebre apenas sufre modificación alguna por la inflamación local que se desarrolla y que termina por la formación del absceso que contiene pus esteril.

Cuanto más franca y manifiesta sea esta acción local más favorable es el pronóstico; y muchas veces al revés de lo que ocurre en los absesos infecciosos la fiebre desciende antes de que se haya vaciado el absceso. Si por el contrario la enfermedad sigue por mal camino ó aparecen complicaciones, no se forma el absceso y todo queda limitado á una ligera hinchazón que se produce alrededor del punto

en que se practicó la inyección. Una vez de formada la colección purulenta no hay necesidad de abrirla pronto; después de evacuada al exterior espontánea o artificialmente se aplican curas húmedas asépticas para evitar la contaminación secundaria del absceso.

De cuanto llevo expuesto resulta, que aunque este medio terapéutico no ha encontrado aún en la terapéutica corriente de la septicemia, ha prestado sin embargo en algunos casos señalados servicios; y siendo muy difícil en la actualidad de apreciar su exacto valor, se debe considerar como un tratamiento de excepción, reservado para aquellas enfermas en quienes han fracasado los recursos terapéuticos ordinarios y se considera fatal su pronóstico, de las cuales mediante esta intervención se podrán salvar algunas.

En el tratamiento de la septicemia puerperal es de lo más importante el conservar las fuerzas de la enferma, que tiende á debilitarse por efecto del parto y de la enfermedad que padece. Se procurará pues dotar al organismo de todos aquellos medios que le

proporcionan energías, ya que cuanto mayor sea la energía con que -- se efectuen los procesos vitales celulares, habrá mayores probabilidades de obtener el triunfo sobre los agentes infectantes.

Con tal objeto administraremos á la enferma una alimentación nutritiva y adecuada compuesta de alimentos líquidos tales como leche, caldo, huevos, natillas etc. El alcohol es un tónico excelente para las enfermas septicémicas en las que se debe administrar abundantemente. Runge recomienda con calor este tratamiento y administra enormes dosis; en siete días hace tomar por ejemplo dos litros de cognac y diez botellas de vino fuerte. Claro está que no se debe administrar la misma cantidad en todos los casos, la que -- deberá ser proporcionada á la tolerancia de cada enferma; lo cierto es que en esta enfermedad obra el alcohol de un modo muy favorable y que tales enfermas toman admirablemente bajo la forma de ron, coñac, aguardiente, jerez, poción de Todd, champagne etc. cantidades muchísimo mayores de las que fuera de este estado serian suficien-

tes para producir efectos nocivos.

Los tónicos cardiacos cafeina, esparteina, aceite alcanforado, estriquina etc. estan muchas veces indicados.

El café negro, adicionado de coñac ó ron, es un tónico cardiaco y un diurético energético.

La Kola como dinamóforo y la quina á dosis tónicas pueden -- prestar utilidad en algunos casos, pero se vigilará mucho su empleo al objeto de suspenderle al menor trastorno que se presente en las vias digestivas.

Teniendo en cuenta la acción leucocígena del ácido nucléi- co ha aconsejado su empleo Hofbauer en la septicemia puerperal como medio defensivo. Para su administración la via más conveniente es la hipodérmica.

La observación de que el organismo se desprende de los gér- menes y toxinas que infeccionan la sangre en la septicemia, elimi- nandolos por sus emuntorios naturales de los cuales son los más im-

portantes el cutáneo, el intestinal y el renal, indujo á emplear en este tratamiento los medios que activaran las secreciones de los órganos emuntorios. Con tal fin se emplearon los sudoríficos, los drásticos y los diuréticos.

El empleo de los sudoríficos y drásticos está abandonado en la actualidad con justo motivo por ser medios que debilitan mucho á las enfermas. Sin embargo sin caer en la antigua terapéutica sistemática de emplear repetidamente los purgantes, pondremos buen cuidado en sostener el curso regular de las heces fecales empleando en algunos casos en un principio el calomelanos como purgante y anti-septico intestinal y valiéndonos después de enemas acuosos, glicerinados etc. para evitar las autointoxicaciones de origen intestinal y las complicaciones colibacilares.

