

ra incompleta de su blenorragia, lo que es frecuente por falta de constancia de parte de los enfermos, sucedió que, bajo la influencia de causas habituales: coito ó abusos de otro género, su uretritis volvió al estado agudo, y esta recrudescencia de los fenómenos inflamatorios, que no fueron lo suficientemente intensos para llamar su atención y corregirlos, sí, fueron lo bastante, para constituir el origen ignorado de una proliferación fungosa de la mucosa bulbar, cuya consecuencia fué el desarrollo rápido de su cerrado estrechamiento. Desde entonces, la vejiga, poderosamente contráctil de este individuo, entrando en conflicto á cada micción con el estrechamiento uretral, aunque lo dilataba temporalmente, y el enfermo no acusaba modificaciones notables, ni siquiera el chorro de su orina había sufrido las transformaciones que conocemos, aunque comenzaba á suceder, el traumatismo era, sin embargo, suficiente para desgarrar las yemas y determinar el escurrimiento sanguíneo que sucedía á las micciones. Este es, á mi entender, el mecanismo de los fenómenos presentados por mi enfermo. Quizá haya ó sea otro más racional que se me escapa.

Para terminar, debo señalar un hecho que es clásico desde hace mucho tiempo, y que he visto confirmado en el presente caso: quiero referirme, á la falta de relación que existe frecuentemente, entre el grado de angustia del estrechamiento y la intensidad de las perturbaciones funcionales que este produce en la micción. La uretra de mi enfermo, cuando lo examiné por primera vez, no fué posible que dejara pasar ni la bujía olivar 12, ni los filiformes de que hice uso; y cuando repetí mi exploración, varios días después, sólo logré pasar la filiforme núm. 1, y sin embargo, la micción se verificaba con bastante facilidad, lo que hacía que el enfermo no diera importancia á su padecimiento ya existente.

México, marzo de 1902.

E. R. GARCÍA.

## OBSTETRICIA.

### CONTRIBUCION AL ESTUDIO DE LA ETIOLOGIA Y TRATAMIENTO DE LA SEPTICEMIA PUERPERAL.

La infección puerperal, designada también actualmente con la denominación de septicemia de las mujeres paridas, ha sido, desde el período más embrionario de la medicina, bien conocida clínicamente, pero su patogenia fué por mucho tiempo completamente ignorada. Así vemos que desde Hipócrates hasta fines del siglo XVII se denunciaba como causa de esta afección, que entonces se llamaba fiebre puerperal, la supresión de los loquios: es decir, que el efecto era tomado por la causa.

Por error análogo de raciocinio, Puzos, que había observado que la disminución y á veces la supresión de la secreción láctea coincidía con la aparición de los accidentes febriles, ideó la teoría de la metástasis lechosa. Según él, la leche se distribuía en todas las regiones del cuerpo y determinaba la calentura.

A fines del siglo XVIII, nació la teoría anatómica, seguramente más científica pero no más verdadera; y sus primeros partidarios localizan en la serosa peritoneal el sitio primitivo de la afección, sosteniendo que las otras manifestaciones que tan frecuentemente se observan, son únicamente complicaciones de la peritonitis.

Un poco más tarde Dance, Behier, Pourtier y Hervieux, aseguran haber encontrado manifestaciones inflamatorias y aun pus en las venas del útero y consideran á la flebitis uterina causa principal de los accidentes puerperales.

Tonele, en 1830, muestra alteraciones en los linfáticos y cree que la linfagitis desempeña el papel principal en la patogenia de la fiebre puerperal. Esta teoría ha sido sostenida con convicción por Nonat, Cruveilhier, y aun muy recientemente por J. L. Championier y Siderrey.

En todos los tratados clásicos de partos se menciona la célebre discusión sostenida en 1858 por los miembros más caracterizados de la Academia de Medicina de París, que se dividieron en dos bandos: esencialistas y localizadores. Los primeros,—al frente de los cuales figuraron Paul Dubois y Depaul—sostenían que la fiebre puerperal era debida á una in-

fluencia exterior primitiva, que ejercía desde luego su acción sobre la sangre y consecutivamente dirigía sus ataques á la economía entera, especialmente á los órganos predispuestos—entre los cuales se cuentan el aparato genital y el peritoneo,—ocasionando una intoxicación general por *tifisación* del medio sanguíneo y reacción morbosa de los órganos. Los localizadores—representados por Bouilland, Cruveilhier, Cazeaux, Jacquemier, Legroux, Velpéau, Piorry y Beau,—sostuvieron que la lesión local constituía toda la enfermedad. Esta acalorada discusión proporcionó á la ciencia la ventaja de atraer hacia tan importante asunto la atención de los sabios de todos los países, quienes entonces empezaron á entrever la naturaleza contagiosa de la enfermedad.

Vinceland, en 1846, habla ya del contagio de los accidentes puerperales y Semelweis trae como resultado de su sagaz observación, la prueba inequívoca de esta contagiosidad, que demuestra por la experimentación fisiológica. Consiste esa experimentación en inocular con escurrimiento loquial, proveniente de mujeres atacadas de septicemia puerperal, la vagina de perras y conejas recién paridas. Los resultados fueron constantemente positivos.

Tarnier en 1857, desconociendo las investigaciones precedentes, asegura que la fiebre de las paridas es eminentemente contagiosa y epidémica. En 1858, Trousseau realizó un verdadero progreso en esta cuestión de patogenia, comparando los accidentes infecciosos de la puerperalidad á los de la septicemia quirúrgica y aceptando su identidad.

A partir de esta época, sólo queda por descubrir el agente productor, que en 1879 encuentra el inmortal Pasteur, mostrando el cuerpo del delito, como se dice en términos jurídicos, el cual como es bien sabido, lo es en este caso el *estreptococo piógeno*, microbio que llegó á aislar, á cultivar y que se considera desde esa fecha como el agente principal de las infecciones puerperales.

Bien demostrada la naturaleza infecciosa de tan temible enfermedad, queda seguramente realizado el humanitario ideal con tanto ahinco buscado por los tocólogos de todas las épocas, de poner á las púerperas al abrigo de los accidentes puerperales, que revistiendo ya la forma epidémica ya la endémica, han ocasionado tantas víctimas. Y seguramente que es digna

de todo elogio la incomparable constancia que han venido desplegando los más autorizados tocólogos, desde la época de Hipócrates hasta la del inmortal Pasteur, para encontrar la verdadera causa de una enfermedad que ha sembrado la muerte y la desolación en incontables hogares, arrebatando preciosas existencias en los momentos culminantes de la vida, como son indudablemente en la mujer, aquellos en que da á luz el hijo, concebido y llevado durante nueve meses en sus entrañas; actos fisiológicos todos estos que constituyen la plenitud de su existencia y que fueron, sin duda alguna, más sabiamente estimados y dignificados en los tiempos primitivos que en los nuestros de corrupción y de la falsa pudicicia que ésta trae consigo, según lo demuestran los antiquísimos ritos simbólicos con que se celebraba la renovación de la vida en la Naturaleza en el fondo de los Misterios, ritos contaminados posteriormente con un obsceno y ultrajante sensualismo.

Demostrada la naturaleza parasitaria de la septicemia puerperal y bien conocidos los principales microorganismos que la producen, nada más lógico que impedir que éstos invadan el organismo de nuestras púerperas, poniéndolas al abrigo de tan temible y trascendental invasión bacteriana. A nosotros nos toca la inmensa satisfacción de contemplar los grandes beneficios que recibe la humanidad como consecuencia de uno de los descubrimientos con que el inmortal Pasteur dotó á las ciencias biológicas.

Una vez conocida la patogenia de la infección puerperal, tenemos sólida base en que fundar su tratamiento racional. Este asunto, á partir de las demostraciones de Pasteur, viene siendo el objeto de numerosas investigaciones y de importantes trabajos, que no os describiré por no abusar de vuestra benévola cuanto ilustrada atención y sólo expondré ante esta ilustrada Academia el método que empleo tanto con mi clientela particular como en el servicio de Maternidad que tengo á mi cargo como profesor en ejercicio de Clínica de obstetricia.

