



UNIVERSIDAD COMPLUTENSE



5313212566

X-53-382691-7

Facultad de Medicina
de la

Universidad Central

tesis de doctorado.

Concepto patogénico y clínico de las in-
fecciones puerperales.

Por
Don Pedro Tamarit y Olmos,

academico interno de la Facultad de Medicina
de Valencia

y
Premio extraordinario en la licenciatura

Madrid - 1904

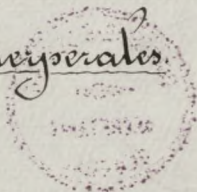
el organismo femenino alcanza su completo desarrollo. Pero no siempre los santos anhelos de maternidad llegan á realizarse en la mujer, que con dolorosa frecuencia ve malogrado el fruto de sus entrañas, ya por defectos de constitución, ya por circunstancias patológicas en que intervienen agentes muy diversos. Es, pues, de alta conveniencia científica y social estudiar estas complicaciones que ponen en grave peligro no sólo la vida de los individuos sino, lo que importa más, la fecundidad y el vigor de la raza; y nunca se podrá ponderar bastante la necesidad de vigorizar á la mujer y acudir con solícita mano á sus males, ya que ella es el vivero de las futuras generaciones.

Pensándolo así y al buscar asunto para este discurso, hemos creído lle-

nar cumplidamente las exigencias reglamentarias, exponiendo ante vuestra sabia atención el fruto de nuestros modestos estudios, en los cuales más que á los altos dones de sabiduría y experiencia de que carece, os ruego que atendais á la buena voluntad con que os consagro estas primicias de mi ingenio.

Con vuestra venia, y encomendándome á una benevolencia que es compañera inseparable del talento y que ciertamente no me habeis de negar, voy á discurrir brevemente sobre el

Concepto patológico y clínico
de las
Infecciones puerperales.



I.

Etología y patogenia.

Las complicaciones que aparecen en las recién paridas, como consecuencia de la germinación de microorganismos patógenos en las heridas genitales, no difieren en absoluto, ni son otra cosa que un caso particular de la llamada septicemia quirúrgica.

La característica pues, de este proceso, es la acción de un agente microscópico o de varios asociados, que llegan a ponerse en contacto con la superficie vulvar, vaginal o uterina, traumatizada o simplemente demorada.

Elaborar la historia de las infecciones puerperales equivaldría, a resumir la Etmedicina entera, pues desde los más

remotos tiempos, la atención de los clínicos permaneció fija en las graves epidemias que sembrando la muerte en las resaca pandas, hicieron de la función más necesaria para la especie, un acontecimiento terrible por sus funestas consecuencias. Espuntar las doctrinas patogénicas y los tratamientos que en la antigüedad se ensalzaron para comprender y combatir las infecciones puerperales, sería tarea ardua y de escasa utilidad; por esto nos limitaremos a consignar con Doleris, que la historia de ellas, desde Hipócrates hasta Crousseau, refleja las vicisitudes de la opinión médica; que la sucesiva influencia del esencialismo, el vitalismo y el organicismo en el campo de las ciencias médicas, hizo de estas infecciones, primero una alteración del aparato genital, dependiente de un estado ge-

neral preexistente, más tarde el resultado de la supresión de los loquios y la metástasis láctea y finalmente, el efecto inmediato de una alteración anatómica del peritoneo, las venas ó los linfáticos.

En 1858, Grousseau afirma la infección primitiva de la herida genital y compara con gran exactitud, las lesiones secundarias dependientes de aquélla á las lesiones de las infecciones quirúrgicas, y á partir de este momento la atención de los observadores se dirige á buscar la causa de unas y otras, y la opinión queda perfectamente encaurada en las corrientes científicas de la época.

Recklinghausen, Waldeyer, Orth... etc, impresionados sin duda, por el descubrimiento del bacilo anthracis y los estudios de Pasteur, á propósito del papel que en las enfermedades desempeñan los

agentes vivos, intentaron con grandes esfuerzos aislar el agente productor de la infección puerperal. Sus trabajos apenas fueron conocidos ni ejercieron influencia alguna sobre la opinión médica; bien es verdad, que sus observaciones microscópicas eran defectuosas, desconocían los medios de cultivo y sobre todo les faltaba la contraprueba exigida por la clínica, el resultado de las inoculaciones del microbio solo y aislado, que la de los productos patológicos intentada por otros autores, era ya entonces, una prueba insuficiente, para demostrar su acción patológica.

En Marzo de 1879 el inmortal Pasteur descubrió la existencia de un coccus, que aparece en el campo del microscopio en grupos de tres, cuatro, o más, dispuesto en forma de rosario o cadena, que consiguió

aislar, haciendo cultivos en el suero y la patata, y que inoculado en los conejos producía supuraciones abundantes, y depositado en la vagina de las conejas recién paridas ocasionaba rápidamente su muerte.

La etiología bacteriana del proceso que nos ocupa, quedó proclamada, y así ha llegado a nuestros días, en que si no se ha podido negar todo el valor de aquella adquisición, en cambio se pone en duda la especificidad asignada al estreptococo piógeno.

La flora genital según los estudios mejor realizados, está formada por especies variadas de saprofitos, entendiéndose por tales, a los agentes, inofensivos en las condiciones habituales, que a lo sumo pueden descomponer las secreciones y ocasionar trastornos de escasa entidad. Las

especies que bajo este concepto anidan en el conducto genital y sus alrededores, son más numerosas de lo que se creyó en un principio; cuando para separar unas colonias de otras se hacian las siembras en placas de gelatina ó de gelosa, pues de este modo pudieron escapar á la observación un grupo de especies, bien determinadas que necesitan para su desarrollo un medio privado de oxígeno; es decir, las llamadas anaerobias. Los estudios de Walthard y Pfeffer haciendo siembras en diversos caldos de las secreciones recogidas con toda pulcritud en distintos puntos del aparato genital, han permitido reconstruir este interesante capítulo con los resultados siguientes: en la piel del periné y los repliegues cutáneos de la vulva se encuentran en el 80 por 100 de las observaciones llevadas á cabo, los agentes ordinarios de la supuración,

estreptococos y estafilococos, frecuentemente el bacilo coli-communis, todos ellos al estado de saprofitos.

Solo en un cincuenta por ciento, segun el primero de los bacteriologos citados, y en un cuarenta para Steffek, se encuentra los agentes piogenos en la vulva y tercio inferior de la vagina, en la que ademas se encuentran ya algunas especies de anaerobios, mucho mas frecuentes en el resto y en los fondos saco-vaginales.

Los anaerobios aislados con mayor constancia son los micrococcus fetidus, bacillus fundiliphormis, nebulosus, caducus y septicus.

En unas y otras porciones del aparato genital, y especialmente en las mujeres sanas, han podido aislar el gonococo de Neisser, el bacilo de Wekes, el difterico y algun otro de menor interes.

Por lo que se refiere á la cavidad uterina, el resultado de sus observaciones les conduce á asegurar que en las condiciones ordinarias no contiene microorganismo alguno, resolviendo la explicación en la estructura del tapón mucoso que obtura el cuello y que falto de albumina sería un terreno impropio para la germinación de las referidas especies microbianas.

Segun las más autorizadas opiniones, todos estos agentes viven en la primera porción del aparato generador sin desenvolver sus respectivas acciones, por la recepción ácida de las secreciones normales, pero tan pronto como aquélla se pierde, y esto ocurre periódicamente en las mujeres regladas, al mezclarse con el moco vaginal el suero y la misma sangre catamenial, adquieren virulencia, e infectan á la mujer sana, si la barrera mu-

cosa ha perdido en algun punto su continuidad. La clinica está de acuerdo con esta opinion, pues sabemos cuán frecuentes son despues del periodo menstrual las vaginitis y las cervitis en las mujeres poco cuidadoras y que desconocen las prácticas más rudimentarias de higiene.

Tomando esto en cuenta nos es fácil comprender el mecanismo de las infecciones puerperales, pues el trabajo del parto favorece de manera evidente las condiciones que dejamos apuntadas. Por una parte, hemorragias abundantes que precediendo y acompañando á la expulsion del feto, neutralizan la acidez de las secreciones vaginales, convirtiéndolas en excelente medio de cultivo para las especies saprofitas que normalmente contiene el conducto vaginal; y por otra las infecciones que accidentalmente

y por distintos mecanismos encuentran anchas puertas de entrada para estos agentes en las heridas placentaria y vulvo-vaginales.

Finalmente, como consecuencia de unas y otras y de la intervención activa que en el trabajo corresponde a todos los aparatos de la economía, se aprecia una pérdida de resistencia, muy a propósito para que la infección se desarrolle, como ingeniosamente evidenció Sapelli.

Este distinguido tocólogo italiano inculcaba el cultivo del estafilococo dorado en el tejido celular de conejas sanas, y de conejas recién paridas, llegando a la conclusión de que en igualdad de condiciones de peso del animal, cantidad de caldo inyectado, etc; aparecían fenómenos de reacción local y general en los animales de la segunda serie, mucho antes de

que á la primera ocurriera accidente al
quero.

