La aplicación local y profiláctica de sulfamidas en la operación cesárea *

Por el Dr. EVERARDO LANDA,
académico de número.

El Sr. Dr. Silvestre Luis Sala, profesor adjunto de Clínica de Obstetricia de la Facultad de Ciencias Médicas de Buenos Aires, elaboró un folleto de ciento setenta y una páginas, con el título de "Sulfamidoterapia en la operación cesárea", que fué publicado en el año de 1943. Bajo doble aspecto: clínico y experimental, debe verse como estudio interesante, completo, orientador y apoyado en extensa bibliografía. Aprovecho para mi trabajo la novena de sus conclusiones, que es como sigue: "La actividad de la S.T. se muestra tanto mayor cuanto más precoz es la aplicación de la droga; por lo mismo la S.T. intraperitoneal profiláctica es más eficaz que la curativa y ésta tanto menos cuanto más tardía. En la operación cesárea, la terapéutica es y debe ser profiláctica por esencia, porque ninguna expone como aquélla durante un acto quirúrgico a la contaminación de una cavidad aséptica por las cavidades infectadas. En tal caso ella se beneficia, a más de la precocidad con que se instituye, porque: 1) procede en terreno sano, lo cual garantiza: a) la más regular absorción de la droga; b) el máximo aprovechamiento de las defensas naturales que ocurren en ayuda de la S.T; y c) la posibilidad de usar dosis discretas de medicamento; y 2) protege la cicatrización de la herida uterina y por consiguiente contra una agresión tardía del peritoneo".

Esta conclusión determina específicamente el valor que se puede conceder al empleo de sulfamidas en los casos llamados "impuros" con respecto a la cesárea abdominal. Pero es preciso entender que el cirujano cometería grave error si se confiara en la exclusiva aplicación de substancias dotadas del poder bacteriostático que se les conoce a las sulfamidas: debe, al contrario, emplear todo recurso que pueda prevenir, como **desiderátum**, la infección del peritoneo. Veremos, sin embargo, que el temor jus-

* Trabajo reglamentario de turno, leído en la sesión del 9 de mayo de 1945.

tificado del cirujano disminuye, pues día por día se multiplican hechos harto elocuentes sobre el empleo preventivo de las sulfamidas, con los resultados más alentadores. Quiere decir: que evitaremos histerectomías innecesarias, así como canalizaciones más o menos complicadas. El Dr. Sala dice que "es útil la colocación de sondas hasta el foco operatorio para continuar la S.T. intraperitoneal; y en cuanto a la canalización, esta terapéutica no debe hacer olvidar el concepto quirúrgico imperante al respecto". Desde este momento diré que tal precaución, si es capaz de llenar indicaciones formales, me parece excepcional.

Si atendemos a antigua experiencia mexicana por lo que atañe a casos infectados, o a los simplemente sospechosos, que llaman "impuros", recordaremos que tras operaciones ejecutadas en condiciones sépticas, se ha planteado la necesidad de la **histerectomía preventiva**. Mutilaciones he presenciado en casos semejantes a los que ahora se tratan con aplicación local de sulfamidas; y esta aplicación, naturalmente, significa progreso; si bien en ciertos casos tal vez hubo precipitación, mucho temor o celo en las precauciones. Excusado sería declarar que la Medicina, más señaladamente que otras ciencias, levanta su pedestal sobre no pocos errores de trascendencia.

Ya se decida que no hay infección, que ésta amenace o llegue a ser inminente, o con evidencia clínica se haya revelado, agrúpanse las parturientes destinadas a la histerotomía cesárea en categorías diversas. En su trabajo de ingreso a la Academia, lo mismo que en la "Revista de Medicina y Cirugía", de Monterrey, Rábago se ocupa en ello; y Winter, director de la Clínica Ginecológica de la capital prusiana de Königsberg, en su folleto "Las indicaciones de la cesárea abdominal", traducido al español y publicado en esta lengua, en 1940, forma con las cesáreas tres grupos: **cesáreas tardías**, en las cuales se establece la indicación sólo "en el momento en que se presenta algún riesgo para la madre o el feto, aun cuando se llegue al convencimiento de que se puede aguardar con seguridad una terminación espontánea u operatoria del parto por vía vaginal"; y **cesáreas precoces**, en donde "con anterioridad al momento del parto, debe llenarse (la indicación, se entiende) durante el curso del mismo y en el momento en que la

operación puede practicarse con resultado favorable; sentido bajo el cual ha empleado y recomendado Martius la expresión de **indicación profiláctica**".