\*  
\* \*

Podemos definir la septicemia puerperal según las ideas expuestas: una afección propia del puerperio, debida á la infección por deter-

minadas bacterias patógenas en las heridas ocasionadas por el traumatismo del parto, que una vez posesionadas en estas superficies cruentas, especialmente de la ocasionada por el desprendimiento de la placenta, penetran á los demás tejidos del organismo ó tan sólo lo envenenan por la acción de sus tóxicas. Hay en efecto entre estas bacterias patógenas, algunas que tienen la propiedad de penetrar directamente en los tejidos, y otras que obran únicamente por las propiedades tóxicas de sus secreciones, que incorporadas al torrente circulatorio, ocasionan la intoxicación del líquido vital.

En la actualidad no sería posible establecer alguna distinción entre la infección puerperal debida exclusivamente á la reabsorción de las toxinas y la que resulta de la penetración de las bacterias sépticas en los tejidos del organismo. Pero sí está bien demostrado que cuando cierto número de bacterias patógenas que en seguida señalaré, se ponen en contacto con las mucosas vulvar, vaginal, cervical ó uterina—las cuales se hallan más ó menos traumatizadas por el trabajo del parto,—se reproducen y aun se aumenta su virulencia. De estas mucosas, la del cuerpo del útero se presta más fácilmente á ser invadida, quizá porque allí se encuentran los elementos de la caduca, destinados á ser eliminados, y es bien conocida la influencia que los saprofitos de la necrosis ejercen sobre la actividad de las reproducciones microbianas. Depositados sobre la mucosa vulvo-vagino-uterina los microbios y sus toxinas penetran á los vasos linfáticos ó venosos y llegan al tejido celular periuterino, al peritoneo y aun suelen invadir la economía entera.

Los microorganismos considerados en la actualidad productores de las infecciones puerperales, son:

- El estreptoco piógeno.
- El estafilococo dorado piógeno.
- El estafilococo blanco idem.
- El bibrión séptico.
- El bacilo coli-común.
- El neumococo.
- El gonococo de Neisser.
- El bacilo de Loeffler.

Está aceptado generalmente que el bibrión séptico es el agente especial de las formas gaseosas de septicemia, que suelen principiar durante el trabajo de parto, ocasionando la fiso-

metría, las cuales se caracterizan por la producción de gases en diferentes vísceras, hígado, riñones, bazo, &c., y desarrollo de gases determinado directamente por embolías sépticas que provienen de la matriz.

La infección diftérica producida por el bacilo de Loeffler, que en verdad es muy rara y que cede á la seroterapia por el suero de Behring Roux cuando éste es empleado con oportunidad, no debe confundirse con la vulvo-vaginitis de los autores antiguos que, como es bien sabido, la produce el estreptococo piógeno.

He enumerado los principales microorganismos que originan la infección puerperal, pero creo necesario recordar que en clínica las cosas se presentan con menos simplicidad y con frecuencia al practicar el examen bacteriológico del escurrimiento loquial recogido de las mujeres infectadas, se encuentran varios microorganismos asociados, originándose de esta asociación las infecciones mixtas. La experiencia tiene ya demostrada la gravedad que revisiten estas infecciones mixtas, en las que, unos microbios desempeñan, por relación á los otros, un importante papel en la exaltación de su virulencia. Así por ejemplo, si se inyecta un conejo ya atacado de coli-bacilosis, cultura de estreptococo, el animal muere rápidamente, determinando su violenta muerte la exaltación recíproca de la virulencia de ambos microorganismos. Esta experiencia, fácil de reproducirse nos da la explicación de algunos casos de muerte rápida observados durante el puerperio cuando ha habido infección determinada por asociación microbiana, y demuestra por sí sola la gran importancia de la antisepsia en obstetricia. Es en efecto un deber ineludible en todo tocólogo, evitar, no tan sólo la *estrepto-coquemia*, sino la penetración de todo otro microbio susceptible de agravar una infección preexistente; infección que quizá habría quedado localizada y en tal virtud susceptible de dominar y que se ve agravar por la reinfección.

Designados ya los microbios patógenos, considerados en la actualidad como productores de las infecciones puerperales, debemos recordar que en la generalidad de los casos suelen ser éstos llevados á la vagina ó hasta la cavidad uterina, á las cuales el traumatismo producido por el paso forzado del feto al través del

conducto útero-vagino-vulvar ha dejado en propicio estado de receptividad y este hecho constituye la *hétero-infección*. En casos excepcionales, la mujer lleva ya en su organismo los agentes infecciosos que adquieren ó exaltan en virulencia con motivo del traumatismo obstétrico, y en estos casos se asiste á la *auto-infección*.

Jamás debemos olvidar que la *hétero-infección* ha sido la causa que ha dado origen á las infecciones puerperales, bastándome para dejar demostrada esta indiscutible verdad, el comparar las estadísticas formadas en los servicios de partos, en épocas anteriores y posteriores á la antisepsia. Se ve en ellas que ha declinado de una manera asombrosa, no tan sólo la mortandad, sino aun el número de puerperios patológicos, á partir de la época en que se ha hecho obligatoria la desinfección de las manos del personal encargado de la asistencia de las parturientas, médicos, parteras, practicantes, &c., la esterilización de los instrumentos, compresas, algodón, ropa, &c., destinados al uso de las mujeres durante el parto y el puerperio, y la instalación adecuada de conformidad con las exigencias de la higiene moderna de los establecimientos destinados á este noble objeto de beneficencia, al cual consagran tanta atención los gobernantes ilustrados y filántropos.

Es cosa bien sabida que los dedos faltos de antisepsia han sido el principal medio conductor de la infección al practicar el tacto vaginal y también está bien establecido que la piel de estos dedos contiene, bajo las laminillas epidérmicas superficiales y en los canales glandulares, un gran número de gérmenes patógenos, entre los cuales se menciona el estreptococo y el estafilococo, que al ser sembrados en la mucosa vaginal de la mujer en trabajo de parto ó durante el puerperio, exaltan su virulencia por las condiciones tan especiales como favorables para su cultura, que en esta época les presenta toda la mucosa del canal útero-vaginal. Pero claramente se concibe que estos dedos serán más nocivos cuando han estado en contacto con cuerpos sépticos. De aquí el consejo á los médicos consagrados á la práctica obstétrica de que deben abstenerse de manejar los productos contaminados.

Bien sabido es que los loquios sépticos ocasionaron esas terribles epidemias que fueron

por tantos años el azote de las Maternidades y la desolación de las familias al ir sembrando las bacterias sépticas, de vagina en vagina, los dedos de los parteros, parteras ó practicantes que tuvieron á su cargo los servicios destinados á la asistencia de las mujeres, en épocas anteriores á la antisepsia actual. Basta examinar con el microscopio una gota de esos loquios para reconocer el número considerable de bacterias que contiene, y concebir después, por medio de un cálculo muy sencillo, las que el dedo recogería en esas vaginas infectadas, al practicar el tacto, llevándolas en seguida á depositar en el canal vaginal de otra mujer en trabajo. El resultado de estos transportes microbianos, fué durante largo tiempo el pasaporte á la eternidad, expedido con espantosa frecuencia en los establecimientos que la beneficencia pública abría á las madres menesterosas, precisamente para librarlas de los peligros del parto en el descuido y el abandono. Hoy la ciencia moderna ha previsto y corregido aquel terrible mal, rodeando á esas madres desheredadas de todas las previsiones de la antisepsia más perfecta y asegurándoles en lo posible la vida donde antes encontraban la muerte.

Pero si por regla general los accidentes puerperales infecciosos son debidos á la *hétero-infección*, suelen también, aunque excepcionalmente, ser ocasionados por la *auto-infección*, determinada en este supuesto por bacterias patógenas, que habiendo vivido en el estado de saprófitos hasta antes del trabajo del parto, ya sobre la piel de los órganos genitales externos, ya en la mucosa del canal genital, adquieren virulencia en grado variable, según la naturaleza del agente infeccioso, el estado de la mujer, etc., é invaden el organismo á través de las superficies cruentas que en este conducto ha dejado el traumatismo obstétrico y muy especialmente la herida que deja el despegamiento de la placenta.