Para excitar la actividad de la secreción renal y cutánea conviene administrar á la enferma bebidas abundantes y hoy en día se usan mucho á tal objeto con excelentes resultados las inyeccio-

nes intravenosas ó hipodérmicas de suero fisiológico. Empleando un litro diario de una solución acuosa de cloruro de sodio al 7 por 1000 se consigue un verdadero lavado de la sangre, puesto que por la diuresis y diaforesis abundante que provoca se descarta la economía de una gran parte de los elementos que la intoxican.

Algunos médicos han empleado para combatir la fiebre los medicamentos antipiréticos tales como la antipirina, el piramidon, la quinina, el salicilato de sosa etc; con tales drogas se logra solamente una remisión pasajera de 1 ó 2 grados pues la fiebre vuelve ascender con rapidez, y como producen en mayor ó menor grado todos estos medicamentos una acción deprimente sobre el corazón y perturbaciones de estómago, es más conveniente abstenerse de su empleo.

En las formas hipertérmicas han sido empleados con más provecho los baños fríos (20 á 25 grados y diez minutos de duración) que hacen descender más á la fiebre, regularizan la respiración, levantan la energía cardíaca, activan la diuresis, tonifican el --

sistema nervioso y despiertan el apetito. Pero contrarrestando -- estos buenos efectos se halla un gran inconveniente al emplearlos - en la septicemia, cual es que los movimientos inherentes á la práctica de los mismos son causantes de que penetren en la circulación mayor cantidad de toxinas, lo que se revela por el escalofrío con elevación térmica considerable que se observa muchas veces poco después del baño.

Este inconveniente limita mucho la aplicación de los baños - para tratar la fiebre septicémica, pero apesar de él no se podrá - prescindir de los baños en las formas en que la fiebre es muy alta y persiste mucho.

Piohemia: Como terapéutica de la piohemia puerperal conven- drá en los casos en que haya retención en el útero de porciones de placenta, membranas etc., proceder á su evacuación para impedir en lo posible el ingreso de los gérmenes en las venas uterinas.

Pero si la cavidad uterina se encuentra libre de tales mate-

rias, el empleo de las irrigaciones intrauterinas será contraproducente ya que con ellas no conseguiremos más que poner en movimiento los trombus de las venas uterinas á impulso de la corriente líquida.

Teniendo en cuenta que es un proceso trombótico el origen de la pihemia se ha intentado lógicamente en su tratamiento el separar las venas ó plexos venosos trombosados, procediendo bien á su ligadura, bien á su extirpación.

Freund fué el primero que intervino dos veces con tal objeto aunque sin resultado, por existir trombus supurados en otros puntos del sistema venoso.

Trendelenburg así como también ~~Bum~~ han obtenido algunos éxitos en casos de pihemia crónica mediante la ligadura de las venas hipogástricas y útero-ováricas.

Los resultados que proporcionan estas intervenciones no son aún lo suficientemente brillantes para que se puedan aconsejar en

todo caso. Más como constituyen una terapéutica racional para esta enfermedad que es muy grave, bueno será que se practiquen en los centros donde se disponga de personal y material adecuado para realizarlas en las mejores condiciones, al objeto de conseguir mediante ellas mejorar un tanto el pronóstico de la pihemia.

Los derrames purúricos, los abscesos articulares y demás colecciones purulentas que se pueden formar en el curso de esta enfermedad se tratarán quirúrgicamente sin pérdida de tiempo.

En el tratamiento general de la pihemia disponemos de los mismos medios que hemos indicado al ocuparnos de la terapéutica de la septicemia.

El suero antiestreptocócico puede emplearse ya que resulta inofensivo y se han obtenido de él en algunos casos excelentes resultados.

El colargol, los abscesos de fijación etc. tienen también las mismas indicaciones que en la septicemia aunque las probabilidad-

des de éxito son aun menores que en esta.

Fondremos nuestra mayor empeño en sostener las fuerzas de la enferma por medio de la alimentación, el alcohol, los tónicos cardiacos y las soluciones salinas en inyecciones.

En cuanto á los antitérmicos químicos nada tenemos que añadir al concepto más atrás expresado; y respecto á los baños fríos son de aplicación más limitada aunque en la septicemia, puesto que la franca intermitencia que la fiebre presenta en la piohemia hace que no sea tanta la necesidad de combatirla como en aquella; y porque la frecuencia con que se producen embolias microbianas á consecuencia de los movimientos á que se somete la enferma al practicarlos hace que sean mayores aun sus peligros.