La gran importancia que en todo
tiempo se ha concedido á las hemorra-
gias, como circunstancia que favorece la
infeccion puerperal, tiene, siguiendo el cri-
terio antes expuesto, una explicacion muy
racional; y como dice Soleris nos permite
comprender por qué son más frecuentes
las infecciones puerperales en las primi-
paras, que son las que más abundantes
y precoces hemorragias nos ofrecen.

Tratado así, en terminos genera-
les el proceso de las llamadas impropia-
mente, septicemias del puerperio, intenta-
remos estudiar cuál es el agente ó agen-
tes que las producen y cómo llegan á pro-
ducirlas.

+
+ +

El estudio detenido de las referidas

complicaciones nos enseña que, un esquiso-
miceto extraordinariamente extendido,
el estreptococo piogeno, es por si solo capaz
de originar las variadas formas de in-
feccion puerperal, desde la simple va-
ginitis difteroides, hasta la peritonitis ge-
neralizada, agudissima, y la flegmonia
alba dolens.

Este microorganismo estudiado per-
fectamente por Fernand Widal, es el
agente productor de la erisipela, de la
angina flemonosa y de gran numero
de supuraciones; y como afirma el expre-
sado autor en su trabajo Sur l'infection
puerperale. Paris 1889, decir que un mis-
mo agente, produce estados patológicos
tan distintos, no equivale a negar ni
siquiera a poner en duda, la nocion de
especificidad, pues la clinica enseña
que una enfermedad infecciosa no se

parece siempre a sí misma, sino que por el contrario, varía constantemente de aspecto, dentro de límites que permiten al práctico diagnosticarla, de igual modo que el bacteriólogo reconoce el microbio, a pesar de sus múltiples variaciones.

Chauveau asegura que la virulencia del microbio no es constante, su aptitud para desarrollarse en un ser vivo, puede adquirirla o perderla y de igual modo que los micrococos prodigiosos y pioceánicos pierden sus propiedades cromógenas en determinadas condiciones de cultivo, así el estreptococo piógeno puede despojarse lenta y gradualmente de sus propiedades patógenas y dar lugar según el grado de su virulencia, a diversas formas clínicas.

Si añadimos que los estudios de

anatomía patológica, al practicar cortes en el útero de mujeres fallecidas de infecciones puerperales, han demostrado el paso del repetido estreptococo a través de sus paredes, tendremos la explicación del renombre que ha merecido la escuela unicista que tan sencillo y seductor ofrece el cuadro morfológico de las complicaciones sépticas del puerperio.

En efecto: planteada en esos términos la cuestión, la infección sería siempre una, la misma en el fondo, sujeta a las mismas leyes, y lo que informaría las variedades clínicas y la gravedad distinta de los accidentes, sería exclusivamente el grado de virulencia del estreptococo piógeno.

Lo anteriormente expuesto es rigurosamente exacto en cuanto se refiere a la estreptococia puerperal; pero sin

negar el predominio y la extraordinaria frecuencia de estas infecciones, es preciso convenir, que en el estado actual de la ciencia, el campo es más ancho, y en él encuentran cabida infecciones debidas á otros agentes. Los estudios de Widal, y otros realizados casi al mismo tiempo demuestran la existencia en los órganos infectados del estafilococo dorado, el coli-bacilo, el gonococo de Fleisser y otros varios, (solos ó acompañando al estreptococo); y mientras los entusiastas defensores de la unidad etiológica consideran las infecciones producidas por aquéllos como secundarias de menor interés y por ello distintas de la infección puerperal clásica, la mayoría de los ginecólogos modernos, les asignan el papel de verdaderas infecciones, cuya gravedad é importancia no siempre es menor.

Señalamos al exponer el estado actual de los conocimientos sobre la flora genital, que normalmente y como saprofitos viven en las inmediaciones de la vagina varios microorganismos, y aun presumiendo de las especies que en mayor número pueden llevar los dedos del tocólogo y sus ayudantes, las ropas de la parturiente, las camisas vaginales, etc; etc; cuya gran importancia hemos de ver luego, ya nuestro ánimo se resiste á creer que uno solo, el estreptococo, llegue á infectar á la puerpera, con mucho más motivo, cuando algunas de esas especies están unánimemente reputadas como patógenas.

Parece más racional pensar, que á la manera como ocurren las cosas en las infecciones quirúrgicas, que como desde el principio sostenemos tantas analogías tienen con las del puerperio, la variedad

etiología de las especies sea un hecho, y el fus, función de varios microbios; ahora bien, que por sus condiciones biológicas, el estreptococo sea el que mayor acción difusiva desenvuelva, el que mayor cantidad de toxina lleve al aparato circulatorio, comunicando ese sello de gravedad especial á sus lesiones, con ser innegable, no puede excluir la posibilidad de otras infecciones primitivas menos frecuentes, si se quiere más benignas por estar más al alcance de nuestros remedios, pero que no dejan de ser tales infecciones.

Además; si la anatomía patológica no ha demostrado el paso á través de las paredes uterinas de otro agente que el estreptococo; no podría ocurrir, como dice Soleris, que la benignidad anguada á las otras infecciones y por consiguiente su escasa ó nula mortalidad fuera la

única razón de que no se hayan podido practicar los cortes demostrativos? Hay poderosos motivos para pensar afirmativamente, si se toman en consideración los casos indudables de metástasis estafilocócicas y gonocócicas observados en la clínica y publicados por los autores.

Queda todavía un argumento a favor de los unicistas y al que se acogen muchos de los defensores de la pluralidad etiológica, dice Vidal: la infección puerperal clásica es estreptocócica, porque el estreptococo es el único agente microbiano que infecta la herida uterina; las demás infecciones que por excepción se observan son secundarias y hay que buscar su origen en la contaminación de alguna raspadura del periné, o en las heridas vaginales y del cuello uterino, nunca en la herida placentaria. Pero si

guiendo este criterio, ¿cómo explicamos los casos también indudables de metritis puerperal primitiva estafilocócica y gonocócica?

En los casos presentados por Soleris en el Congreso internacional de Ciencias médicas del año 1900, podríamos añadir uno observado por nosotros en la clínica de Obstetricia de la Facultad de Medicina de Valencia donde prestábamos servicio como interno, y es el siguiente: Una mujer bien constituida, de 38 años de edad, multipárra, fue sorprendida por los dolores del parto e ingresó en la referida clínica en Abril de 1901. A poco de su ingreso y cuando apenas se habíamos podido terminar la limpieza de la vagina y periné, rompióse la bolsa de las aguas y comenzó la evolución de la cabeza fetal que se presentaba de vértice y

en primera posición.

El parto terminó rápidamente, como el alumbramiento que hubo necesidad de auxiliar ante la abundante hemorragia, con suaves tracciones del cordón y la expresión abdominal según los consejos de Credé.

Siguiendo la costumbre allí establecida se dispuso y aplicó una abundante irrigación vaginal con agua boricada a 45°. Durante los tres primeros días que siguieron al parto nada de anormal pudo observarse; la cura vulvar antiséptica se renovó con la frecuencia debida con las irrigaciones vaginales, pero el cuarto día por la tarde la enferma acusó un violento escalofrío seguido de elevación térmica y la temperatura axilar alcanzó en pocos momentos 39° 8. El interno de guardia puso a la enferma una inyección hipodérmica de 20 cent. de suero

de Marmorek y le hizo una irrigación intrauterina con 8 litros de la solución al 1 por 1000 de permanganato potásico. La fiebre remitió en las primeras horas y el estado general mejoró algo tanto, pero más tarde, la temperatura se elevó de nuevo y a la hora oficial de visita la enferma acusaba 124 pulsaciones y 40° de temperatura, fue reconocida y se la encontraron normales la mucosa de la vulva y vaginal; sólo al nivel del cuello se pudo ver un puntado grisáceo muy confluyente; al tacto se apreció, el útero aumentado de volumen en franca subinvolución, los fondos de saco vaginales deprimibles en toda su extensión, los loquios purulentos pero sin extraordinaria fetidez.

Dispuso inmediatamente lo necesario para practicar el legrado de la cavidad, que se hizo sin anestesia y seguido

de una abundante irrigación intrauterina, dejando en la matriz y en la vagina un tapón de gasa yodoformada empapada en glicerina (Johnson), con las porciones de mucosa arrastradas por la cucharilla de Volkmann se hicieron varias preparaciones microscópicas en el laboratorio de la referida Facultad de Medicina, que demostraron la existencia del estafilococo dorado en gran proporción, juntamente con algunos bacilos cortos parecidos al coli communis.

La temperatura remitió después del legrado, pero sin llegar a la normal; la curva térmica se elevó por la tarde a $40^{\circ}3$. Y en vista de ello se retiró el taponamiento, dejando establecida la irrigación continua con agua esterilizada y sublimada al $\frac{1}{4}$ por 4000 alternativamente.

Mientras estuvo sometida a este trata-

miento la temperatura osciló entre $40^{\circ}3$ y $38^{\circ}6$, pero en cuanto se abandonó, aumentó la temperatura. Se practicó un nuevo reconocimiento que dió por resultado encontrar las cosas tal y como habían quedado el día anterior, sin poder seguir ninguna huella de proceso intercurrente que explicara síndrome general tan desagradable. Se repitió el legrado, consiguiendo arrastrar algunas porciones de mucosa uterina y se hizo una cauterización superficial con el porta- algodones empapado con una solución de creosota y glicerina al 10 por 100. A pesar de esto la temperatura continuó elevada, y así trascurrieron treinta y seis días, sin que por un momento se olvidara la antisepsia local, recurriendo al agua fría en lociones cuando la temperatura alcanzaba límites extremos.