La infección puerperal debida al *gonococo de Neisser* y que tiene por punto de partida la gonorrea uretral, vaginal ó cervical ya existente en el momento del parto, no debe considerarse entre las infecciones autógenas, porque es bien conocido que este microorganismo jamás existe en estas regiones en el estado de saprófito. Se trata evidentemente en este caso del curso de un proceso infeccioso que ya existía en el organismo.

Para Menge y Wronig no puede haber infección autógena ocasionada por el estreptococo piógeno, por el bacterio coli-común, por el gonococo de Neisser, por el bacilo de la difteria, ni por el diplococo neumónico, supuesto que no viven estos micro-organismos en el estado de saprófitos en las secreciones vaginales de las mujeres embarazadas.

Pero las bacterias patógenas que en el estado de saprófitos se encuentran en la piel de los órganos genitales externos, pueden ser transportados después del parto hasta la cavidad uterina, por los dedos del médico ó partera, por las sondas intrauterinas, por forceps ó cánulas vaginales, etc., que al frotar dichas regiones se apoderan de ellas, y si no se ha realizado previamente la antisepsia, es evidente que en el nuevo medio en que van á encontrarse, adquirirán virulencia y podrán determinar accidentes infecciosos. Apoyados en la observación clínica, se puede aseverar que esta infección autógena es de pronóstico menos grave que la heterógena.

Por lo expuesto se ve que la infección puerperal autógena atribuida á bacterias que hayan vivido en estado saprofitario en el canal cervical, en la cavidad del cuerpo de la matriz ó en el canal tubario, no es de admitirse, supuesto que estos órganos jamás contienen micro-organismos en este estado.

Una mujer que presenta alguna infección peri-uterina antes del embarazo, salpingitis ó pelviperitonitis, suele, con motivo del parto, ser atacada por accidentes de infección aguda ocasionada por los micro-organismos productores de esas afecciones, micro-organismos que han adquirido mayor grado de virulencia en este supuesto, por el traumatismo puerperal. En este caso, fácil en verdad de presentarse á nuestra observación, ¿se trata de una verdadera auto-infección? . . . Seguramente que no, pues en realidad sólo nos encontramos frente á una reinsidencia de infección antigua. Doleri las llama, y con sobrada razón, infecciones inevitables.

La verdadera auto-infección consistiría en que los saprófitos de la vagina llegaran á adquirir virulencia por el traumatismo del parto, y una vez transformados en microbios patógenos, produjeran accidentes infecciosos; pero ya hemos visto que para autorizados bacteriologistas, los micro-organismos considera-

dos como agentes productores de las infecciones puerperales, no se encuentran en estado de saprófitos en las secreciones vaginales de las mujeres grávidas. De aquí que la auto-infección sea sólo admitida como hecho excepcional y que la hétero-infección sea señalada como causa que origina la generalidad de las septisemias puerperales.

Sin duda alguna la literatura ginecológica nos presenta excepcionales pero auténticas observaciones de infección de la mucosa uterina durante la gestación, en las cuales los microbios que las han producido existían quizá desde antes de la fecundación, ocasionando la *endometritis desigual*. Pero repito, estos hechos son la excepción.

Recordaré también que los fibromeomas submucosos que producen la endometritis fungosa ó hemorrágica, así como el cáncer del cuerpo del útero, deben ser considerados como causa de infección de la cavidad uterina, susceptibles de producir accidentes infecciosos con ocasión de puerperio.

La cavidad del útero en estado fisiológico no cortiene gérmenes durante el embarazo, lo que no impide sin embargo que microbios patógenos desarrollados en órganos vecinos, puedan llegar á invadir sus paredes. Suele también observarse el hecho de que en casos de infección general se produzca una localización microbiana en el útero por intermedio del torrente circulatorio, y esta complicación genital se puede presentar durante las infecciones escarlatinosas, erisipelatosas, neumónicas, &c., si éstas atacan á la mujer durante el puerperio. Pero donde estos accidentes son especialmente de temerse es en la gripa, afección que como es sabido, se acompaña, con no poca frecuencia, de infecciones secundarias de estafilococos, de neumococos, de estreptococos y de coli-bacilos que invaden la economía y pueden llegar á localizarse en la matriz. Por esta razón la gripa es de pronóstico grave durante el puerperio.

(Se continuará).

## OBSTETRICIA.

## CONTRIBUCION AL ESTUDIO DE LA ETIOLOGIA

Y TRATAMIENTO DE

## LA SEPTICEMIA PUERPERAL.

*(Concluye).*

Según Doleri, los microbios que invaden el útero por la vía venosa y que provienen de algún foco infeccioso localizado fuera del aparato genital, adquieren, al instalarse en las paredes uterinas, una virulencia extraordinaria.

Para Chantemesse, las mujeres que tienen microbios en la sangre, por una causa cualquiera, con frecuencia por una erisipela anterior ó por un ataque de diviesos, suelen ser atacadas, al tercero ó cuarto día del parto, de accidentes infecciosos muy graves. Es evidente que en este supuesto la desgarradura de los senos uterinos, ha permitido la llegada hasta la cavidad de la matriz, de esos microbios que una vez sembrados en la caduca, forman un foco donde se desarrollan y refuerzan su virulencia supuesto que se encuertran al abrigo del oxígeno y en tal virtud menos expuestos á la *fugositos*. Si en estas nuevas condiciones volviesen á invadir el torrente circulatorio, la re-infección sanguínea tiene que ser más grave y en razón directa con el número y grado de la virulencia adquirida.

Debemos sin embargo convenir en que estas vías de infección puerperal son verdaderamente excepcionales y que deben considerarse no como auto-infecciones, sino como reinfecciones.

Si la auto-infección es en realidad excepcional en las mujeres cuyos órganos genitales no presentan alteración, puede producirse cuando el conducto vagino-uterino está herido por alguna afección susceptible de infectarse. Así por ejemplo, el cáncer del cuello de la matriz, que suele ocasionar una endometritis gravísima, con mayor razón puede determinar la infección uterina durante el puerperio. Este mismo temor deben inspirar las supuraciones peri-vaginales.

Que las bacterias patógenas sean llevadas por las personas que asisten á la parturienta,

lo que es frecuente, ó que provengan de la mujer—hecho que como hemos visto es excepcional,—una vez puestas en contacto con la herida placentaria, van á determinar accidentes infecciosos bajo formas clínicas diferentes, según su naturaleza, su número y su grado de virulencia; á veces tan ligeros que sólo se revelan por síntomas benignos y pasajeros; y á veces de suma gravedad y con un cortejo de signos generales muy alarmante.

La infección se debe á la penetración directa de los microbios patógenos ó bien á la de las tóxicas que estos fabrican.

En la infección benigna ó localizada, la presencia de los microbios determina una reacción leucocitaria en el lugar en que han sido depositados, que protege á las capas profundas del tejido uterino y estas celdillas, por reacción, reaccionan, aprisionan á los microbios impidiendo su propagación; ó bien neutralizando el efecto de sus toxinas, tanto en el cuerpo mismo del leucocito, como á distancia; siendo debida esta acción neutralizante, á la secreción propia de estos fagocitos. En mayor gravedad, la reacción fagocitaria es insuficiente y las bacterias en número muy considerable ó dotadas de gran virulencia, traspasan la línea de defensa, penetran en la economía, siguiendo la vía linfática ó venosa, y originan una infección generalizada.

De todos los microbios productores de las infecciones puerperales, el estreptococo es el que posee en mayor grado la propiedad de penetrar los tejidos ó invadir el torrente circulatorio, pues los otros micro-organismos más bien muestran tendencia á localizarse. Los síntomas generales que acompañan á la infección local que éstos determinan, son debidos á la absorción de sus toxinas. Sin embargo, no debemos olvidar que bacteriologistas dignos de crédito, han observado infecciones generalizadas de estafilococos, de coli-bacilos y aun de gonococos.