A pesar de ello en los casos de larga duración y cuando la fiebre es tan alta y reiterada que pone á la enferma en inminente peligro de muerte, no habrá más remedio que aconsejar su empleo.

Después de haber hecho el estudio de las principales formas

- 188 -

que suele revestir la fiebre puerperal, hemos expuesto los diferentes medios de tratamiento más empleables contra cada una de ellas. Pero como aquellas por combinación dan lugar á muy numerosas modalidades clínicas, suele ser cosa difícil la institución del tratamiento más conveniente á cada caso clínico, el cual debe fundamentar sus principales indicaciones en los síntomas locales y generales más importantes que presenta cada caso.

VI. HISTORIAS CLÍNICAS.

C. B. de 36 años de edad y primípara, requirió mi asistencia facultativa por ausencia de su médico de cabecera, mi compañero D. Florentín Rodríguez.

Interrogatorio: padeció el sarampión, ninguna particularidad recuerda respecto á la época en que dió sus primeros pasos, se hizo menárquica á los 14 años, sus menstruaciones fueron periódicas y normales, llevaba un año de matrimonio, en su embarazo no hubo ninguna particularidad, y el parto había tenido lugar 12 días antes, el que terminó mediante una aplicación de forceps después de haber durado dos días.

Luego nada de particular había notado hasta aquel día en los doce que llevaba de puerperio, más que unas ligeras heridas -- vulvo-perineales que lavaba con solución de sublimado expolvoreán-

dolas despues con yodoformo.

Estado de la enferma durante mi primera visita: Aquejaba un fuerte dolor en toda la longitud de la extremidad inferior derecha, sobre todo á nivel de la pantorrilla y cara interna del muslo, dolor que aunque se había iniciado más arriba en la raiz del muslo, se -- extendió bien pronto á toda la extremidad según manifestación de la enferma.

Síntomas objetivos: La extremidad afecta estaba voluminosa presentando más que el doble de su volumen normal, lo que se hacia más ostensible por comparación con la extremidad homóloga que se hallaba sana. El edema era duro pues apenas quedaba en él la impresión del dedo al comprimirlo.

La piel presentaba aspecto lustroso y blanco.

Las heridas vulvo-vaginales estaban casi cicatrizadas.

El fondo de la matriz se encontraba á cuatro traveses de -- dedo por encima del pubis, los fondos de saco vaginales se halla-

ban libres, el cuello uterino se había casi ya cerrado impidiendo la penetración del dedo índice y siendo muy poco apreciable la rasgadura del orificio externo, los loquios no presentaban ninguna particularidad.

El termómetro marcaba 39° y $1/2$.

La radial latía 110 veces por minuto.

El estado general de la enferma era relativamente bueno.

Se trataba pues de una flegmasia alba dolens por tromboflebitis séptica.

Tratamiento: Puse en práctica una sencilla terapéutica, administré dos inyecciones de morfina una la noche que me llamaron y otra el día siguiente por quejarse mucho la enferma de dolores; recubrí el miembro afecto con una gruesa capa de algodón hidrófilo y para favorecer la circulación de retorno le di la inclinación conveniente colocándolo sobre almohadas duras; é instituí la dieta líquida de leche, caldo, jerez, durante los primeros días y más tarde -

- 192 -

natillas, huevos sorbidos, chocolate sorvido etc.

Para los 4 ó 5 días disminuyó considerablemente el dolor; y para los diez días después de los que regresó mi compañero el médico de quien era cliente la enferma el edema había disminuido bastante, la fiebre no pasaba de los 38° y el pulso latía alrededor de 90 veces por minuto.

Aunque no volví después á visitar á esta mujer, me enteré - por mi compañero de que evolucionó la enfermedad sin ninguna complicación y de que dicha enferma abandonó el lecho á los 40 días después de haberse iniciado la flegmasia.

R.E. de 30 años de edad y IV para.

Acudí el día 20 de Febrero del año pasado á Castillo Eleja-beitia en consulta con mi compañero el Sr. Olavarria que ejercía su profesión en el citado pueblo.

Consulta: Me enteró mi compañero de que no había en los an-

tecedentes de la enferma nada digno de mencionarse hasta el último parto; y de que los tres anteriores se habían efectuado sin anomalía alguna.

El parto que había dado origen á la enfermedad que nos ocupamos había tenido lugar el día 25 de Diciembre siendo una comadre la que se había encargado de su asistencia.