Cuando parecía perdida toda esperanza

y se pensaba en la histerectomía como último recurso para salvar á la desdichada enferma, aquejó ésta un dolor en el pliegue de la ingle, en el punto correspondiente á los ganglios pre-inguinales, dolor que fué seguido de aumento de volumen, cambio de coloración y fluctuación. Con las más esmeradas medidas de asepsia se incindió el foco, se recojió el pus, que era de aspecto amarillo y bastante espeso, y llevado á la platina del microscopio fué posible convencernos de su naturaleza estafilocócica. A partir de aquel momento la enferma fué mejorando para entrar en una convalecencia franca, á los dos meses aproximadamente de sufrimientos.

El caso que detalladamente acabamos de exponer se presta á alguna reflexión; llama en primer lugar la atención la naturaleza estafilocócica del proceso del en-

dometrio, con caracteres de gravedad que están en oposición con la opinión sustentada por los unicitas y por buen número de los partidarios de la pluralidad etiológica de la infección puerperal; en segundo término la localización del proceso en un ganglio, sin que en las vías intermedias se notara fenómeno alguno de propagación; es evidente dada la naturaleza del pus recogido y la declinación de los síntomas coincidiendo con este hecho, que se trataba de una metástasis y que el agente infectante tuvo que atravesar las paredes del útero y llegar al parametrio, para alcanzar los linfáticos que desde allí y acompañando al ligamento redondo abocan en el repetido ganglio; y aceptamos esta explicación porque el perineo, la vulva y la vagina fueron durante el curso de la enfermedad objeto de una esmerada au-

tiempo y no presentaron nunca el menor indicio de infección que pudiera explicararnos satisfactoriamente la propagación.

Si, pues, la infección estafilocócica puede invadir desde el principio el eudometrio; si el agente infectante puede trasladar su acción a puntos distantes de la puerta de entrada, y si además es capaz de ocasionar una toxemia tan acentuada, hemos de concluir, que la estafilococia no difiere de la estreptococia puerperal más que en su frecuencia que es menor y en una también menor tendencia a la generalización, y por consiguiente, que no puede sostenerse bajo ningún concepto la especificidad asignada al estreptococo puerperal en las infecciones puerperales.

+

+ +

Del lado de los agentes ordinarios,

cuya acción ligeramente queda expuesta, debemos ocuparnos de un grupo de verdaderos saprofitos, que cuando adquieren virulencia desempeñan un papel importante en la etiología de las infecciones puerperales; nos referimos á los anaerobios. El cuadro clínico que ocasionan es muy poco conocido desde que las precauciones antisépticas durante el embarazo y el parto, han entrado en la práctica corriente, constituyendo un precepto más bien que una regla.

Son distintos de los que hemos estudiado y la diferencia que les separa, es la de necesitar para su desarrollo un medio privado de oxígeno. Esta circunstancia que como caracter biológico fijo y constante les acompaña hace que estos microorganismos no se difundan ni se desarrollen más que en tejidos que tienen

poco ó nada de oxígeno. Los vasos sanguíneos son por esta razón inaccesibles para los expresados agentes y se comprende que una bacteriemia ó una septicemia aceptando la analogía admitida por Koch entre ambos términos sea imponible en los casos de infección por los anaerobios.

Por el contrario pueden desarrollarse en los linfáticos y ocasionar una metró linfangitis con peritonitis consecutiva, análoga en un todo á la que producen los microorganismos frógenos.

Lo cierto es según afirma Króinig, que por sus propiedades y caracteres biológicos, invaden los órganos de la superficie con mucha menos frecuencia que los agentes de la supuración, y esto ha servido á algun autor para negar todo poder de invasión de los anaerobios y considerar los fenómenos producidos por estos agentes, en

los casos de infección puerperal como el resultado de la reabsorción de productos de su elaboración.

Esta sapremia pura sin penetración no se admite, pues la existencia de estos microbios en el exterior de los tejidos ha sido frecuentemente observada y reconocida en los casos no raros, en que han producido la muerte de la puerpera.

La putrefacción del líquido amniótico durante el parto á la que se atribuye la fiebre del trabajo, los fenómenos de septicemia ocasionados por la putrefacción de la placenta retenida en la cavidad uterina, la putrefacción del feto que aunque excepcionalmente, ha sido en ocasiones el punto de origen de edemas malignos y de alguna septicemia gaseosa y la putrefac-

ción completa de la caduca, son otros tantos hechos a favor de la infección por los anaerobios saprofitos y un poderoso argumento en apoyo del importante papel que juegan en las complicaciones del puerperio.

Las complicaciones que acabamos de indicar son por fortuna raras en la práctica; no puede sin embargo decirse otro tanto de las asociaciones entre los anaerobios y los agentes piógenos. La concurrencia de los saprofitos de la putrefacción en los metro linfangitis y flebitis puerperales es admitida como frecuente por todos los autores para demostrar las graves lesiones que de ella dependen. La putrefacción según los estudios de Guillemot, es un fenómeno complejo que reclama el concurso sucesivo de varias es-

especies microbianas; los anaerobios por sí solos no pueden producirla; necesitan el concurso y la acción preparatoria de los aerobios que absorbiendo el oxígeno de los tejidos permiten su acceso para transformar con desprendimiento de gases fétidos, la materia albuminosa de las células orgánicas.

+

+ +

Eodavía nos queda un tercer grupo de agentes que deben figurar en la etiología de las infecciones puerperales y son anaerobios, que se desenvuelven lo mismo en medios oxigenados que en los privados de aquel gas, reconocidos como patógenos especiales por la clínica y que por el orden de frecuencia con que se encuentran son el gonococo de Steiner, el coli-bacilo, el bacilo diftérico y pseudo

difterico, el puerperoso y algunos otros.

La importancia de todas estas infecciones es mucho menor que la de las anteriores, pues en la mayoría de los casos son secundarios; no representan otra cosa que la propagación de un proceso preexistente y cuando son primitivas por excepción, deben considerarse como un accidente desgraciado imputable a la deficiente aplicación de las más elementales reglas de antisepsia.

Figura en primer lugar entre ellas la llamada gonocoria puerperal, que en cierto modo y según las ideas de Olshausen debía separarse del grupo, pues aunque es una infección de las heridas puerperales, análoga en un todo a las producidas por los agentes piógenos y saprofitos, evoluciona con los caracteres propios del agente que la produce y con ente-

ra independencia de la marcha del puerperio. La elevación de la temperatura y la frecuencia de pulso son menores en los primeros días que siguen al parto, que en las demás infecciones. Los loquios purulentos descienden con abundancia por la vagina e infectan la uretra y las glándulas de Bartholin, y contrastando con este hecho, las heridas vaginales y del periné no llegan a infectarse, a pesar del paso continuo del pus gonocócico.

La fiebre desciende pronto y la curación aparente se establece, pues al cabo de algunas semanas y con motivo de la primera menstruación aparecen los síntomas de la gonococia ascendente del útero, los anexos y el peritoneo púlvico. Las infecciones gonocócicas secundarias no deben ocupar nuestra

atención en este punto y deben solo tomarse en cuenta para hacer aplicación de su tratamiento profiláctico durante el parto.

Análogas consideraciones deben hacerse a propósito de las infecciones producidas por el pneumococo, bacilo difterico, tetánico, etc. Cuando desgraciadamente son llevados al aparato genital, ocasionan trastornos que guardan estrecha relación con sus especiales aptitudes.

Queda uno, sin embargo, que merece nuestra atención; es el coli bacilo sucesivamente incluido y rechazado del cuadro de los agentes patógenos que intervienen en las infecciones puerperales, pues los casos de coli bacilosis pura, confirmados por el análisis bacteriológico son muy pocos y la extraordi-

nanía frecuencia con que se la encuentra asociado a otros microbios, hace difícil precisar el verdadero papel que desempeña; mientras no pueda demostrarse los efectos de la inoculación de cultivos puros de este agente, debe admitirse, que para desenvolver sus acciones patógenas y piógenas necesita del concurso de otros, lo que restringe naturalmente, la importancia que dada su extraordinaria frecuencia en el aparato genital y sus alrededores, había adquirido.

En resumen: Las infecciones puerperales son producidas por agentes microbianos distintos.

Según los caracteres biológicos de las especies que intervienen en este proceso y como mejor criterio para comprender la acción patógena de los mismos deben formarse un primer grupo de

infecciones debidas a los agentes ordinarios de la supuracion: estreptococos y estafilococos; un segundo grupo de infecciones producidas por los saprofitos anaerobios: agentes ordinarios de la putrefaccion solos o asociados a los anteriores; y finalmente, un tercer grupo que comprende las infecciones especiales, en cierto modo distintas de la verdadera infeccion puerperal, por evolucionar en relacion con las especiales aptitudes del microbio que las produce

+

+ +

Desde el punto de vista de la estilogia y por lo que se refiere a la aplicacion del tratamiento profilactico de las infecciones puerperales, tiene interis la debatida cuestion de la auto-infeccion.