Debemos siempre tener presente que el conducto útero-vagino-vulvar de las mujeres recién paridas, es un excelente terreno para el desarrollo de los agentes infecciosos. De aquí que, si estos llegan á invadirlo, puedan producir accidentes graves y no pocas veces mortales, si no se logra su destrucción ó esterilización por terapéutica activa, racional y, antes que todo, oportuna.

Supuesto que la mucosa del cuerpo del útero, donde se hallan los elementos de la caduca destinados á la eliminación, es á la vez el sitio de la herida placentaria, siempre provista de numerosos senos abiertos, á partir del momento en que se ha verificado el desprendimiento de la placenta, senos que ponen directamente en comunicación la cavidad uterina con el sistema venoso, claramente se comprende que por esta superficie cruenta es por donde penetra el agente infeccioso. Es decir, que la parte de la caduca inter-útero-placentaria es la región primeramente ocupada por la invasión microbiana, de donde se extiende al resto de la mucosa uterina, que en esos momentos se halla en plena actividad formatriz. En otros términos, la endometritis infecciosa es la primera manifestación de las infecciones puerperales y hacia esta mucosa transformada en foco séptico es á donde debemos dirigir toda la atención terapéutica con el objeto de destruir la pléyade de agentes morbosos, antes de su multiplicación.

Se ve por lo expuesto que es de inmensa importancia hacer el diagnóstico de la infección puerperal con toda oportunidad; es decir, lo más próximamente posible al principio de la invasión microbiana, para que por tratamiento apropiado se desembarace el útero sin pérdida de tiempo de los gérmenes nocivos que lo hayan invadido. Obrando con actividad, quizá se logre evitar la generalización de la infección, realizando la limpia absoluta de toda la cavidad uterina y la esterilización de la mucosa vaginal-vulvar, por adecuada intervención, conforme á la técnica que más adelante describiré.

Un diagnóstico exacto y en los primeros momentos de la infección es la mejor garantía á que deben aspirar las púerperas que han tenido la fatalidad de ser infectadas y afortunadamente la sintomatología que caracteriza á los puerperios infecciosos, es bien conocida de los prácticos, familiarizados con esta especialidad. Por este motivo y para no dar á esta memoria exageradas dimensiones, no mencionaré todas sus manifestaciones sintomáticas y sólo recordaré que las que más generalmente la denuncian son: los escalofríos más ó menos violentos y prolongados; la frecuencia del pulso, la elevación de la temperatura, los dolores abdominales espontáneos ó provocados por la

palpación; las modificaciones en el aspecto, olor, naturaleza y cantidad del escurrimiento loquial, anorexia, nauseas, constipación ó diarrea abundante y fétida, meteorismo, &c. Pero sí deseo insistir acerca de la importancia que realmente tiene la exploración de la cavidad uterina.

Empezaré por recordar que en los puerperios fisiológicos, la matriz se retrae lenta pero progresivamente y después de algunos días el orificio interno del cuello se cierra y sólo se lograría penetrar por él ejerciendo alguna violencia. En cambio, cuando la mucosa uterina se infecta, se relaja el anillo constrictor que forma el orificio interno y sin violencia alguna penetra el dedo á la cavidad del cuerpo, porque las fibras musculares de esta región se han relajado también. Al penetrar el dedo, encuentra la cavidad de la matriz ocupada por coágulos, por colgajos de membranas y no pocas veces por cotiledones placentarios, todo esto en estado de descomposición que impregna el dedo de un olor fétido.

La penetrabilidad anormal del útero es, pues, un signo de gran importancia para establecer un diagnóstico oportuno. Si el orificio interno se encuentra cerrado á partir del quinto día, aun cuando la mujer presente accidentes febriles, se puede aseverar que no hay infección uterina.

Este hecho clínico, que he comprobado frecuentemente en el servicio de Maternidad que tengo á mi cargo, lo he hecho observar á los alumnos que concurren á la clínica de obstetricia. También he hecho que lo ratifiquen la ilustrada Profesora Doña Concepción Fernández, Partera en Jefe del expresado plantel y mi aventajado interno Don Melchor Santos Grande, ambos muy familiarizados con la práctica obstétrica. No vacilo por lo tanto en sostener la importancia de este signo para conocer en tiempo hábil la infección de la mucosa uterina.

El dedo que ha penetrado fácilmente á la cavidad uterina, puede encontrarla ocupada únicamente por coágulos sanguíneos en estado de putrefacción; puede también tropezar con colgajos de membranas ó con algunos fragmentos de cotiledones placentarios en igual estado de descomposición, ó notar signos evidentes de infección de la mucosa.

En el primer supuesto y dada la apreciación

del buen estado del endometrio, que debe presentar un aspecto liso en casi toda su extensión y sólo algunas desigualdades y aun mayor firmeza y resistencia en la región que corresponde á la inserción de la placenta, basta para obtener un descenso rápido y permanente de la temperatura, el cerramiento del cuello y para la curación definitiva, sustraer todos los coágulos alterados y hacer una ó más inyecciones intrauterinas abundantes con un líquido antiséptico adecuado. Referiré tres hechos que vienen en apoyo de esta verdad.

#### OBSERVACIÓN PRIMERA.

T. Luna, de 28 años, múltipara, ha tenido tres partos que se verificaron espontáneamente á término, seguidos de puerperio fisiológico. Al octavo mes de su actual embarazo pierde inesperadamente líquido amniótico con motivo de un esfuerzo que hace para levantar un niño de ocho meses. Desde el día siguiente siente dolores de parto que á pesar de su intensidad y frecuencia no determinan la expulsión del feto, é ingresa por esta razón á la Maternidad el día 7 de Octubre del año antepasado, á las 10 a. m. Una hora después de su ingreso á la sala de trabajo, la examino y adquiero la certeza que se halla embarazada, que el embarazo es simple é intrauterino, que está en el octavo mes de la gestación, que el feto está aún vivo y que se presenta longitudinalmente con el polo cefálico extendido, apenas empezando á encajarse en el estrecho superior y con el diámetro occipito-mentoniano conjugándose con el diámetro oblicuo izquierdo de la pelvis. La región frontal corresponde á la eminencia iliopéctina izquierda y la región mentoniana dirigida hacia la sínfisis sacro-ílica derecha de la madre. Queda muy poco líquido amniótico y como el cuello del útero está suficientemente dilatado y el trabajo no hace avanzar la cabeza del feto por la mala presentación de éste, procedo por aplicación de forceps á terminar tan angustiosa situación, previa desocupación del recto y de la vejiga y minuciosa desinfección del canal cérvico-vagino-vulvar y de las regiones perineal y puviana. La temperatura de la paciente no obstante la prolongación del trabajo es sólo de 37,2. Esterilizados el forceps y mis manos, procedo á la introducción y colocación de las cucharas y á la articulación de éstas en lo cual no encontré dificultad alguna.

Cerciorado de haber sólo tomado la cabeza y de haber hecho de ésta una presa regular cogiéndolo por el meridiano de presa, con tracciones regulares, intermitentes y con esfuerzo muy moderado, realizo la completa extensión de la cabeza, el descenso y rotación de ésta hasta colocar la barba bajo la arcada puviana. Retiro entonces el forceps, que vuelvo nuevamente á colocar en buena dirección, y termino el desprendimiento de la cabeza y en seguida la extracción del tronco, porque la auscultación me demostró, después de practicada la rotación de la cabeza, que los latidos del corazón fetal, ya débiles al comenzar la intervención, apenas se percibían en esos momentos.

La expulsión de la placenta, que estaba adherida sobre la pared antero-lateral izquierda del segmento inferior de la matriz con su borde inferior muy inmediato al borde del orificio uterino se verificó espontáneamente; hubo una ligera hemorragia que se dominó rápidamente excitando la recontracción de las fibras musculares uterinas, por abundante inyección con solución de permanganato de potasa al cuatro mil avo y á una temperatura de 48°.