Diez días después solicitaron la asistencia del Sr. Olvarría por aquejar la puérpera dolor en el bajo vientre, acompañado de fiebre de 40°, cefalalgia y algunos vómitos, por cuya sintomatología y mediante el tacto vaginal combinado había el citado compañero hecho el diagnóstico de parametritis puerperal con participación del peritoneo pelviano en el proceso flogístico.

Había empleado como tratamiento la aplicación de una vejiga de hielo locu dolenti para combatir la inflamación y las píldoras de Pelletiers para rebajar la fiebre, sometiendo además á la enferma á una alimentación líquida adecuada.

La reacción peritoneal cedió pronto y la fiebre descendió algo pero era aún de consideración y de tipo subcontinuo.

Estado de la enferma durante mi primer reconocimiento: Se quejaba de dolor persistente á nivel de la fosa iliaca derecha, dolor que se acentuaba por la presión y por los movimientos que intentara realizar la enferma. Esta se mantenía inmóvil en decubito supino y con el miembro inferior correspondiente al lado afecto flexionado, estando el muslo sobre la cadera, y la pierna sobre el muslo; siéndole -- completamente imposible extender tal extremidad.

Por la palpación abdominal que era sumamente dolorosa sobre el lado derecho se apreciaba una tumoración que ocupaba la fosa iliaca derecha, no encontrándose nada de particular en la fosa iliaca izquierda.

Por el tacto vaginal combinado con la palpación abdominal se notaba una tumoración en el fondo de saco vaginal derecho en continuidad con el que apreciaba la mano izquierda en la fosa iliaca derecha,

cuya tumoración de superficie desigual ocupaba todo el fondo de saco vaginal citado, extendiéndose hasta el utero y parte del fondo de saco de Douglas donde se extinguía con límites casi insensibles.

La matriz se hallaba rechazada hacia el lado izquierdo y eran dolorosos los movimientos comunicados por el dedo á su cuello cuyo orificio cervical se hallaba ligeramente rasgado siendo más ostensible tal rasgadura en la comisura derecha.

Los fondos de saco vaginales anterior, izquierdo y la mayor parte del posterior se hallaban libres y flexibles.

La superficie del tumor accesible al tacto combinado era dura, sin poderse encontrar en ella ningún punto falto de resistencia que hiciera pensar en haberse formado una colección purulenta.

La temperatura ascendía á 38° con carácter subcontinuo.

El pulso latía 110 veces por minuto.

La enferma se hallaba bastante demacrada.

Con tales datos confirmé el diagnóstico de mi compañero por -

tratarse á mi juicio de un flemón del ligamento ancho derecho que se encontraba ya perfectamente localizado é instituímos el siguiente tratamiento.- Grandes irrigaciones vaginales calientes alternando con -- enemas calientes que debía contener la enferma todo el tiempo que le fuera posible, poniendo 15 gotas de laúdano de Sydenham en cada uno - para facilitar la retención. Sobre la fosa iliaca derecha dispusimos aplicar compresas empapadas en agua caliente.

Caso de que se presentara astricción de vientre, convinimos - en suspender el laúdano y administrar algún enema laxante.

Prescribimos la pomada de colargol al 15 por 100 con la que se habían de practicar dos fricciones diarias empleando tres gramos en cada una.

Insistimos en recomendar á la enferma no dejara de alimentarse bien aconsejándole la leche, caldo, natilla, huevos sorvidos, alcohólicos, café, somatose líquida Bayer etc.

Transcurridos 15 días volví á ser llamado por la enferma y nos

encontramos con un foco fluctuante bajo la piel á unos dos traveses de dedo por encima del ligamento de Poupert, lo que nos indicaba que el pus se había abierto ya camino á través de la pared abdominal; inmediatamente incindimos la piel, dilatamos sobre la sonda acanalada el orificio muscular que encontramos y separando los labios de la herida mediante un par de pinzas hemostáticas vimos que salía de la profundidad una enorme cantidad de pus, que extrajimos por expresion todo el que nos fué posible, limpiando después la cavidad con gasa esteril montada sobre pinzas de forcipresión, y taponándola por fin con gasa yodofórmica Johnson sobre la que se colocó una gruesa capa de algodón hidrófilo sostenida convenientemente por un vendaje.