La indicación se establece generalmente después de la prueba del trabajo; y se agrava el pronóstico, dice Winter, porque el peligro radica en "la infección del peritoneo al abrir la cavidad uterina". Así, pues, el temor de infección aumenta en proporción con la tardanza del acto operatorio. Y en este sentido, Winter agrupa del modo siguiente: 1o. **Casos puros** (probablemente no infectados); 2o. **Casos impuros** (sospechosos de infección); 3o. **Casos infectados**; y 4o. **Casos de operación vaginal fracasada**. Se comprende que en esta última circunstancia puede haberse declarado un estado séptico, en donde la calentura, la taquicardia, la sed, la expulsión de meconio, y aun la fisiometría y la fetidez, revelan exaltada virulencia de peligrosos gérmenes.

Casi siempre se opera bajo temores de infección, porque se ejecuta la cesárea tardía, ya en virtud de que la enferma aplazó su ingreso en la maternidad, ya porque fué sometida a la prueba del trabajo. Estamos, en consecuencia, ante la indicación operatoria del "caso impuro". Tocante a la realidad clínica, sin embargo, no se concibe el **caso puro**, cuando menos según la connotación precisa del vocablo. Hay aquí dos términos correlativos: **impuro** y **puro**; mas conviene darse a entender, supuesto que la Ciencia, como se ha dicho, "debe ser un idioma bien hecho". Pero el idioma presume de ser mucho más exacto que la clínica, dado que en clínica la precisión de límites no existe; y si lo puro es aquello que está "libre y exento de toda mezcla de otra cosa", lo impuro es aquello "que no es puro". Y entonces nos quedamos perplejos: porque lo interesante para nosotros en estos menesteres de cirugía es el **germen infectivo**. Y bien: el germen infectivo surge dondequiera; y aun es cierto que en huevos no abiertos se encuentra en el líquido amniótico, el que horas después del comienzo del parto ya puede contener gérmenes, según lo prueban algunos cultivos logrados por diversos experimentadores.

El "caso impuro" se define, básicamente, por el fenómeno de la **ruptura temprana** ("precoz" es la palabra usada) de las membranas. En nuestros hospitales se ve con frecuencia el hecho, di-

ciéndose entonces que se presenta un caso de "fuente rota". Y en época no lejana, en el Hospital General, las mujeres con tal accidente ingresaban, por temor a que llevaran infección, al Servicio de Fiebre Puerperal. Por tanto, el caso impuro, sospechoso, es **caso infectivo**, respecto del cual debe el cirujano proceder con las mayores precauciones. Mas no se olvide que la infección endógena puede provenir también de cervicitis ignorada o conocida; y la cervicitis (denominándola así en general, sin especificar) es frecuente en México; y entonces, aunque el huevo conserve su integridad, los gérmenes ya constituyen foco de contaminación, pudiendo prosperar más fácilmente, favorecidos por el traumatismo operatorio.

Tendremos que aceptar, por lo dicho, que es muy frecuente operar con cavidad infectada a la vista, es decir, cavidad que se comunica con el peritoneo cuando se ejecuta la incisión del útero. De modo que el **caso puro**, y con mayor razón el **caso ideal**, constituyen la utopía más evidente en el sentir del tocólogo, y que el **desiderátum** de la cesárea aséptica no se alcanza como quiera. Mucho más todavía, en nuestro medio maternológico y con servicios prenatales deficientes, mientras no se concluyan las obras de mejoramiento ya comenzadas, el tocólogo tiene en repetidas ocasiones que operar de urgencia, y a las veces aun desconociendo las intimidades clínicas de la enferma distócica.