La inserción anormal de la placenta me dió la explicación de la desgarradura prematura de las membranas, de la anticipación del parto y quizá también podría haber favorecido la extensión de la cabeza por el obstáculo que opuso al descenso del occipucio. Sea ó no exacta esta interpretación, el hecho para mí importante fué que los tres primeros días del puerperio la temperatura se sostuvo entre 36,6 y 36,9; pero al cuarto día se quejó, al pasar la visita á las 10 a. m., de haber sufrido un escalofrío y malestar general en las primeras horas de esa madrugada. El termómetro marcó un ascenso á 39,8. El estado del aparato digestivo y de la glándula mamaria estaban normales, pero la exploración bimanual de la matriz, me permitió demostrar la amplia dilatación del cuello, la ocupación de la cavidad uterina por numerosos coágulos en descomposición y el aspecto liso y normal del endometrio, en toda la extensión que mi dedo pudo reconocer. Extraigo todos los coágulos, pongo una inyección intrauterina, previa desinfección de la región vulvo vaginal, con solución yodo yodurada en la proporción siguiente: agua esterilizada 5,000 gramos, yodo metálico 7.50 gramos y yoduro de potasio 12 gramos. Toda esta can-

tividad y á la temperatura de 45 centígrados, fué empleada en la inyección y se consiguió por ella la limpia completa de la cavidad uterina, la que fué en seguida canalizada con gasa yodoformada. Nuevo lavado de la cavidad vaginal y de la vulva y la colocación en ésta de unas hojas de gasa yodoformada y de algodón salicilado completaron la intervención. Se le prescribió un gramo de sulfato de quinina y cinco miligramos de sulfato de estriquina para que los tomase en dos cápsulas con dos horas de intervalo. Por alimento una taza de leche y dos cucharadas de vino de quina Larroche cada tres horas. La temperatura á las seis de esa tarde había descendido á 38° y á las diez de la mañana siguiente era de 37.5. Con segunda inyección en los mismos términos que la anterior, la temperatura descendió á la normal esa tarde: el puerperio, á partir de ese momento fué enteramente fisiológico y la mujer salió restablecida á los quince días de su alumbramiento.

#### OBSERVACIÓN SEGUNDA.

V. Contreras, de 22 años, primípara, pare espontáneamente el 19 de Octubre un feto vivo de 3,720 gramos de peso, que se presentaba en O. Y. G. A.

El 24, es decir, al quinto día, la temperatura, que había sido normal, la encuentro á 38.2 á las diez de la mañana y á 39.6 á las cinco de la tarde.

La exploración uterina me permite demostrar que el cuello es enteramente permeable; que la superficie de la cavidad uterina está lisa y sin ninguna alteración apreciable, pero que se encuentra totalmente ocupada por coágulos sanguíneos en descomposición. La Señora Fernández, que sigue siempre con solicitud la observación de todas las enfermas del servicio, al darme cuenta con el ascenso de temperatura, me hace observar la suspensión de la involución uterina que había empezado á notar desde la noche anterior y que realmente existe. Hago que la expresada Profesora practique copiosa inyección intrauterina con seis litros de solución antiséptica, hasta lograr la limpia absoluta de la cavidad uterina, previa desocupación de la vejiga y del recto y desinfección de la vulva y canal vaginal. Se deja canalizada la matriz con gasa yodoformada y se coloca un apósito de la misma gasa y algodón

salicilado que cubre toda la región vulvo-perineal. Se le administran dos cápsulas conteniendo cada una 50 centigramos de sulfato de quinina y 3 miligramos de arseniato de estriquina, con dos horas de intervalo y se ordena que tome por único alimento una taza de leche y dos cucharadas de vino de quina Larroche, cada tres horas. A las diez de la noche la temperatura ha descendido á 37.9 y en la mañana del 25 á 37. A las seis de la tarde asciende nuevamente á 38.4; se le hace por la señora Fernández nueva inyección intrauterina y como continúa la temperatura oscilando entre 37 en las mañanas y 38 á 38.5 en las tardes, se le siguen practicando dos inyecciones intrauterinas al día hasta el 31 del mismo mes, fecha en que la temperatura desciende y permanece en 36.7 y en que el cuello uterino se ha completamente cerrado.

El día 7 de Noviembre la paciente sale del hospital en estado satisfactorio.

#### OBSERVACIÓN TERCERA.

La señora A. M. de U., tiene 22 años, temperamento linfático-nervioso, constitución regular. Nada hay digno de mencionar en sus antecedentes hereditarios y personales. Menstruó á los 14 años y desde esa época continuó presentándose regularmente el escurrimiento cataminal cada veintiocho días con duración de cuatro. Se casó á los 19 años, á los dos meses se hizo embarazada y al término normal tuvo su alumbramiento que se verificó espontáneamente. A los diez y ocho meses empieza su embarazo actual y desde fines del segundo mes es molestada por vómitos constantes, rebeldes á preparaciones carbónicas, ciáticas, opiadas, bromuradas; al oxalato de cerio y á la cocaína, medicación toda prudentemente manejada por su médico de cabecera, por quien soy solicitado y con quien de común acuerdo, y en vista de los resultados negativos obtenidos por las medicaciones anteriores, la sometimos á dieta láctea exclusiva y á inhalaciones de oxígeno. A partir del octavo día de este tratamiento, los vómitos empiezan á ceder y una semana después desaparecen por completo. Esto pasa casi al finalizar el quinto mes y desde entonces la señora recupera rápidamente sus fuerzas con la regularización de las funciones de nutrición.

Espera su alumbramiento para la primera

quincena del mes de Enero de 1901 y el día 3 á las cuatro de la tarde, pierde inesperadamente gran cantidad de líquido amniótico; accidente que la alarma y me hace llamar en ausencia de su médico que se encuentra fuera de esta Capital. Noto en efecto desgarradas las membranas, pero que ha habido exageración en la relación que me hace respecto á la cantidad de líquido perdido, pues queda aún buena cantidad dentro de la cavidad uterina. No hay contracciones dolorosas; el cuello presenta su longitud, consistencia, forma y aspecto normales en relación con la época de la gestación. Rectifico el diagnóstico que había formado con anterioridad y veo que el feto continúa presentándose por el vértice, en posición occípito anterior izquierda, y que la cabeza está ya bien encajada. No estando en trabajo de parto, me limito á recomendarle permanezca en su cama procurando tener un poco levantada la pélvis para evitar que continúe perdiendo el líquido amniótico, y que desocupe el intestino por medio de una lavativa de un litro de agua destilada y 20 centigramos de permanganato de potasa.

El día 5 á las ocho de la mañana, empieza á tener contracciones uterinas dolorosas; se declara un trabajo franco de parto que termina á las dos de la tarde con la expulsión de un niño de 3,520 gramos de peso. El parto secundino se verificó espontáneamente; la placenta y las membranas estaban completas; la pérdida de sangre fué insignificante y el útero quedó retraído con regularidad fisiológica.

En los tres primeros días del puerperio, la temperatura había sido de 36.6 y 36.8; pero en la tarde del cuarto sube á 38.7 á las tres, según observación de la familia. A las ocho de la noche la encuentro intranquila, quejándose de algunas contracciones uterinas dolorosas y de dolor intenso de cabeza. La temperatura en esos momentos es de 39.6. El aparato gastrointestinal y la glándula mamaria no presentan ninguna alteración. El examen de la matriz me revela que este órgano está algo aumentado de volumen, sensible únicamente al momento de contracciones que la exploración despierta; que el cuello está ampliamente abierto y la cavidad llena de coágulos en descomposición. Hago desocupar el recto por lavativa antiséptica de 1,000 gramos de solución de permanganato de potasa al cuatromilavo y al expelerla, se

hace también la desocupación de la vejiga. Desinfecto la vulva y vagina, y con una inyección intrauterina de 5 litros de agua esterilizada á 40 centígrados de temperatura, teniendo en disolución 3 gramos de aniodol, logro la desocupación y limpia completa de la cavidad uterina.