Existe ó no la autoinfección? Es difícil, dice Menge, contestar categóricamente á esta pregunta. Para hacerlo, es preciso ponerse antes de acuerdo y deslindar la significación de esta palabra. Según Kaltefleiter la autoinfección supone un proceso de naturaleza microbiana producido en las heridas genitales por los agentes contenidos antes del parto dentro ó al rededor de los órganos genitales, con lo cual se comprenden no sólo los que contiene la vagina, sino también los que anidan en la vulva y la piel del periné; en cambio Bum sólo hace intervenir en esta cuestión á los microorganismos de la vagina y dice lo que importa saber es si las secreciones vaginales de las mujeres embarazadas puede ó no infectarlas y si debemos en general ó solamente en condiciones especiales desinfectar la va-

gima de las embarazadas y puérperas
Parece nos más aceptable el criterio
de Bum, pues si bien es indudable que
existen en las ^{o partes} genitales externas y en el pe-
rinié agentes capaces de infectar a la puér-
pera, no es menos cierto que la progre-
sion espontanea de estos agentes no se ha
demostrado y que por lo tanto necesitan
ser trasladados a la vagina por los de-
dos del tocólogo o los instrumentos que le
sirven en el parto, en cuyo el mecanis-
mo de la infeccion es análogo al de las
heterogenéticas.

La auto infeccion, sin embargo, de-
be admitirse como consecuencia de los he-
chos señalados al principio de este tra-
bajo, y de los que se desprende que exis-
ten un gran número de embarazadas
y en todo el conducto vaginal especies sa-
profitas que pueden convertirse en patóge-

nas en el momento en que el medio vaginal resulte apto para ello y no de otra manera puede explicarse la putrefacción del líquido amniótico durante el trabajo y en general las formas de infección por los anaerobios, que raramente y por su misma condición pueden ser transportados a la vagina.

La autoinfección por los agentes piógenos es más discutida, en razón a lo difícil, por no decir imposible, que resulta la observación de partos sin intervención de ninguna índole.

Etun admitiendo la infección autógena tal como la comprende Kalltemback, asegura Menge que su importancia es muy relativa y el pronóstico menos grave que en las heterogénicas fundándose en el hecho consignado por Bum de la menor virulencia del estreptococo

saprofito, pero esta opinion es un tanto exclusiva, pues para los demas agentes que infectan a la puerpera no puede aplicarse. Otro tanto, al contrario afirman Terzyn y Roux, que los saprofitos recobran rapidamente su virulencia si encuentran medios apropiados para desarrollarse.

La hetero-infeccion tiene realmente tan gran importancia que aume la responsabilidad en la mayoria de los casos de infeccion puerperal. La marcha epidemica de estos procesos observada desde Semmelweis y la gran parte que en ella corresponde al contagio justifican aquella afirmacion. En la hetero-infeccion intervienen las manos del tocologo y de sus ayudantes, las ropas que utiliza la puerpera, los instrumentos, ... en una palabra, todo cuanto de una ma-

nera más o menos directa llega a ponerse en relación con el aparato genital de la parturiente.

+

+ +

Cualquiera que sea la especie microbiana y el mecanismo por el cual llegue a ponerse en contacto de las heridas genitales, las lesiones propias de la infección, son el resultado de la lucha que se entabla entre el organismo y sus accidentales moradores. Las variadas acciones que en relación con su especie desenvuelven los gérmenes patógenos; los grados distintos en su virulencia y la aptitud mayor o menor del organismo enfermo para admitirlos o rechazarlos, nos explican las heterogéneas alteraciones estructurales y funcionales que caracterizan el proceso que estudiamos.

Las lesiones inicianse siempre en la mucosa genital en los casos más benignos la mucosa vaginal y del endometrio está roja, tumefacta y recubierta de un exudado purulento de mal olor; otras veces aparece necrosada en varios puntos, y las escaras recubiertas de pus recuerdan las lesiones propias del bacilo difterico; en ocasiones los fenómenos de la putrefacción completa de la cadáver acompañan á las lesiones anteriormente indicadas; en todos los casos el tejido conjuntivo submucoso y el mismo corion, aparecen edematosos, infiltrados de elementos jóvenes y leucocitos, constituyendo la barrera ó zona de defensa que el organismo opone á la invasión del enemigo.

En las formas sépticas más graves, la zona de reacción falta por completo ó en

gran parte; de ahí la gran facilidad con que el agente infectante en su marcha progresiva, invade las paredes del útero y gana las lagunas linfáticas ó los senos venosos, ó sigue el conducto de la trompa para hacer irrupción en la gran serosa peritoneal. Las supuraciones del tejido celular pélvico y de los ganglios de la base del ligamento ancho, la flebitis con fenómenos de coagulación y consiguiente embolia - y la fusión del endotelio peritoneal son la consecuencia de la escursión por estas vías distintas del agente infectante.

La trompa participa con frecuencia de las lesiones del endometrio, aparece tumefacta, flegmosa, los pliegues de su mucosa flotan muy vascularizados en un líquido turbio de aspecto purulento; en los casos más avanzados la tumefacción de la mucosa oblitera la luz del con-

ducto al nivel del pabellon y hacia el trastuun uterino, de tal modo que el pus se colecciona y queda constituido el pus salpungo.

El ovario aparece primitivamente lesionado, por propagacion de proceso de la trompa á su tejido propio, otras veces secundariamente aparece con el aspecto de una gran colleccion purulenta, separada de la cavidad del fustoneo por una delgada pared.

Finalmente, en algunas formas de infeccion gravisima, las leiones del aparato genital no existen ó son de escasa importancia, el agente infectante alcanza desde los primeros momentos el torrente circulatorio y la septicemia y la puerperia son la de fatal consecuencia.

La sintomatologia de las infeccio-

nes puerperales es tan variada, como su etiología y patogenia, pues á las distintas localizaciones del proceso corresponden síndromes diversos, subordinada al sitio y á la extensión de las lesiones, y cuya importancia para el diagnóstico y pronóstico no es necesario ponderar; existen sin embargo una porción de síntomas comunes á todas ellas y entre los que figuran principalmente:

a) El escalofrío, de intensidad y duración variables, pero que al aparecer en una mujer recién parida, debe poner de sobre aviso al médico, pues siempre el primer indicio de la infección.

b) La fiebre, que sigue de cerca á los escalofríos ó aparece con que estos le precedan, pero que es el fenómeno más visible del sobreparto y el que más ha llamado la atención en todo tiempo, como lo prueba el

nombre que nuestros antepasados daban á estas complicaciones, se manifiesta por una elevación de la temperatura que alcanza grados variables en intensidad y duración segun la virulencia del agente infectante, y por una mayor frecuencia del pulso, acompañada de cefalgia, anorexia, sed, etc, etc.

c) Dolor que aunque no es constante, es en muchos casos un sintoma que refieren con insistencia las enfermas en puntos distintos, en el hipogastrio con más frecuencia, en las fosas iliacas otras veces, y en los casos más graves en toda la región abdominal.

d) La disminución de los loquios, y sobre todo su fetidez que por sí sola denuncia las fermentaciones microbianas que se verifican en la cavidad del útero. Esta fetidez es tan constante y tan característica que ha permiti-

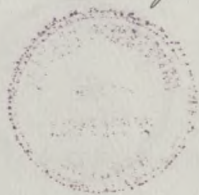
tido a Kenter afirmar con un lenguaje muy pintoresco, que el diagnóstico de las infecciones puerperales se hace con la nariz.

e). La subinvolución uterina, que en el reconocimiento por el tacto se demuestra por el considerable aumento de volumen de la matriz y la blandura de sus paredes.

Estos signos no son absolutamente constantes; ya hemos indicado que el escalofrío puede faltar, que el dolor no siempre se presenta, que la fetidez de los loquios en ocasiones no puede observarse, pero rara vez falta alguno de los cuatro signos apuntados; por lo cual puede asegurarse que el diagnóstico de infección puerperal, en términos generales, es fácil.

No puede, sin embargo, decirse otro tanto del diagnóstico de las variadas formas en relación con la localización del proceso.

Admitense por los autores dos grandes clases de infección fuerosperal, segun que las leionnes queden en el aparato genital, ó se manifiesten en puntos distintos, determinando una infección generalizada, clasificación esquemática, puesto que los más benignas infecciones localizadas repercuten en la generalidad del organismo, sin que por otro lado pueda admitirse la existencia de una infección generalizada, que antes no haya sido local, pero clasificación necesaria para facilitar el estudio de este importante punto, sobre el que no hemos de insistir, por que solo entra en nuestro propósito hacer aplicación de lo que referente á etiología y patogenia queda consignado, al capítulo siguiente.



II.

Tratamiento.

En el proceso que nos ocupa el completo y perfecto conocimiento de los agentes causales, y la orientación que el estudio de las leyes generales de la biología microbiana, ha prestado á la terapéutica nos permite asegurar que el tratamiento más racional, científico y eficaz es el etiológico. La profilaxis sabe y puede defender al organismo, de su enemigo, el microbio patógeno, consiguiendo en unos casos apartarle de su contacto mediante las prácticas higiénicas de una asepsia pulcritamente establecida, amiguiéndole otras con el uso de los agentes más ó menos poderosos de una antisepsia eficaz.