Daré a saber ahora los resultados, en conjunto, que se obtuvieron en **veintiocho** operaciones cesáreas que desde el año de 1941 se han ejecutado en la Maternidad de la Fundación Tagle, establecida en la casa No. 74 de la Av. del Brasil. La atención médica está a cargo de los señores Dres. Alfonso Díaz Infante y José Guevara, y del autor de estas líneas como director de ese centro de asistencia privada. Generalmente operamos dos de los mencionados, y en ocasiones los tres en compañía. De las tres variedades de la cesárea que se conocen: la segmentaria propiamente dicha, la segmentocervical y la segmentocorpórea, es la última la que de ordinario practicamos. Cuando el S. I. no está bien distendido, suele prolongarse o como algunos dicen, "correrse", la incisión del segmento hacia el cuerpo en el momento de extraer la cabeza del feto. En virtud de este incidente es preferible cor-

tar en el cuerpo, si el espacio segmentario no da lo suficiente. Operamos siempre bajo analgesia raquídea, y no hemos sufrido accidente alguno de los que a esta analgesia se atribuyen; pero en casos de necesidad, cuando hay molesta excitación en la enferma, propinamos, a guisa de complemento, un poco de balsoformo.

Todos los casos en que me ocupó fueron de **cesárea tardía**; debiéndose tal circunstancia: 1o.—A que las parturientes ingresaron con hidrorrea amniótica, y en ocasiones después de muchas horas de abierto el huevo; 2o.—Otras veces a tardanza involuntaria en la ejecución del acto operatorio; y 3o.—A que en casos dudosos decidimos comenzar por la prueba del trabajo. Naturalmente que en este último caso, se habían agotado los recursos de la timofisina, la estricnina, la quinina y el calcio, el sedol, el baño, la faja eutócica, etc.

Respecto a factores distócicos, aquellos que se presentaron con mayor frecuencia, fueron los siguientes: estrechez pelviana (asimétrica, **juxta minor**, tipo infundibuliforme, y casi siempre pelvis límite); rigidez anatómica (las más veces edematosa) y dilatación estacionada del cuello: **distocia cervical**; y placenta previa con hemorragias graves.

No es fácil presentar historias clínicas pormenorizadas, ya que el trabajo resultaría desmedido; y por lo mismo, me reduzco a sólo enumerar en subsecuente resumen: las causas de distocia, las condiciones preoperatorias, los accidentes posteriores a la operación, el carácter de la evolución en el puerperio. Excusado es anunciar que los dichos factores distócicos suelen combinarse y sucederse, resultando verdaderos síndromes de distocia, peculiares y graves.

Estrechez de la pelvis.	16 casos
Placenta previa	6 ..
Distocia cervical.	9 ..
Eclampsia.	1 ..
Exceso de volumen del feto.	2 ..
Discinesias	5 ..
Retracción del útero.	2 ..
Huevo abierto o "fuente rota"	23 ..

Huevo íntegro	5 casos
Maniobras vaginales fracasadas.	2 "
Defunción de la madre (colapso cardíaco).	1 "
Niños vivos	22 "
Niños muertos.	6 "
Evolución normal en que no hubo aplicación de Sulf.	2 "
Evolución postoperatoria normal, en que hubo empleo de sulfamida por vía hipodérmica, y por la digestiva en el puerperio.	7 "
Evolución postoperatoria normal con empleo local de sulfamida, y por vía digestiva en el puerperio.	11 "
Evolución subfebril en que se empleó sulfamida únicamente por vía digestiva durante el puerperio.	2 "
Evolución subfebril con empleo local de sulfamida, y por la vía digestiva en el puerperio.	3 "
Evolución febril en que se empleó sulfamida localmente y por vía digestiva en el puerperio	3 "
Supuración del tejido célulograsoso subcutáneo...	6 "
Supuración del parametrio.	1 "
Flegmatia alba dolens (doble).	1 "
Reacción peritoneal ligera.	1 "
Dilatación aguda del estómago.	1 "
Neumonía.	1 "
Eventración postoperatoria.	1 "

Someras explicaciones, como complemento, vienen a continuación. La estrechez pelviana fué tan sólo en dos casos infranqueable, pues en México predomina la **pelvis límite**, tributaria frecuente de la sinfisiotomía; pero los casos del resumen anterior se resolvieron en el campo cesáreo, en virtud, sobre todo, de la distocia concomitante del cuello. Ante la placenta previa, así se conserve la integridad de las membranas, las condiciones son infectivas, es decir, que se trata de casos impuros. La distocia cervical por rigidez anatómica, el estacionamiento de la dilatación del orificio uterino, y la ausencia de borradura, son, por lo que hemos visto, de las condiciones más graves en la distocia operatoria. Suele complicarse la situación, verdaderamente crítica, con discinesias; y si ocurre hipodinamia y aun atonía del útero, se detiene el trabajo. Algunos dicen entonces: "se paró el parto". En tales casos desesperantes es cuando el vulgo acostumbra decir: "le dejaron