Termino tan sencilla intervención canalizando la matriz con gasa yodoformada y colocando un apósito antiséptico en la vulva. Sulfato de quinina y de estriquina en las mismas proporciones que en las observaciones anteriores y por alimentación leche con vino de quina Larroche. A las dos de la mañana la temperatura ha descendido á 38,1; pero como se queja de insomnio y está aún bastante excitada, toma 1 gramo de bromuro de sodio y 40 centigramos de trional, que la calman y le proporcionan un sueño reparador. A las ocho de la mañana la temperatura es de 37,5; estado general satisfactorio y ha desaparecido por completo la cefalalgia que el día anterior tanto la atormentaba. Se continúan practicando dos inyecciones intrauterinas en las veinticuatro horas por espacio de cuatro días, hasta que la temperatura descienda á la normal y el cuello uterino se ha definitivamente cerrado.

Quince días después de su parto, me despido de la señora M. de U., dejándola en un estado enteramente satisfactorio.

En otros casos, el dedo que ha penetrado con facilidad á la cavidad uterina, encuentra no solamente coágulos más ó menos pútridos, sino que tropieza con restos de cotiledones placentarios ó fragmentos de membranas; ó bien se nota sobre la mucosa uterina, especialmente en la región que corresponde al lugar que ocupaba la placenta, abolladuras más ó menos marcadas, desmenuzables y que la presión del dedo logra separar de su sitio de implantación. En este supuesto, se debe tener la convicción de que la mucosa está realmente infectada.

Contra estas endometritis sépticas, empleo desde hace algunos años un procedimiento muy sencillo y que constantemente me ha dado brillantes resultados. Lo designo con el nombre de barrido uterino y lo practico de la manera siguiente: Desocupación de la vagina y del recto; colocación de la paciente en posi-

ción tocológica y desinfección esmerada de las regiones puviana, vulvar, perineal y del conducto vaginal. La anestesia general es necesaria para determinar la relajación completa de los músculos que forman la pared abdominal. Obtenida ésta, se descubre el cuello con una valva y se le toma con una pinza de Monseaux colocada en el labio que esté más resistente. Se practica inyección intrauterina abundante con solución de aniodol, de microcidina, de permanganato de potasa, ó de agua oxigenada, substancias que, á un gran poder microbicida, reúnen la ventaja de ser enteramente inofensivas para los tejidos, con que se van á poner en contacto, por medio de la sonda dilatadora de Doleri. Cuando el líquido sale enteramente limpio se retira la sonda, y con fragmentos de gasa yodoformada que se toman con pinzas de largos brazos y de ligera curvatura sobre sus bordes, se procede á frotar metódicamente, por presión dirigida de arriba á abajo, del fondo hasta el cuello de la matriz, primero toda la pared anterior, después el borde lateral derecho y luego la pared posterior, para terminar con el frotamiento del borde izquierdo. Se procura tener preparados tapones de forma cilíndrica en número suficiente, pues para hacer un buen barrido y no dejar algún punto de la mucosa uterina que no sea frotado, es necesario emplear cuando menos cuatro ó seis. Cuando se adquiere la certeza de haber hecho una limpia completa, se repite el barrido, pero esta vez humedeciendo los fragmentos de gasa con solución de cloruro de zinc al diez por ciento, con objeto de desinfectar con tan activo microbicida, toda la región invadida por las bacterias patógenas. Se hace otra inyección intrauterina con tres ó cuatro litros de solución antiséptica, se canaliza la matriz con gasa yodoformada y se coloca un apósito antiséptico formado por hojas de gasa yodoformada y de algodón salicilado, que protejan la ventana vulvar.

Con tan sencilla intervención, se logra generalmente detener la marcha invasora de la infección puerperal, siempre que sea aplicada en tiempo oportuno, pues no tarda en producir el descenso de la temperatura, en disminuir la frecuencia del pulso, y en una palabra, hacer que cedan con más ó menos rapidez, todos los accidentes que caracterizan estas infecciones.

Referiré, y lo más compendiado que me sea posible, algunas observaciones que demuestran los excelentes resultados que se obtienen por esta sencilla terapéutica, siempre que se intervenga al principiarse la infección.

#### OBSERVACIÓN CUARTA.

R. A. de P., tiene 31 años, temperamento linfático-sanguíneo, buena constitución y asegura haber disfrutado siempre de excelente salud. Refiere haber tenido tres partos á término: el primero por aplicación de forceps que practicó el ilustrado señor Profesor D. Manuel Gutiérrez el año de 1894, después de tres días de trabajo infructuoso: el niño extraído vive hasta la fecha. El segundo, parto espontáneo, en Diciembre de 1896, dió á luz por él, una niña que también vive. El tercer parto, se verificó á término en Mayo de 1898: el niño producto de esta tercera concepción, murió de bronquitis capilar á los once meses.

El 2 de Febrero de 1901, pare también espontáneamente un niño sano y robusto, de 3,760 gramos de peso, que se presenta por el vértice en posición anterior izquierda. Parto secundino natural, pero la placenta me parece incompleta al examinarla cuatro horas después del alumbramiento, momento en que fuí solicitado con motivo de una desgarradura extensa que había sufrido el perineo. Después de haber hecho la perineorrafia y amplia inyección intrauterina con solución de aniodol, pretendo examinar la cavidad uterina, pero la paciente que había vuelto de la anestesia, se opone enérgicamente á mi deseo y muy á mi pesar me veo obligado á prescindir de mi pretensión. En los primeros días del puerperio la temperatura es de 36.6 y 36.8; la involución uterina sigue su marcha fisiológica; los aparatos gastro-intestinal y urinario, así como la piel, funcionan normalmente. El cuarto día á las dos de la tarde siente escalofrío violento acompañado de contracciones uterinas dolorosas é intermitentes y la temperatura que obtengo á las cuatro y media, es de 39.6. Encuentro la matriz aumentada de volumen y algo sensible, y el cuello bastante permeable. Bajo la anestesia general, obtenida por éter, previa desocupación de la vejiga y del recto y desinfección de la región vulvo-perineal, aplico con la sonda de Doleri y con solución de aniodol, abundante inyección intrauterina. Obte-

nida así la limpia de la cavidad, hago un legrado digital, por el cual desprendo de la parte media de la pared anterior de la matriz un pequeño fragmento de cotiledón placentario y algunos colgajos de membranas, ambos bastante descompuestos. Practico un cuidadoso barrido con gasa yodoformada siguiendo la técnica que tengo descrita y cuatro horas después la temperatura empieza á descender, y al siguiente día á las nueve de la mañana, es de 37.8. Se nota algún meteorismo y constipación, que ceden á un lavado intestinal, hecho con un litro de agua esterilizada, teniendo en disolución 20 centigramos de permanganato de potasa. Se le prescribe 1 gramo de sulfato de quinina y 6 miligramos de sulfato de estriquina en dos cápsulas para tomar una luego y otra á las doce del día. Se le hacen dos inyecciones intrauterinas al día, las que se continúan por cuatro días, época en que la temperatura permanece en 36.7 y el cuello se obtura definitivamente. Al décimo día, retiro los puntos de sutura, que han realizado la cicatrización de la desgarradura perineal y á los diez y siete me despido de mi paciente, dejándola ya enteramente bien.

## OBSERVACIÓN QUINTA.

María A. Velázquez, primípara, de 16 años, temperamento linfático y constitución regular, dice haber empezado á menstruar á los 13 años y que ha disfrutado hasta la fecha de buena salud. Da á luz espontáneamente el día 18 de Diciembre del año pasado, un feto de término, vivo, de 2,750 gramos de peso, el cual se presentaba por el vértice en posición occípito-anterior izquierda. Parto secundino natural, setenta minutos después: placenta incompleta. En los tres primeros días el puerperio fué apirético; el cuarto la temperatura sube á 39.2 y el examen de la matriz demostró que el cuello está ampliamente abierto, que la cavidad contiene coágulos sanguíneos y restos placentarios descompuestos. Se practica por mi interno Señor Santos Grande un legrado digital, seguido de un barrido, según la técnica ya descrita y se continúan dos inyecciones antisépticas intrauterinas al día, con solución yodo-yodurada, hasta obtener el descenso permanente de la temperatura y el cerramiento del cuello. La marcha de la temperatura se puede ver en el cuadro respectivo que acompaño.