El primer procedimiento es de difícil aplicación, por que la infección no siempre es exógena sino que con frecuencia se debe á la auto-contaminación, en el sentido que en otra parte de este trabajo consignamos, y fácilmente se comprende que en la actualidad carecemos de medios que tan seguramente como el fuego ó el vapor de agua de la autoclava puedan destruir al agente microbiano en el aparato genital de la embarazada, y aun en el supuesto de que como afirmaba Kroening, la infección sea siempre exógena, iguales restricciones hay que establecer por lo que se refiere á las manos del tocólogo y á la de sus ayudantes.

No se desprecian, sin embargo, las ventajas del método aseptico en Obstetricia; asociándole á las prácticas antisépticas constituye el método mixto tan ensalzado

para los más favorables casos, aquellos en que la embarazada está alojada en una buena Maternidad, donde el trabajo tiene lugar en un pabellon aislado, sobre una mesa sencilla y fácil de esterilizar, rodeada de personal técnico suficiente y que tiene á su disposición las instalaciones convenientes para obtener en un momento dado la asepsia de las ropas de cama y de uso, de los irrigadores, agua esterilizada, etc, etc.

Por desgracia, en la clínica particular esto no siempre puede conseguirse; en terminos, que vale más entregarse desde el primer momento á los inconvenientes del método antiséptico, que confiar en las bondades de una limpieza incompleta é ineficaz que conduce á serios fracasos. Se nada serviria al tocólogo utilizar el agua pulcramente esterilizada en los laboratorios,

si luego habia de lubricar sus dedos con vaseli-
na de dudosa asepsia. Por estas razones, cuan-
do el médico es consultado por la embara-
zada, debe aconsejarla que durante los últi-
mos meses se lave diariamente, sobre todo
en los ocho últimos días, el periné y la
vulva con agua y jabón que solo debe
servir para este objeto, y a continuación
que se de una irrigación vaginal con
agua hervida que contenga ácido bórico,
o lo que es preferible, con una solución al
uno por dos mil de permanganato potá-
sico que por su escasa acción tóxica, y
por su gran poder oxidante es el anti-
séptico de elección para los anaerobios que
casi constantemente se encuentran en la va-
gina y para los aerobios que accidental-
mente llegan a ella. Es convenientemente reco-
menदार que para estas irrigaciones se
emplee cánula de cristal o de ebonita,

despues de someterla durante algunos minutos á la accion del agua hirviendo

Cuando la embarazada es además una enferma de vagina ó de uretra, estas precauciones deben exajerarse siendo el tocólogo quien intervenga para colocarla en las mejores condiciones, practicando cauterizaciones, taponamientos ó instilaciones según las indicaciones especiales.

Además, siempre que las circunstancias no lo impidan el tocólogo debe elegir la habitación en que el parto se ha de terminar y en donde la puerpera ha de permanecer en los dias subsiguientes procurando que reúna las condiciones de capacidad cúbica y ventilación que la más elemental exige, sometiéndola con anticipacion á una buena limpieza disponiendo en ella de una cama estrecha con la ropa necesaria para

habilitarla y de abundante calidad de agua que despues de adicionarla una pequeña proporción de cloruro sódico se somete á la ebullición y se guarda en recipientes limpios (cántaros ó frascos grandes).

Es de tanto interés científico el tratamiento profiláctico cuando la mujer entra en meses mayores de su embarazo, que esto es á veces suficiente para librarla de infecciones puerperales; pero como durante el parto no siempre se la asiste por persona perita y como demanda la ciencia tocologica, con todas las reglas de asepsia, de aqui que las complicaciones se presenten, y lo pobre mujer que en trance tan apurado solo desea salir pronto del parto, mitigado en parte al sentir el lloro del ser que acaba de dar al mundo, encuentra, tal vez á las pocas horas, con un enemigo terrible que la amenaza de muerte; y entonces,

alarmada la puerpera y también sus due-
dos escuando recurren al médico tocólogo
en busca de sus auxilios que remedien tanto
mal

Constituida la entidad morbosa, el
médico ha de dirigir sus miradas hacia
el método curativo, no siempre eficaz y en
la mayoría de los casos complejo. Para pro-
ceder en debida forma dividiremos esta
parte del discurso en dos grupos: trata-
miento general y tratamiento local.

a). Tratamiento general.

El tratamiento general de las infec-
ciones puerperales ocupó por entero la aten-
ción de los médicos en preteritas edades,
y resulta poco menos que imposible re-
ducir a una descripción los numerosos
medios empíricos o informados por
el espíritu de escuela dominante, que
se propusieron para convatirlas. Los rela-

jantes durante el dominio del metodismo de Aulepiades de Prusa; los farmacos complejos del iatroquimismo de Paracelso; los desobstruyentes y otros parecidos remedios durante el iatro-mecanicismo de Galileo; los estimulantes y contra-estimulantes de Brown y Kravon respectivamente, y por último el exclusivismo de Broussais que inspira a Fousagnives la frase « un año de profesión médica costaba más sangre á la humanidad que la más encarnizada batalla, » desfilaron sucesivamente por el campo de la terapéutica de estas complicaciones hasta mediados del siglo anterior en que afirmando Brouseau primero, más tarde Pasteur la especificidad de este proceso, inauguran una nueva fase, que representa el tránsito entre el empirismo antiguo y la terapéutica racional de

nuestros días. En efecto: repasando lo que en esa época se ha escrito a este propósito encontraremos revueltos rutinariamente ó poco menos, un corto número de remedios, los mismos, iguales siempre, para tratar especies morbosas distintas. Las grandes infecciones ofrecen en conjunto el mismo cuadro de lastimosa pobreza; el capítulo de tratamiento general, con la alimentación, la antisepsia interna, los antipiréticos y anti-térmicos, los narcóticos, antiespasmódicos y hemostáticos dispuestos ó aplicados según las exigencias del síndrome. Medicación puramente sintomática aunque haya parecido alguna vez patogénica, pero de la que el tocólogo, puede sacar gran partido, pues como antes dijimos es la que ha conducido á las últimas adquisiciones del tratamiento racional.

El organismo en lucha con el agente infectante necesita más fuerza, más vigor, por esto uno de los puntos que primero debe resolverse ante una puerpera infectada es su alimentación, sin olvidar que una de las funciones primera y más profundamente alterada en ésta como en todas las infecciones es la digestión y que fuera de los líquidos y de un corto número de sustancias que pueden absorberse sin previa transformación, poco ó nada puede esperarse de las que necesitan ser transformadas á expensas de las normales fermentaciones digestivas; de donde resulta que una alimentación succulenta intempestivamente empleada, más que fortalecer aniquila por aquello de que no alimenta lo que se come, sino lo que se digiere, y ya he dicho como

pueden digerir estas enfermas; en cambio aquellos alimentos que no pudieron aprovecharse resultan un excelente terreno de cultivo para los saprofitos que normalmente y como comensales habituales viven en el tubo digestivo esperando ocasión propicia para desarrollar sus acciones patogénicas.

La alimentación de la puerpera debe por tanto ser reparadora y de fácil asimilación, y el alimento preferible desde este doble punto de vista es la leche, que además cuenta con la ventaja de ser un excelente diurético que favorece la eliminación de las toxinas almacenadas en el organismo.

La fiebre que tanto preocupó en todo tiempo queda hoy reducida a sus más modestas proporciones de elemento del síndrome, pero todavía es tal su

significación, lo que impresionará aun al mismo médico, y no es extraño merezca atención preferente en este lugar de la terapéutica cuya representación corresponde á los antipiréticos y antitérmicos.

De los antipiréticos dice Robin, que como antitérmicos solo tienen una dudosa eficacia en la septicemia puerperal; en las demás formas son ineficaces e inciertos, y en cambio cierran el riñon dificultando la salida de los productos nocivos fabricados por el microbio y el organismo; son perjudiciales por su acción nerviosa, pues nada autoriza á deprimir en tales circunstancias aquel sistema; es nociva su acción sobre el corazón que debilitan; sobre el hígado cuya actividad funcional decae; no queda, pues, á su favor más que

el poder de moderar las opidaciones; pero Robin demuestra que el aumento de temperatura en los estados febriles no depende esclusivamente de la exageracion de aquéllas.

Resulta de esto que la accion de los antipireticos queda reducida como dice nuestro querido maestro, el Doctor Navarro, a algo peor que una inutilidad, a algo que debe mirarse con recelo y tal vez rechazarse por perjudicial.

No puede decirse lo mismo de la antitermia pues aunque ha perdido bastante del valor que primeramente se le asignó, manejada prudentemente, vigoriza el sistema nervioso cuando está decaído y modera el caldeamiento extremo de una hipertermia exagerada; es uno de los medios más eficaces en las for-

mas hiperpiréticas sin manifestaciones
peritoneales ni extensas supuraciones.

En cuanto á los demás agen-
tes que el tocólogo utilizara para comba-
tir síntomas molestos, como los anties-
pasmódicos, narcóticos, etc, aparte de que
nada resuelven, son inseguros; obran por su
acción fisiológica, y entanto que se conser-
va la integridad del territorio celular
en que desenvuelven su acción y esto
nos explica por qué en la clínica se
sufré el desencanto de administrar va-
lientemente la morfina, sin llegar á con-
seguir que la enferma duerma, ó el
bromuro sódico sin que el delirio cese.