Tuve noticias de que esta mujer marchó después perfectamente - aunque tardó mucho tiempo en reponerse. Después se presentó el día 20 de Diciembre en mi casa completamente curada, sin más vestigios de su enfermedad que una ligera retracción del ligamento ancho derecho - y una cicatriz cutanea á nivel de la fosa iliaca derecha resultado de

cicatrización de la herida por donde se evacuó el pus formado en el -- parametrio.

A. S. de 43 años de edad, múltipara, siendo el presente el duodécimo parto.

Llegué en el momento que la cabeza fetal asomaba en la vulva; - el parto terminó con rapidez, pero faltaron las más rudimentarias precauciones asépticas, pues no se practicó desinfección alguna y salieron materias fecales durante el periodo expulsivo.

Procedí mientras se realizaba el alumbramiento á la limpieza - de la región vulvo-perineal, la aislé de las inmundicias colocando debajo de ella una sábana doblada y unas gasas esterilizadas. No tardó en efectuarse el desprendimiento de la placenta extrayendo completos los anexos fetales placenta y membranas.

Me manifestó la parturienta que la bolsa de las aguas se había roto al iniciarse el parto, el cual duró seis horas. Considerándole - séptico por cuanto llevo expuesto y por sospechar además que la coma-

dre pudo haber realizado algun tacto impuro, puse en práctica un lavado intrauterino que lo ejecuté con seis litros de líquido (dos de alcohol y cuatro de agua esterilizada) tomando previamente todas las precauciones antisépticas - desinfección de la región vulvo-perineal, irrigación vaginal etc.

No observé nada anormal en los tres primeros días del puerperio, pero el cuarto al visitarla por la noche me refirió la enferma que durante toda aquella tarde había experimentado malestar general y que á las seis había tenido un fuerte escalofrío que le duró como unos -- quince minutos y que padecía de cefalalgia, sed, agitación y quebrantamiento de todo el cuerpo.

Puesto el termómetro señaló 40° de fiebre.

El pulso latía 120 veces por minuto.

En el aparato genital no pude notar ningun signo de localización.

Examiné detenidamente á la enferma para eliminar la posibilidad de que alguna enfermedad de naturaleza extragenital pudiera dar lugar

en este puerperio á la sintomatología descripta.

Llegando así al diagnóstico de este caso de septécemia puerperal, practiqué aquella misma noche una irrigación intrauterina, é inyecté hipodérmicamente 20 c.c. de suero antiestreptocócico. Al día siguiente me encontré con que la fiebre había descendido á 38° y 1/2 y la pulsación á 90 por minuto; la cefalalgia había desaparecido y la enferma se encontraba mucho menos molesta en su estado general. Volví á dar otra irrigación intrauterina é inyección hipodérmica del citado suero, pero continuó la enferma en el mismo estado.

Suspendí las irrigaciones intrauterinas por observar que el líquido no arrastraba ningún residuo sospechoso y que los loquios eran normales; por lo que las sustituí por simples irrigaciones vaginales.

Tampoco administré más que las dos citadas inyecciones de suero; y considerando que el estado de la enferma no era grave me decidí por la expectación, cuidando únicamente de que se alimentara bien á la enferma con líquidos adecuados y alcohólicos.

A los ocho días cedió completamente la fiebre entrando la enferma en franca convalecencia.

VII. CONCLUSIONES.

- 1ª.- Aunque la fiebre puerperal se observó desde la más remota antigüedad no se pudo llegar á su perfecto conocimiento hasta que Pasteur en 1857 descubrió el mundo microbiano. Sin embargo antes Semmelweis en 1847 se dió cuenta de la forma en que se verificaba el contagio, é instituyó una provechosa terapeutica profiláctica.
- 2ª.- La fiebre puerperal es un proceso patológico producido por la acción nociva que ejercen ciertos microbios sobre las heridas que existen en los genitales de las recién paridas.
- 3ª.- La puerta de entrada de la fiebre puerperal en la inmensa mayoría de los casos especialmente de los graves, está situada en el

endometrio principalmente en la porción correspondiente á la zona de inserción placentaria. Aunque esto es muy cierto no se puede menos de reconocer que las heridas vulvo-perineales, vaginales y sobre todo los desgarros del cuello uterino, son aprovechadas en muchas ocasiones para penetrar en el organismo por los elementos generadores de tal -- fiebre.

4^a.- Se llegó á creer que el estreptococo era el unico agente capaz de producirla, pero después se ha demostrado de un modo concluyente - que la originan tambien otros microbios.