El día 18 de Enero se da de alta en la Maternidad, ya restablecida.

## OBSERVACIÓN SEXTA.

J. Quesadas, natural de Yucatán, primípara, de 26 años, temperamento linfático, constitución débil; dice haber empezado á menstruar á los 15 años. Pare felizmente á término el 20 de Diciembre de 1901 á las doce de la noche. Parto secundino natural y anexos completos. El puerperio fué normal los seis primeros días, pero el séptimo se observa que la temperatura sube á 39.5. La exploración de la cavidad uterina permite demostrar que ésta se encuentra llena de coágulos descompuestos y que la mucosa presenta en la región que ocupó la placenta, salidas mamelonadas fácilmente desmenuzables, que la presión del dedo separa de su punto de implantación. Se practica por la señora Fernández un barrido enérgico á toda la cavidad infectada, siguiendo exactamente la técnica que he descrito. Se le administran dos cápsulas con quinina y estriquina y dieta láctea. La marcha de la temperatura puede verse en el cuadro respectivo adjunto á este trabajo. Se le continuaron aplicando dos inyecciones intrauterinas al día, con solución yodo-yodurada, hasta conseguir que la temperatura descendiera á la normal y el cuello se obturase. A esta enferma se le aplicaron inyecciones subcutáneas con suero artificial yodado durante varios días, para sostener sus fuerzas muy agotadas; facilitar la función del riñón un poco lánguida; diluir las toxinas y favorecer la eliminación de éstas por la secreción renal. Esta enferma es dada de alta y sale de la Maternidad en estado satisfactorio el 23 de Enero.

## OBSERVACIÓN SÉPTIMA.

Angela Soriano, de 26 años, primípara, entra á la Sala de trabajo el día 29 de Diciembre de 1901, muy próxima á ser madre. Pare media hora después de su ingreso á la Maternidad, espontáneamente, un feto muerto. Expulsión natural de las secundinas: placenta y membranas completas.

Hasta el día 2 de Enero la temperatura había sido normal; la involución uterina seguía su marcha fisiológica; pero el día 3 en la mañana tiene 38 grados y en la tarde 38.5. El examen del aparato genital demuestra: que los

anexos no presentan alguna alteración; que el útero está sensible á la presión; que el cuello es permeable y que la mucosa uterina está infectada. La señora Fernández hizo un barrido enérgico, conforme á la técnica descrita. Se practicaron dos inyecciones intrauterinas con solución de yodo-yodurada hasta conseguir el descenso permanente de la temperatura á la normal y la obturación del cuello. El cuadro correspondiente señala la curva termométrica.

#### OBSERVACIÓN OCTAVA.

*Angela Soriano*, de 26 años, múltipara, ingresa á la Maternidad en trabajo avanzado de parto, el día 29 de Diciembre de 1901.—Al pretender la partera de guardia practicar la desinfección de la región vulvo-vaginal, expulsa un feto muerto y macerado, de término, de 3.000 gramos de peso. Parto secundino espontáneo y anexos completos. El puerperio apirético los cuatro primeros días, se hace febril á partir del quinto, en el cual la temperatura es á las diez de la mañana del día 3 de enero, de 38 grados. Se explora la cavidad uterina, que se encuentra llena de coágulos y con signos evidentes de infección de la mucosa. Se hace un barrido enérgico conforme á la técnica descrita y se continúan inyecciones con solución yodo-yodurada dos veces al día hasta el 15 del mencionado Enero, fecha en que la temperatura desciende á la normal y el cuello se encuentra cerrado. El día 18 sale del hospital restablecida. La curva termométrica puede verse en el respectivo cuadro.

Se ve en todas las observaciones que tengo descritas y en otras cuya historia poseo, recogidas la mayor parte por mi interno, en número de cuarenta y siete, atendidas éstas en la Casa de Maternidad, y doce en mi clientela particular, que el cuello se abre y las fibras musculares del segmento inferior de la matriz, se relajan desde el principio de la infección, y que esta se localiza luego en la caduca. De aquí la confianza que esta permeabilidad del cuello da á los parteros para establecer el diagnóstico de la infección uterina. Cuando durante el puerperio aparecen accidentes febriles y la exploración uterina que jamás debe omitirse, demuestra que el cuello está bien

cerrado, se puede inferir que no hay infección uterina puerperal y que la causa de los accidentes febriles debe existir fuera del aparato genital. Podría citar numerosos casos que demuestran esta verdad, pero me limitaré á los dos siguientes por ser muy significativos.

El día 23 de Febrero de 1900 asistí á la señora V. D. de N. Dió á luz espontáneamente un niño de término, que se presentaba por el vértice, en posición occípito-anterior derecha. Media hora después se verifica la expulsión natural de las secundinas, con placenta y membranas completas. Esta señora había tenido otro parto, también fisiológico, en 1899, en el cual había sido asistida por uno de los profesores mas honorables de nuestra Facultad. Al término de este puerperio, le vinieron metrorragias que su médico de cabecera atribuye con justicia á un padecimiento ginecológico, y me encarga de su asistencia. Curada de esta afección, viene su segundo y actual embarazo y al séptimo mes de esta gestación, padece erisipela limitada á la cara y cuello, de la que se curó sin complicaciones.

En los cinco primeros días, el puerperio es enteramente apirético, pero al sexto inesperadamente aparece un estado febril con temperatura persistente de 39.5 á 40 grados y llega el octavo día á 40.7. Como desde el primer día al explorar la matriz había encontrado el cuello reformado y bien cerrado, deseché toda presunción de infección uterina pero abrigaba temores de que hubieran quedado erisipelococos en la sangre, que con motivo del estado puerperal exaltaron su virulencia, ó bien en alguna pieza de ropa de mi enferma. Para calmar la intranquilidad de la familia, solicité la cooperación de mi ilustrado y caballeroso maestro el señor Profesor D. Manuel Domínguez, Socio Honorario de esta Academia, quien estuvo enteramente conforme con mi convicción. Crémos encontrarlos frente á una grave infección intestinal, que con satisfacción vimos ceder á un tratamiento adecuado.

Hace un año asistí un parto distósico, por presentación viciosa del feto, en la calle del Aguilita, en el que operé en compañía del ilustrado Profesor Gallegos y de la Profesora Señorita Laura Mendoza, extrayendo una niña viva de término y bien constituida. El puerperio siguió una marcha fisiológica durante los cuatro primeros días, pero al quinto apare-

ció una calentura de 39 grados que continuó ascendiendo sin remisión alguna hasta alcanzar 40.5 el octavo día. Examiné escrupulosamente la matriz y como encontré el cuello cerrado, supuse que no se trataba de infección puerperal. Me asocio para continuar la asistencia con mi tan justamente respetado Maestro el señor Profesor D. Francisco Chacón y ambos creímos que se trataba de una infección intestinal. Establecimos un tratamiento en armonía con la bacilosis que habíamos supuesto, por el cual conseguimos la curación de la paciente y se comprobó á la vez nuestro diagnóstico.

Con toda lealtad os he expuesto el método que constantemente he empleado para combatir las infecciones puerperales y habéis visto que en realidad es enteramente sencillo, supuesto que se limita á las prácticas siguientes:

1ª Si se encuentran coágulos, fétidos ó no, ocupando la cavidad del útero é impidiendo la involución normal del órgano gestador, proceder á su total extracción y á lavar ampliamente dicha cavidad con solución antiséptica apropiada.

2ª Si existen restos placentarios adheridos á la caduca uterina, realizar su completa liberación, por legrado digital antiséptico y á su extracción por la expresión vagino-abdominal, seguida de abundante inyección intrauterina con solución antiséptica, hasta adquirir la certidumbre de haber dejado completamente desocupada y bien limpia esta cavidad.