Las pocas ventajas que sobre el
proceso se consiguen con el empleo de se-
mejantes remedios y el hecho induda-
ble de que muchas enfermedades in-
fecciosas curan espontaneamente, han

puesto en camino á los hombres de ciencia para dar las bases del tratamiento racional de las infecciones. Corresponde á Behring la gloria de haber inaugurado la llamada isopatía, que para honrar como se merece la memoria del padre de la Medicina, define con el famoso aforismo Hipocrático: ars curandi qua via curat sua sponte natura. El arte de curar por el mismo procedimiento que escoge la naturaleza para hacerlo espontáneamente.

El procedimiento de que se vale la isopatía, ó más vulgarmente seroterapia (aunque en rigor no todas las prácticas isopáticas pueden en la actualidad contenerse en el molde de los sueros curativos), es sencillo y bien conocido. Requiere en primer lugar el aislamiento y cultivo al estado de pu-

vera del agente causal, que atenuado al principio por la acción de agentes físicos o químicos diversos y excitado luego por otros medios, el suero por otros organismos, por ejemplo, se inyecta en pequeñas cantidades y de una manera lentamente progresiva en los tejidos de un animal sano elegido de entre los que no son refractarios á la acción del microbio especial, hasta conseguir la inmunización permanente o transitoria y que trasladada al hombre que recibe una cantidad de suero extraído de su sangre. La preparación del animal no representa en último término otra cosa que la evolución graduada y progresiva del proceso, hábilmente dirigida para que las toxinas se eliminen mientras las resistencias del animal

aumentan y las autitoxinas se elaboran; precisamente lo que en el estado actual de la ciencia se admite que debe ocurrir en el hombre infectado cuando la curación se establece de una manera espontánea.

En lo que se refiere a las infecciones puerperales, los trabajos de Charin y Roger inyectando en mulos, cultivos puros de estreptococos esterilizados en la autoclava a 115° y en cantidades progresivamente mayores, permitieron la obtención de un suero curativo y preventivo que llegó a ingresar en la práctica corriente, por haber perfeccionado la técnica de una manera notable. Tharmorek. Este bacteriólogo inyecta al caballo, cultivos puros de estreptococos, pero cuya virulencia espita progresivamente hacien-

dole pasar varias veces por un terreno vivo, y extraordinariamente sensible, el conejo; el suero de Elbarmorek resulta por esta razón mucho más eficaz que el obtenido por Charrin y Roger.

El suero de caballo, autístreptocócico constituye el tratamiento más racional y más científico de la estreptococia puerperal, y la clínica demuestra á diario la verdad de esta afirmación, con los sorprendentes resultados obtenidos en aquellas formas puras de infección post-partum, su aplicación es sencilla y ningún accidente serio aparece como consecuencia de este tratamiento; y sólo en casos en que se han empleado más de 100 centímetros cúbicos hemos podido observar, una erupción eritematosa y pruriginosa que no puede distinguirse en absoluto de la ur-

ticaria, y que como aquella desaparece al cabo de pocas horas despues de haberse presentado. Segun la 1.^{ca} conclusion de la memoria de Marmorek pueden inyectarse 300^{cc.} inyectivamente, siendo la dosis de 10 cent.³ y repetida cuatro veces como maximo durante las veinte y cuatro horas.

Pero el suero de Marmorek solo es curativo en las formas puras de estreptococia, en las asociaciones de este agente con otros patogenos o saprofitos; a lo sumo es un paliativo que proporciona ligero alivio, nunca tiene una influencia decisiva; y si recordamos lo que en la primera parte de este trabajo espusimos acerca de la etiologia de las infecciones puerperales, nos resultan faciles de comprender los fracasos a

que expone su empleo sistemático y exclusivo en este grupo de complicaciones.

Las dificultades casi insuperables del diagnóstico bacteriológico no habían podido demostrar lo que el empleo del suero de Marmorek en la terapéutica de las infecciones puerperales ha llegado a poner de relieve, y es, que la estreptococia pura es mucho menos frecuente de lo que habían creído Widal y los entusiastas partidarios de la escuela unicista, y por consiguiente, cuando la marcha del proceso no es influenciada de una manera evidente desde el primer momento, por el suero de Marmorek; y mientras los estudios iniciados por Van de Velde y seguidos por el Dr.

Termin, para conseguir un suero poli-
-estreptocócico y polivalent respectiva-
mente, no proporcionen resultados po-
sitivos, el tocólogo basará la terapéuti-
ca general, en los principios de la
isopatía. ¿De qué manera? Favore-
ciendo la eliminación de las toxí-
nas y auxiliando los naturales me-
dios de defensa del organismo.

Lo primero se consigue fomen-
tando las funciones de eliminación
con la administración de líquidos
en abundancia y sobre todo con
la dieta lactea, estimulando las
funciones cutáneas, y recurriendo
á la hipodermoclinis y hasta la
flebotomias ó lavado de la sangre,
cuando aquéllas resulten insufi-
cientes.

Lo segundo se procura haciendo

que la enferma respire aire puro, repare sus pérdidas con una alimentación adecuada; y con el empleo del oxígeno, tónico hemático y hematogéneo de primera fuerza, es sabido que las modificaciones principalmente químicas de la sangre son la causa de los fenómenos generales en toda infección. En efecto; en todos estos procesos la sangre del paciente contiene un grado distinto de concentración, según los casos, antitoxinas y toxinas, representadas estas por las materias azoadas llamadas extractivas, las leucomainas de Gautier y las ptomainas microbianas, productos todos poco solubles y difíciles de arrastrar por el agua, pues bien su oxidación las hace más solubles y fáciles de eliminar, y según algu-

nos autores, las convierte en antitoxinas, razón por la cual las inhalaciones de oxígeno, las inyecciones de este gas en el tejido celular blando dan tan brillantes resultados en la clínica.

x
x x

b) Tratamiento Local.

La importancia del tratamiento local, quedó establecida por el famoso médico del Hotel Dieu al asegurar que los graves accidentes generales que aparecen en estas complicaciones, son consecuencia de la infección primitiva de la herida genital.

En este grupo encuentran cabida una porción de medios de tratamiento; sólo nos hemos de ocupar de los principales, anticipando que todos son buenos, a condición de que

el tocólogo conozca sus indicaciones precisas y tenga una idea exacta de la localización del proceso en el aparato genital. Veamos cuales son esos medios.

Irrigaciones vaginales. - Como indica su nombre consiste en hacer pasar una corriente de líquido antiséptico por el conducto vaginal; la corriente líquida amarra los epudados vaginales, estimula por su temperatura la fibra muscular uterina y finalmente tiene la acción antiséptica que corresponde al parasitocida que se la incorpora.

Los aparatos irrigadores son innumerables, cualquier forma es buena con tal de que sea fácil de limpiar y este construida con una materia difícil de atacar por los antisépticos concentrados; por estas razones los preferibles son los

de cristal, con tubo de caucho rojo, sin embargo, la fragilidad de las canulas, es motivo para que se utilicen menos que las de madera y ebomta, que para su uso han de ser previamente sometidas á la ebullición.

El líquido antiséptico es también variable, y aunque cada autor da la preferencia á uno, la mayoría admiten como buena, la solución al uno por cuatro mil de cloruro mercurico, con una pequeña cantidad de ácido tartárico, y á la temperatura de cuarenta ó cuarenta y cinco grados, circunstancias ambas, que aumentan el poder bactericida del sublimado corrosivo. Para prevenirse de los accidentes tópicos que resultan de su empleo es conveniente, después de cada irrigación antiséptica, pasar por la vagina una corriente de agua sim-

plamente hervida, que arrastrando las porciones de la sal que quedan entre los repliegues de la mucosa reduce al minimo los peligros de su absorción.

La técnica es sencilla; colocada la mujer en decúbito dorsal, sobre un faldón de cama apropiada, y después de lavar con un poco de algodón empapado en el líquido antiséptico; los labios mayores y menores de la vulva, se introducen dos dedos de la mano derecha en la vagina deprimiendo la pared posterior de la misma para asegurar el desague, y sirviendo de conductores a la cámbula, que se conduce sucesivamente por los repliegues mucosos y fondos de saco al mismo tiempo que se frotan con los dedos sus paredes para desprender el moco, y se termina la operación cuando la vagina está suficientemente lim-

ria. La cantidad de líquido es por lo tanto variable, pero rara vez se utilizarán más de cuatro litros.

Siguiendo esta técnica, se evitan los accidentes dolorosos que se atribuyen á la distensión de la vagina, por la insuficiente salida del líquido, y vigilando la altura del depósito tampoco se observan, los que dependen del choque contra los anejos prolapados y en contacto con las paredes del conducto vaginal.

Encuentra sus mejores indicaciones en las formas de infección localizada en la vagina y heridas vulvoperineales, y hasta en muestras de las endometritis ligeras, en que por las modificaciones vasculares que dependen de la temperatura del líquido inyectado, el proceso se detiene y la curación

se establece pronto. Seria sin embargo, un error confiar en su eficacia para las endometritis primitivas, con propagación de la trompa de Fallopio, aunque el diagnostico bacteriologico, fuese demostrativo y el suero de Marmorek se le diese aplicado desde el principio. En estas formas el tratamiento local, esta representado por las

Inyecciones intrauterinas, que tienen por objeto llevar la accion de la corriente liquida al interior de la cavidad uterina.