pasar el parto"; lo cual es una grave inculpación para el médico o la partera; y si de veras se perdió la oportunidad clínica, en estas circunstancias desventuradas y trágicas, el vulgo no carece de sentido común. La ruptura más peligrosa de las membranas es la que ocurre antes del parto o en el inicio contráctil del trabajo; si el útero se vacía, sobreviene la retracción; y en estos casos, llamados de "huevo abierto", es cuando tiene entrada la infección amniótica. En nuestras enfermas el huevo duró abierto desde unas ocho o diez horas hasta **algo más de tres días**. Aun se operó en condiciones muy desfavorables, con líquido amniótico mezclado con meconio, fetidez del producto vaginal, y en una parturiente hasta fisiometría. Es de advertirse que la mujer tuvo temperatura normal durante el puerperio. En un caso raro el feto muerto hacía pocas horas estaba **rígido**. Los dos casos de exceso de volumen del feto eran, uno de ellos, de un producto vivo de 4,200 gramos, que falleció después con síntomas de hemorragia intracranéana, y el otro, de hidrocéfalo con 53 centímetros de circunferencia cefálica y que vivió como seis meses. No se presentó, por lo que se ve, caso alguno de peritonitis, pues en el de supuración del parametrio no ocurrieron los habituales fenómenos de la invasión del peritoneo pelviano. Probablemente se formaron prontas adherencias de aislamiento, y el absceso (pequeño) fué operado al través de la pared abdominal, en la fosa ilíaca derecha. La enferma que falleció acusaba reacción peritoneal ligera, se le practicó una colpotomía preventiva, y sufrió de colapso mortal del corazón al quinto día de operada. La neumonía observada en una de las mujeres, no creo se pueda atribuir a infección puerperal, porque se inició ocho días después de la cesárea, los cuales transcurrieron sin fiebre. Eso sí, por los 40 grados de calentura, la cianosis, la disnea y la mala facies, la calificamos de amenazadora; pero por fortuna fué prodigiosamente dominada en cuarenta y ocho horas con penicilina. La evéntación incluida en el resumen acaeció en mujer añosa (40 de edad), que había sufrido una laparotomía por padecimiento ginecológico, y que por su ataque de traqueítis con tos frecuente y de mucha intensidad, que la obligaba a casi sentarse, al quinto día de que se le practicó la cesárea resultó con asas de intestino bajo el apósito. Fué cuidadosamente

suturada; en ambas ocasiones se le aplicó sulfamida; y la evolución se efectuó con fiebre de poca importancia. Propiamente no se trata de **veintiocho mujeres**, sino de **veintiséis** únicamente, por razón de que dos de ellas habían sido operadas en la misma maternidad, para desembarazamiento cesáreo. En ambas encontramos adherencias en la superficie anterior del útero con el peritoneo parietal y el epiplón mayor. Las especiales condiciones de una de estas mujeres nos decidieron a practicar la ligadura de las trompas. Creemos, por último, que en las enfermas que sufrieron calentura, ésta se debió a vulgares infecciones puerperales, y seguramente del endometrio, si tenemos en cuenta la fetidez de los loquios; y con excepción de la enferma con flebitis, la fiebre osciló en derredor de 38 grados, y tan sólo por dos o tres días. Pero hay que advertir que en el caso de **flegmatia alba dolens**, la cicatrización de la herida abdominal fué por primera intención, y en los primeros ocho días no hubo fiebre; de manera que dicha flebitis se presentó inopinadamente. La fusión del tejido célulograsoso subcutáneo tuvo importancia, por su intensidad, únicamente en dos casos.

La substancia que a guisa de preventivo hemos empleado, es el **para-amino-benceno-sulfamida-tiazol**, aceptada por muchos cirujanos en operaciones abdominales. Se deposita polvo fino en la cavidad uterina, a pesar de que es sabido que la sangre lo arrastrará más o menos pronto; se aplica después sobre la herida uterina ya suturada, procurando extenderlo en amplia superficie, con el propósito de que no se acumule en ningún punto; y el resto del polvo se distribuye hasta agotarlo en la grasa subcutánea. La cantidad empleada ha sido entre cinco y siete gramos, y no se reanuda la sulfamidoterapia sino a partir del segundo día, con pastillas del mismo sulfatiazol o de sulfamidil, pues se sabe que al cabo de veinticuatro horas casi ha desaparecido la concentración sanguínea que se logra con la aplicación en el acto operatorio. La diaria cantidad suministrada por unos cinco o seis días es de 3 gramos en dosis de cincuenta centigramos; y nada por desgracia puedo decir sobre dosificaciones en la sangre, porque la Maternidad carece de los elementos necesarios para dirigir el empleo de la sulfamida, o para trabajos de experimentación. Sola-