3ª Practicar un completo barrido á toda la superficie interna de la matriz, con gasa yodoformada, hasta lograr la substracción completa de toda la capa superficial de la caduca, capa necrosada y únicamente invadida—al principio de la infección uterina—en la cual encuentran condiciones enteramente apropiadas para reproducirse y aumentar su virulencia. Obtenida, por presiones más ó menos enérgicas y siempre metodizadas, la resección total de la porción de mucosa que servía de foco ó guarida á la invasión microbiana y en donde por su multiplicación y exaltación de virulencia se preparaban á invadir la economía entera, ocasionando muy graves perturbaciones y no pocas veces la muerte del organismo atacado,—se lava la cavidad uterina con abundante cantidad de solución antiséptica y se completa la desinfección por un último barrido también

hecho con gasa yodoformada, pero empapados los rollos con solución de cloruro de zinc al 10%. Cuando se practica este procedimiento sujetándose estrictamente á la técnica descrita, es evidente que se obtiene por él la completa desinfección de la superficie interna de la matriz ya transformada en foco séptico; y en tal virtud se extingue en sus principios una grave afección que amenaza seriamente la vida de las mujeres infectadas. Es en efecto, un hecho bien demostrado, que tanto el estreptococo como todos los demás micro-organismos patógenos, considerados como los verdaderos agentes productores de las infecciones puerperales, quedan generalmente fijados sobre la capa necrosada y en vía de eliminación de la caduca uterina, detrás de la cual se forma una zona granulosa de espesor variable, constituida por celdillas redondas, dotadas, á no dudarlo, de poder fagocitario; zona que protege á las capas profundas del tejido uterino y muy particularmente á los vasos linfáticos, contra la invasión microbiana. La substracción de toda esta capa superficial, únicamente invadida por las bacterias patógenas que se encuentran en plena actividad de desarrollo, y con ella la de todos los microbios invasores, producirá la esterilización de la expresada cavidad uterina.

Si la infección existe después de algunos días, ó bien, si reviste una forma grave, debido al excesivo número de gérmenes, ó á que éstos han adquirido un elevado grado de virulencia y la economía entera está invadida por tan nocivos agentes, se deberá, sin pérdida de tiempo, y por el mismo método, proceder á la desinfección de la cavidad uterina y se ayudará á la vez al organismo á luchar contra tan temible agresión, por adecuada terapéutica. La que he empleado en estos casos ha consistido; en la administración del sulfato de quinina á dosis alta, asociado á la estrienina, utilizando su acción antitérmica, antiparasitaria, tónica y oxitósica; la dieta lactea, tanto por ser esta substancia un excelente alimento, cuanto por favorecer la permeabilidad de los riñones; pues son indiscutibles las ventajas que proporciona el buen funcionamiento venal; y las inyecciones subcutáneas de grandes dosis de suero artificial ligeramente yodado, para diluir las toxinas y favorecer su eliminación.

Esta terapéutica, como habéis visto, es tan

sencilla, que se limita á hacer completamente asépticas las regiones primeramente invadidas por las bacterias generadoras de la infección puerperal, y como estas regiones suelen ser múltiples y se hallan dispersas en todo el canal genital, se impone el deber de aseptizar toda la filiadura útero-vaginal. Mas para que este tratamiento sea coronado de buen éxito, se le debe aplicar desde el momento en que se diagnostica el principio de la infección. La demostración evidente de la existencia real de la septicemia sólo la proporciona la permeabilidad completa del cuello del útero debida al relajamiento de sus fibras musculares, acompañado de manifestaciones febriles, y de alteración del escurrimiento loquial. Descubierta la infección en su principio y en su foco de origen, claro es que se le debe destruir sin pérdida de tiempo. Que esto lo realiza generalmente el método descrito, lo demuestra el resultado obtenido por él en 47 casos de infección asistidos en el año próximo pasado, en el departamento de infecciosas en el hospital de Maternidad. De ellas 46 abandonaron el servicio enteramente restablecidas y una, como ya he dicho, sucumbió. De 12 casos que en ese período atendí en mi clientela particular, todas curaron.

Es evidente que hay septicemias de marcha fulminante y en las que la zona protectora no tiene tiempo de desarrollarse y la generalización de la infección ocasiona rápidamente la muerte, sin que algún recurso terapéutico, hasta hoy conocido, proporcione alguna tregua; pero estos casos son en la actualidad bastante raros. Suelen observarse algunos ejemplos de infección de los tejidos profundos de la matriz, debido al desarrollo incompleto de la zona granulosa, que deja espacios ó lagunas desprovistos de su eficaz protección, por donde penetran las bacterias sépticas, á apoderarse de las capas profundas del órgano de la gestación que transforman en un foco séptico imposible de esterilizar. En este supuesto, la histerectomía total es de rigor, pero como las indicaciones de esta trascendental mutilación es asunto de grande interés me propongo estudiarlo y someter mis impresiones á vuestro recto criterio y á vuestra notoria ilustración.

DR. A. LÓPEZ HERMOSA.

México, Febrero 12 de 1902.

## CRONICA MEDICA.

### XIV CONGRESO DE MEDICINA.

El Dr. D. Angel Fernández Caro, Secretario del XIV Congreso de Medicina que se verificará en *Madrid*, del 23 al 30 de Abril de 1903, bajo el patronato de S. M. el Rey D. Alfonso XIII; á nombre del Comité Ejecutivo, encargó al Dr. Eduardo Licéaga la formación en México del Comité Nacional que ha de invitar para concurrir al referido Congreso. En cumplimiento de lo anterior, el Comité Nacional quedó constituido por las personas siguientes:

Dr. Eduardo Licéaga.....	2º	Presidente.
Dr. Manuel S. Soriano.....	3er.	Secretario.
Dr. Domingo Orvañanos.....	1er.	Vocal.
Dr. Ramón Icaza.....	2º	„
Dr. Demetrio Mejía.....	3er.	„
Dr. Nicolás Ramírez Arellano.....	4º	„
Dr. José Ramos.....	5º	„
Dr. Fernando Altamirano.....	6º	„
Dr. Alfonso Ruíz Erdosain.....	7º	„
Dr. Ramón Macías.....	8º	„

Además de estos señores, estaban nombrados los Dres. Manuel Carmona y Valle (que falleció) y Jesús Valenzuela, que está enfermo.

Está autorizado el Dr. Soriano como Secretario para organizar los trabajos, de acuerdo con el Comité, y bien pronto en los Estados, así como en la capital, se dará principio formando las Juntas subalternas.

### 2º CONGRESO MEDICO LATINO-AMERICANO.

El Dr. Emilio R. Coni, Presidente de la Comisión Organizadora del 2º Congreso Médico Latino-Americano, que debe reunirse en *Buenos Aires* del 3 al 10 de Abril de 1904, nombró el Comité Nacional Extranjero de México, de la manera siguiente:

Presidente.....	Dr. José Terrés.
Secretario.....	Dr. Manuel S. Soriano.
Vocal 1º.....	Dr. Eduardo Licéaga.
„ 2º.....	Dr. Jesús E. Monjarás.
„ 3º.....	Dr. Domingo Orvañanos.

Ya, en varias ocasiones, la prensa política se ha ocupado de algunos detalles relativos á la organización de los trabajos conducentes al fin que se propone la Comisión Organizadora de Buenos Aires, pero diremos que son los mismos que en los otros Congresos; la formación de Juntas subalternas en los Estados, por recomendación del Gobernador respectivo, para que los Médicos, Farmacéuticos, Veterinarios, Ingenieros, etc., que deseen concurrir, arreglen su viaje con tiempo, aprovechando las franquicias de costumbre; ó envíen al Secretario los trabajos que deseen presentar por conducto del Comité Nacional.

M. S. SORIANO.

\* \* \*

Las correspondencias deben dirigirse al Dr. Manuel S. Soriano, Apartado postal 517.—México, D. F.