Sirven los mismos aparatos irrigadores a los que se añade la sonda llamada intrauterina. Los modelos de sondas son numerosos; todos tienen como fundamento su conducto en su espesor que comunicando con el depósito está destinado a conducir

el líquido al extremo uterino del instrumento, y un segundo conducto en cuya disposición difieren, para permitir su salida. No hemos de entrar en detalles y sólo repetiremos lo que ya se dijo hace un momento: cualquier modelo es bueno con tal de que pueda limpiarse bien y no sea atacado por los antisépticos.

Entre las sondas metálicas, una de las más útiles es la de Collin: el conducto de entrada es amplio y con dificultad llega a obstruirse, y el desagüe está confiado a un resorte que separándose más o menos del cuerpo del instrumento por la presión de un tornillo, separa los tejidos y deja entre estos y la sonda espacio suficiente para la salida del líquido.

Para las aplicaciones de Obste-

tricia, sirven mejor los modelos de cristal, porque se limpian con facilidad, no son atacadas por los antisépticos, y además puede rectificarse o acentuarse su curvatura, según convenga, reblandeciéndolas al calor de un mechero Bunsen.

Los líquidos que sirven en las inyecciones intrauterinas son también numerosos. Las soluciones menos concentradas que para las vaginales, porque la superficie de absorción es mayor y mejor dispuesta. Sin embargo, Carnier aconseja el sublimado corrosivo al uno por cuatro mil, precedido y acompañado del lavado con agua esterilizada.

La técnica es sencilla, pero reclama alguna atención, dicen Wallisch y Pinart. «Es una maniobra difícil para manos inexpertas; es casi imposible

para el que desconoce las particularidades que presenta el útero después del parto. En efecto, el cuello uterino después del alumbramiento queda blando, y como flotando en la vagina, y cuando no se tiene costumbre de practicar el tacto en estas condiciones es muy difícil orientarse para encontrar el hocico de tenca. Lo mejor para evitar esta confusión es entrar resueltamente con dos dedos en el fondo de Douglas y ya en él, separarlos en la vagina para distenderla, con lo cual se boman sus pliegues, y el cuello queda en el fondo, ya fácil de reconocer. Estas maniobras deben practicarse después de haber hecho una irrigación vaginal antiséptica. Sirviendo de guía los dedos de la mano izquierda introducidos en la vagina se desliza con

la derecha la sonda hacia el orificio externo, y convencidos de su conveniente situación, no hay más que propulsar el instrumento basculando su extremo libre hacia abajo, y espontáneamente se coloca en su lugar. No siempre resulta esto fácil; en ocasiones hay necesidad de fijar el labio superior del útero con una sutura de tracción o practicar el cateterismo previamente para cerciorarse de la actitud de la matriz. Colocada la sonda no hay más que ponerla en comunicación con el depósito que contiene el líquido antiséptico y establecer la corriente, vigilando con atención y desde el primer momento, la completa salida del líquido inyectado, y suspendiendo la irrigación en cuanto la corriente se interrumpa.

La cantidad de líquido que se inyecta es variable y depende del estado de la cavidad. Como mínimo se señala la de seis litros.

Este procedimiento encuentra sus indicaciones en todas las formas de infección localizada, pues como hemos demostrado antes comienzan por la contaminación de la herida placentaria, sus resultados son excelentes, la fiebre desciende en algunos casos para no volver á altas temperaturas, y la curación se obtiene, practicándola de dos á seis veces en las veinte y cuatro horas.

En otras ocasiones, sin embargo, solo producen un alivio pasajero: la fiebre continua elevada y el proceso sigue su marcha tóxica, y en estos casos es donde se observan resultados

felices, debidos á la irrigación continua intrauterina.

Se establece ésta colocandó á la enferma sobre una cama dispuesta de manera, que el agua sin mojarla, sea recogida en una canal impermeable, hundida entre los dos colchones de la cama convenientemente encarados, y conducida á un recipiente colocado en el suelo.

Por lo demás, la técnica es análoga y sólo reclama una cantidad mayor de agua hervida, que es el líquido que de preferencia se utiliza, alternando de vez en cuando con una corriente antiséptica, de cloruro mercurico al uno por cuatro mil, ó de permanganato al uno por dos mil.

Se han señalado algunos in-

convenientes á este medio terapéutico, pero ninguno de tal importancia, que deba tomarse en cuenta para prescindir de sus beneficiosos resultados. Se ha dicho que reclama la presencia de una persona entendida, lo que siendo indudable no afecta, en nuestro concepto á la esencia del procedimiento; que es molesto para la enferma que ha de permanecer en la misma actitud durante mucho tiempo, á lo que podríamos contestar que hemos aplicado muchas veces la irrigación continua, en enfermas que se resistían á la intermitente, y nunca ha sido necesario prolongar la sesión más de ocho horas; muchas veces antes de este plazo la apoplejía ha sido completa, y cuando ningún resultado

se obtiene en aquel plazo tampoco hay ninguna razón para continuarla, sino que debe pensarse en la intervención más energética.

Por este medio, repetimos se curan infecciones que permanecían estacionadas con la irrigación intermitente; y es que la actitud de la matriz se modifica con facilidad, las desviaciones por subinvolución son muy frecuentes y la anomalía en la dirección del eje del órgano trae como consecuencia una dificultad grande al desague, y un remanso de exudados, contra los que nada puede la antisepsia intermitente, cuando con la irrigación continua, se consigue lo que el tocólogo se propone.

No nos hemos de ocupar de los

accidentes que resultan de la entrada de aire en los senos venosos, la caída del agua en la cavidad peritoneal, y la perforación del útero pues siguiendo exactamente la técnica expuesta, basta al tocólogo con tener presente la posibilidad de esos accidentes para evitarlos con toda seguridad.

+

+ +

Los medios antes expuestos son suficientes para combatir en la mayoría de los casos los accidentes tóxicos que resultan de la germinación de los agentes patógenos en la mucosa genital, pero nada pueden hacer para reparar las lesiones que en ella producen y que reclaman intervenciones de otra índole, entre

ellas figura en primer lugar el raspado de la cavidad uterina.

Practicase este con los dedos, constituyendo lo que Budin llama evacuación digital en los casos en que hay motivo para sospechar, o el tacto intrauterino ha comprobado la retención de algún cotiledón placentario o restos de membranas. Es un buen procedimiento cuando se aplica desde los primeros momentos, asociándole á la irrigación intrauterina, pero tiene el inconveniente de no ser tan completa la limpieza como á primera vista parece y de retrasar más tarde el raspado con la cucharilla.

Este último encuentra su indicación en todos los casos en que permaneciendo localizado el proceso en el

endometrio, no se ha conseguido la curación con las irrigaciones intrauterinas. Se practica según la técnica descrita por Pinart, previo reconocimiento de la cavidad y evacuación de su contenido, después de transcurridos ^{por lo menos} tres días del alumbramiento, y cuando la infección no esté generalizada, pues en este caso lejos de ser beneficioso, perjudica en gran manera, por abrir nuevas puertas para la entrada del agente infectante.

Se emplean cucharillas romas ó de poco filo manejadas con suavidad para evitar la rasgadura del tejido friable del útero y se termina siguiendo los preceptos que se consignan en todos los tratados de Ginecología.

Después de la operación la enfermedad sufre un escalofrío de escasa intensidad y la curva termica se eleva, denotando sin duda la reinvoculación con la cucharilla durante el legrado, y así las cosas Pinart y Vallier agrupan en tres tipos, la marcha consecutiva del proceso. En un primer tipo, el más frecuente, cuando las indicaciones han surgido con claridad y la intervención se lleva felizmente a cabo, la temperatura y el pulso alcanzan definitivamente el estado normal. En el segundo tipo, el descenso paralelo del pulso y la fiebre sigue un curso lento y hay que auxiliarse con las irrigaciones intrauterinas; y finalmente, en otro grupo de casos, la temperatura aviene de con rapidez.

Entonces, dice Ribemont, hay que pensar una de las dos cosas siguientes: o ha sido insuficiente, o bien el proceso se ha generalizado, y ante la imposibilidad de formar un juicio definitivo, lo prudente es intervenir de nuevo practicando otro legrado, que colocará a la enferma en el caso de los anteriores tipos, o por el contrario evidenciará la generalización del proceso séptico. ¿Y qué es lo que debe hacerse cuando esto ocurre? Si las irrigaciones y el legrado fracasaron; si la curva térmica continúa elevada, y el proceso acantonado en el espesor del músculo uterino, la histerectomía debe practicarse, pero solo cuando la ineficacia de los otros medios resulte evidente y el estado general se haga incom-

patible con la vida, pues esta grave intervencion, se reserva prudentemente para los casos desesperados, entendiéndose por tales, no los que resultan de una gravísima septicemia, en los que nada podria hacer la operacion, sino aquéllos que dependen de una tophemia agudísima.

La propagacion del proceso al peritoneo no constituye para Bonamy una contraindicacion, sino una razon más para practicarla, estableciendo el desague de la cavidad peritoneal por la vagina.

La técnica que se aconseja, de preferencia por la via vaginal no difiere en nada de la que en Ginecología se sigue para la extirpacion de la matriz.