mente nos guía la clínica, y nos presta apoyo la experiencia alcanzada por muchos observadores; mas no hemos presenciado hasta hoy ningún fenómeno de envenenamiento sulfamídico; salvo que a la droga pueda atribuirse la enterorragia sufrida por una de las pacientes el primer día que ingirió comida. La hemorragia fué alta, a juzgar por su aspecto de melena.

Dice el tocólogo bonaerense Pérez que la cesárea transperitoneal debe practicarse en casos clínicamente "puros" (huevo íntegro, ausencia de todo signo general o local de infección, sin exploraciones vaginales o con exploraciones estrictamente asépticas) o en casos sospechosos (huevo abierto durante un tiempo variable, ausencia de todo signo general o local de infección, sin exploraciones internas o con exploraciones estrictamente asépticas y maniobras intrauterinas realizadas en iguales condiciones); pero **nunca en huevos infectados** (abiertos durante un tiempo variable, fiebre oscilando alrededor de 38 grados, exploraciones vaginales sospechosas o maniobras obstétricas ejecutadas en las mismas condiciones), ni reconocidamente sépticos (huevo abierto por tiempo variable, calentura, calosfrío, taquicardia, estado general afectado, líquido amniótico fétido o fisiometría). Según este criterio, tal vez nos expongamos a censura y se nos tilde de imprudentes o atrevidos, ya que la gran mayoría de nuestra serie de 28 operaciones corresponde a mujeres en los linderos de la infección febril, y que probablemente transpasaban la barrera de lo "sospechoso". Mas si a pesar de ello, los resultados son en nuestro sentir alentadores, es de creerse en la **bondad que como preventivos tienen las sulfamidas en aplicación local**. Ofrecemos estos casos únicamente como observaciones de carácter clínico.

La cesárea baja fué ideada precisamente para armarse contra la infección, no obstante que, se afirma, predispone a infecciones venosas, en época en que la corpórea aparecía como causa frecuente de muerte por peritonitis; y como, según antes se manifestó, la más común variedad de operación cesárea que se practica en diversos hospitales, es la **tardía**, será necesario no sólo dar preferencia a la cesárea baja, sino también emplear los recursos profilácticos de que por fortuna estamos en la actualidad provistos. Aquí recordaré que una de las enfermas operada por segunda vez

llegó a la mesa de operaciones con "fuente rota"; se le encontraron adherencias peritoneales que convino destruir; y cuando se le suturaba la pared addominal, en forma inesperada, bajo anestesia general y complementaria con balsoformo, y a consecuencia de vómitos intempestivos, sufrió escape de una regular porción del epilón mayor y hasta de intestino delgado. Se remedió el accidente con prontitud; y el primer día alcanzó 39 grados axilares; pero entonces se resolvió aplicarle 200,000 unidades de penicilina; y por fortuna, cumplido el quinto día, la calentura había desaparecido, y la cicatrización se logró por primera intención.

Tendrá el tocólogo, por tanto, que precaverse en dos formas principales, en adelante: 1a. Con el uso profiláctico de sulfamidas y penicilina; y 2o. Merced a las técnicas algo laboriosas y de verdadera paciencia, llamadas **de arteificio**, con el objeto de aislar perfectamente bien la zona operatoria. Tal cual vez será preciso llegar a la histerectomía; pero ya se conocen operaciones logradas sin la mutilación, aun en casos de ruptura del órgano, siempre que la herida se presente a favorable y fácil sutura, y se recurra a la sulfamidoterapia.