5^a.- Los microbios anaerobios producen la sepsis; y entre los -- aerobios causantes de la infección puerperal propiamente dicha es el estreptococo la especie microbiana que más frecuentemente se observa.

Se les encuentra tambien como agentes causantes de tal infección al estafilococo, colibacilo, pneumococo y gonococo.

6^a.- Cada una de estas especies microbianas puede dar lugar por sí sola á una forma determinada de fiebre puerperal tal como la estrep-

tococia, la estafilococia, la gonococia etc. en cuyo caso se denomina á la infección pura ó monomicrobiana; pero lo corriente es que intervengan en su producción varias especies microbianas asociadas calificándose en este caso la infección de mixta ó polimicrobiana.

7*.- Los gérmenes que producen la fiebre puerperal proceden del mundo exterior (eteroinfección) o del organismo de la misma enferma (autoinfección) siendo generalmente en el primer caso la enfermedad mucho más grave.

8*.- Se acostumbra á dividir las diversas modalidades que ofrece la fiebre puerperal en formas generalizadas y formas localizadas, por ser grande el predominio que en ciertos casos adquieren los fenómenos generales sobre los locales hasta el punto de hacer que estos pasen clínicamente desapercibidos, y viceversa ser en otros casos los fenómenos locales los predominantes, los muy ostensibles, sin que se observe apenas perturbación del estado general, pero aunque no se puede menos de reconocer la exactitud de lo dicho, lo cierto es que en la inmensa mayoría de las enfermas se presentan ambas clases de manifestaciones -

generales y locales.

9º.- Al hacer el diagnóstico de la fiebre puerperal tendremos presente el concepto clínico que de ella hemos expuesto; haremos su diagnóstico diferencial con las demás enfermedades que puede presentar la mujer durante el puerperio; é indagaremos con cuidado todas las manifestaciones locales y generales que la enferma presente, al objeto de percatarnos lo más exactamente posible de la modalidad clínica que le enferma padece.

El examen microscópico de las secreciones de las heridas genitales, de la sangre y de los focos metastásicos, nos servirán para corroborar el diagnóstico clínico poniendo en evidencia la especie ó especies microbianas que intervienen.

10º.- El pronóstico de la fiebre puerperal aunque variable según múltiples circunstancias microbianas y orgánicas ya estudiadas en la etiología, hablando de un modo general puede decirse que es favorable en la sapremia; que es menos grave en los casos de autoinfección que en -

los de éteroinfección; y que es benigno en las ^{mayoría de las} formas localizadas, siendo muy grave en la peritonitis generalizada y en las formas generalizadas de la infección propiamente dicha; sin que esto quiera decir que no haya casos benignos en las formas generalizadas, ni que no se den casos graves en las formas localizadas.

- 11°.- El tratamiento de la fiebre puerperal se ha perfeccionado mucho con la institución de los procedimientos asépticos y antisépticos que han proporcionado grandes beneficios á las púerperas, sobre todo en lo que al profiláctico se refiere.
- 12°.- En las maternidades, de este tratamiento profiláctico se obtienen los más lisonjeros resultados; más no se ha llegado á tan alto grado de perfección en la clientela particular, pues la falta de medios pecuniarios unas veces y de cultura otras, hacen estériles en muchos casos los buenos propósitos, aun los de los médicos más celosos.
- 3°.- En el tratamiento curativo de las diversas modalidades clínicas que adopta la fiebre puerperal, disponemos de numerosos medios higiénicos

- 206 -

cos, farmacológicos y quirúrgicos, con los que se logra la curación - en muchas ocasiones. Pero como ninguno de ellos nos garantiza la curación de todos los casos, sin ser sistemáticos en el empleo de alguno de ellos, elegiremos los más adecuados para instituir una terapéutica que cumpla las principales indicaciones sacadas de la observación atenta de los síntomas locales y generales más importantes que cada caso presente.

Marcos de Unamúnzaga y Gaencina

Madrid 20 de Noviembre de 1913

Verificó el

ejercicio de grado de Octavo y fue calificado

de . . .

Día 3 de febrero de 1914

Verifiqué el ejercicio del grado de Octavo
y fue calificado de Aprobado

Guillermo Gallo

Alonso

Juan de Luna
El Secretario

Ricardo Acevedo

Roberto Acevedo