Para terminar lo que se refiere al tratamiento local de las infecciones puerperales, hemos de consignar un nuevo medio, ensayado el año 1901 en las clínicas de la Facultad de Medicina de Valencia y en el que tuvimos de tomar una participación activa.

Las restricciones que los peligros de la absorción establecen al empleo de soluciones de gran poder bactericida, las intoxicaciones observadas aun siguiendo las precauciones debidas, y las dificultades con que se tropieza en la práctica corriente para llevar á cabo una antisepsia eficaz y rápida, por una parte, y la lectura de la notable memoria publicada por Mr. Flateau por otro lado, influyeron en el ánimo de uno

de nuestros más queridos maestros, decidiéndole á la aplicación de la atmocautia tan ensalzada por Pin-
cus, para el tratamiento de estas com-
plicaciones.

Teóricamente la idea no
puede ser más racional; y puesto que
se trata de destruir los agentes pató-
genos en la herida placentaria ua-
da mejor que el empleo del vapor
de agua calentado, acumulando la
cavidad uterina á un depósito de
la autoclava en la que sabemos
no existen ninguno de los agentes
patógenos, con la ventaja de que la
acción del vapor de agua alcanza
de una manera más eficaz, por
su presión y estado todos los recodos
de la mucosa y los fondos de saco
glandulares, á donde las soluciones

antisépticas no pueden llegar.

En la práctica nada se opone á su empleo. La escasa por no decir nula sensibilidad de la cavidad uterina, puesta en evidencia por los ginecólogos al lograr su anestesia, autorizaba su empleo, no concediendo gran valor á las objeciones formuladas, y por ello se procedió al ensayo siguiendo la técnica aceptada por los autores.

El atnocauterio, modelo perfeccionado de Tincus está formado por una caldera de cobre en la que se produce el vapor y cuyo foco es de alcohol. En la parte superior se adapta un tubo de goma forrado de seda que ha de conducir el referido vapor al interior de la cavidad uterina, y una válvula

de seguridad, con su correspondiente
termómetro y tabla de equivalencias
barométricas.

El vapor llega con una presión igual o un poco menor á la de la caldera, se expande por la cavidad, que al enfriarse en su contacto y condensarse es recogido por los grandes orificios del cilindro de caucho del tubo y sale al exterior por el de desagüe que tiene el aparato. La presión en la caldera no puede pasar en un momento preciso de los límites que convergen, pues lo impide la válvula de seguridad convenientemente graduada, ni puede tampoco ser excesiva en la cavidad, pues en ésta desempeña el papel de válvula el mismo instrumento al aplicarse al conducto cer-

vical en estado de vacuidad.

La primera enferma sometida al esaldamiento fue una primipara que ingreso en la clinica despues del alumbramiento con todos los sintomas de la infeccion clasica localizada al aparato genital. Estuvo sometida a las irrigaciones intermitentes intrauterinas durante varios dias, y la temperatura, con pequenias oscilaciones, continuaba elevada. Decidida la intervencion, se colocó a la enferma en la posicion obstetrica sobre la mesa de curaciones, se protegió la vagina con un especulo de boj y fijando el labio superior del hocico de tenca con una pinza de tracciones, se introdujo el tubo del aparato de Pincus en la cavidad. Puesto en mar-

cha cuando el termómetro marca-
ba 115° y dos atisóferas de presión,
se abrió la llave de paso, y seguidamente
vimos aparecer el vapor por
el tubo de desagüe, ya condensado.
Se mantuvo durante medio minuto
en esta posición, y transcurrido
que fué se cerró la llave, retirando
el aparato. La enferma no llegó á
advertir la maniobra de que era
objeto. La temperatura recuitió consi-
derablemente y de nuevo se elevó
durante la noche; al día siguiente
se repitió la intervención, prolon-
gándola hasta un minuto. La
enferma después de esta interven-
ción entró en franca convalecencia,
y sin necesidad de otro tratamien-
to local, á los pocos días abando-
nó la clínica completamente curada.

Ante resultado tan positivo, y buscando su confirmación, se aplicó á otra enferma multipárra, que á los cuatro días de un aborto de seis meses, fué presa de violento escalofrío seguido de la elevación térmica correspondiente.

Consultado el Dr. Lopez, catedrático de Obstetricia de la referida Facultad de Medicina de Valencia, por el médico de cabecera, propúsole la aplicación del método de Pincus, y aceptado que fué nos trasladamos al domicilio de la paciente con el instrumental necesario, y siguiendo la técnica expuesta se hizo la aplicación durante un minuto sin accidente alguno; la curva térmica osciló favorable-

mente, pero sin alcanzar el límite normal, por lo que se intervino de nuevo en los dos días siguientes, siendo tan franco el alivio, que después de la tercera, se consideró á la enferma como convaleciente y fué dada de alta, aconsejándole que diariamente se administrare cuatro irrigaciones vaginales antisépticas. A los ocho días se curó.

Posteriormente se empleó igual procedimiento en una enferma en que las irrigaciones intrauterinas y el legrado de la cavidad uterina habian resultado ineficaces; y á pesar de las repetidas sesiones de escaldamiento, la enferma recumbió á los trastornos de una peritonitis generalizada.

En otro caso tampoco la

1
técnica de Ipecus aplicada tardia-
mente, pudo evitar el desarrollo de
un fleumon de los ligamentos anchos,
que hubo de someter al tratamien-
to quirúrgico apropiado.

El resultado de estas ob-
servaciones y el de otras realizadas
después de aquella fecha y que
hemos seguido con interés, permite
asegurar, que la aturocaustia uteri-
na es un excelente medio de tera-
péutica local, para las infecciones
puerperales localizadas en el apa-
rato genital. Podrá decirse que los
otros procedimientos de autosepsia
son igualmente eficaces en aquellos
casos, pero cuando esto sea compro-
bado, aun contará en su apoyo la
circunstancia de su nula toxicidad,
y su cómodo y fácil empleo, que

permite la aplicación en la primera visita sin perder los preciosos momentos, que para disponer el agua hervida y las soluciones antisépticas, reclama siempre la aplicación del método antiséptico.

+

+ +



Del estudio que antecede podemos formular
las siguientes

Conclusiones:

1.^a Las infecciones puerperales no difieren en absoluto de las infecciones quirúrgicas.

2.^a En éstas como en aquéllas resultan de la acción aislada o simultánea de varios microorganismos.

3.^a Dadas las condiciones biológicas de los agentes causales y sus especiales aptitudes deben distinguirse.

a) Infecciones piógenas e hipertóxicas producidas por el Streptococcus piogenus y el Stafilococcus aureus.

b) Infecciones tóxicas, debidas a la colonización de los anaerobios de la putrefacción, solos o asociados a los anteriores.

Infecciones accidentales o secundarias debidas a otros agentes reconocidos como especiales y que por lo mismo evolucionan con sus caracteres propios.

4.^a Las infecciones resultan de la excitacion de la virulencia, de todos estos agentes que en buen numero de casos se encuentran en el perine, la vulva y la vagina de la embarazada y en este sentido admitimos la autogénesis.

5.^a En la mayoria de los casos, la infeccion es exogena y a ella contribuyen el tocólogo, y los instrumentos y utensilios por otra, que llevan en si o los toman al pasar por la vagina, microorganismos patogenos.

6.^a Las lesiones variables segun la virulencia del agente causal, son siem-

pre el resultado de la lucha que se establece entre él y el organismo.

7.^a El estado general se afecta siempre secundariamente, aunque en ocasiones el síndrome no guarda relación con la insignificante alteración local.

8.^a El tratamiento preventivo es el más racional y reclama su conocimiento exacto de las prácticas de asepsia y antisepsia.

9.^a Las restricciones admitidas para el método aseptico y los inconvenientes del método antiséptico hacen preferible el procedimiento mixto.

10.^a Constituida la entidad morbosa el quimicólogo ha de dirigir el tratamiento á obtener la destrucción del agente infectante en la

lenda placentaria y á evitar las consecuencias que derivan de su presencia.

11.^a Esto último debe intentarse siguiendo las prácticas de la isopteria de DeLering.

12.^a El suero de Marmoreck es sólo eficaz en las formas de estreptococcia pura, y ante la imposibilidad de conocerlas a priori por las dificultades que ofrece el diagnóstico bacteriológico, debe inyectarse siempre á la dosis de diez cent.³ cúbicos, repetida tres ó cuatro veces, y suspendiendo la intervención en cuanto se observe que no produce efectos decisivos.

13.^a El tratamiento local debe basarse en un buen diagnóstico de la localización del proceso, pues

Los numerosos medios con que cuenta el médico son excelentes si se conocen sus indicaciones precisas.

14.^a La atuocauteria de Pincus debe figurar entre los procedimientos de tratamiento local, pues su sencilla acción topica, la rapidez y comodidad con que puede emplearse, legitiman su uso en determinados casos.

He dicho

Madrid y Enero de 1904

Pedro Zamarif



Admisible
José Dorcillo

Admisible
Zimera

Admisible
Redondos

Verificó el ejercicio el día 18 de
Marzo de 1904 y obtuvo la calificación
de Sobresaliente

Arturo Redondos

El Secretario
J. Dorcillo

Federico Torre

Sebastián Redondos

Manuel Jimena