La infección peritoneal en la cesárea tiene por fuente principal la cavidad uterina; y por serios estudios experimentales se sabe que los gérmenes infectivos ya pululan seis horas después de rotas las membranas, en dicha cavidad; que las exploraciones vaginales favorecen la contaminación; pero que ni el contenido en gérmenes ni la fiebre provocada por los del líquido amniótico, según dice Winter, "implican necesariamente, durante el puerperio, la producción de infecciones locales o generales, sino que, en gran número de casos, se realiza la curación afebril, a pesar de una indudable invasión bacteriana". De cualquier modo, el pronóstico es dudoso, "reservado", como suele decirse, o desfavorable; de donde el conveniente empleo de recursos que modifiquen las condiciones sépticas. Tenemos, es cierto, productos novísimos que garantizan el acto quirúrgico; pero ni las sulfamidas ni la penicilina deben ser de aplicación universal y sistemática, ni por otra parte son drogas exentas de fracaso y de contraindicaciones. Probable es que valgan más como profilácticos, y que en este sentido no haya substancia que por el momento las supere. Por eso dice Juan León, de Buenos Aires: "en

síntesis . . . hoy por hoy damos la preferencia a la cesárea segmentaria con incisión arciforme —transperitoneal en los casos puros, extraperitoneal por artificio en los impuros— siempre con el agregado de la sulfamidoterapia”.

No es de esperar que este trabajo venga a cubierto de objeciones (las cuales, en realidad, podrán ilustrar el criterio); mas si no demostrare cuanto nos propusimos, quizás por ir más allá de lo que es posible aprovechar con la aplicación profiláctica de sulfamidas en la operación cesárea, estimaremos se vea, tan siquiera, que entraña una serie de **simples observaciones clínicas** de alguna significación, y nunca la síntesis de una experiencia concluyente. Recordando a Claudio Bernard diremos: que la observación es un hecho aislado, mientras la experiencia es síntesis definida. Y a Richet en las siguientes palabras: “La observación es siempre rápida, fugaz, y se omiten en ella importantes pormenores. Aun admitiendo la buena fe completa del narrador, muchos hechos quedan desnaturalizados, amplificados, transformados por defecto de memoria, por exceso de imaginación y sin asomo del estricto culto a la verdad que caracteriza al espíritu del sabio”. Pero el trabajo del Dr. Sala, mencionado al principio, sirve de justo apoyo en clínica, pues se elaboró con tan buen proceso, que llevándolo en cuenta el clínico, no se hace más que repetir las observaciones de este tocólogo, sujetándose prudentemente a los fenómenos de emergencia en la práctica del día.

Así creemos venir realizando progreso aun en pequeños centros quirúrgicos; y mejorando el pronóstico de la cesárea, no obstante que, según afirma Juan León, haya quienes vaticinan el ocaso de dicha operación abdominal. No se concibe entonces, salvo que nos traslademos de nuevo al campo de la cesárea clásica y sistemática, de qué manera podríamos desembarazar a mujeres incapaces de parir por las vías normales, hace ya mucho tiempo abandonadas para fines del alumbramiento operatorio. Pero sí es fácil sentar un dilema: o las defensas del organismo son tan efectivas y poderosas, que bastan las precauciones comunes de la cesárea, particularmente la vestidura bien lograda de la incisión uterina con los colgajos del peritoneo que de propósito se despegan, siendo en tal caso innecesarias las sulfamidas; o estas substan-

cias son tan útiles, que ya abren el mejor camino para reducir al mínimo o prevenir por completo la invasión infectiva del peritoneo.

Los casos de que se habla en este trabajo, más otros muchos que diariamente observamos, demuestran que aun en circunstancias limítrofes con la infección, el cirujano moderno cierra con entera confianza la cavidad peritoneal, y recurre, salvo excepciones, a la aplicación local de sulfamidas. Por otra parte, debe sentarse, en mi concepto, una conclusión: que en la operación cesárea, sin olvidar contraindicaciones ciertas, se debe aplicar localmente la droga sulfamídica, porque hasta en los llamados casos puros, como antes se dijo, la sola apertura de la cavidad uterina es motivo enteramente justificado para proteger más a las operadas.

El **desiderátum** consiste en evitar peritonitis; y bajo este sentir, valorando los hechos a que el trabajo se contrae, no hubo tal peritonitis; mas si quedaron registrados algunos casos de infección, no fueron sino manifestaciones comunes de la **infección puerperal** de todos los días y de todas las circunstancias, como suele ocurrir en servicios hospitalarios de maternidad. Casi siempre se trata de la endometritis puerperal, tan frecuente en la práctica. Y no siempre, en consecuencia, triunfaremos ante el caso ideal o puro: al contrario, nuestra lucha se acrecienta contra la **impureza habitual**.