

A partir de este punto, las ideas de los médicos llevaban ya rumbo fijo, y fundados sus trabajos en la investigacion anatómica, tendian á la localizacion de los afectos puerperales. La doctrina de Bichat, ampliada luego por sus sucesores, dió lugar á que se formulara de otra suerte la génesis de los afectos puerperales, haciéndolos depender de la inflamacion, solamente que esta no se suponía iniciada siempre en el mismo punto; para unos, siguiendo una opinion antigua, pues se remonta á la época de Felix Plater (1537), la referian á la matriz, siendo de esta opinion los autores de principios de nuestro siglo. Más adelante Chosier y Andral en Francia, al propio tiempo que Clarke y Wilson en Inglaterra, modificaban la teoría admitiendo con más frecuencia que la metritis la flebitis uterina; doctrina á su vez ampliada por Cruveilhier, al unir á la flebitis la angiopleucitis uterina como patogenia del puerperio. Finalmente, junto con estas se profesaba por algunos la doctrina de la peritonitis, escudada con la autoridad de Wil. Hunter, quien referia á la inflamacion del peritoneo, no solo los casos evidentes en que la autopsia acusaba la alteracion de esta serosa, sino tambien las lesiones más ó menos manifiestas de otros órganos. Todas estas opiniones hánse profesado como exclusivas, es decir, que la localizacion en un órgano determinado excluía para muchos toda otra génesis, lo cual está en contradiccion con los resultados de la observacion cotidiana.

Sobre estas opiniones ha venido á dominar la de la *fiebre puerperal*, es decir, la admision de un estado patológico esencial, sin lesion anatómica primitiva, por el cual se explican todas las perturbaciones y afecciones del puerperio patológico. La doctrina de una fiebre característica del puerperio es ya antigua, pues Sydenham, Astruc, Smellie, aunque admitiendo la supresion de los loquios como causa inicial de la enfermedad, sustentaban que aquella supresion desarrollaba una calentura especial, aunque asimilable á las que llamaban fiebres pútridas. Más adelante ganó gran terreno con el predominio de las doctrinas vitalistas, y puede decirse que se sobrepuso á todas, y fué la más generalmente admitida hasta 1858, en cuya época tuvo lugar la famosa discusion de la Academia de Medicina de Paris, uno de los más grandiosos trabajos hechos en nuestros tiempos para aclarar un punto científico. Variadas y enérgicamente defendidas fueron las opiniones que se emitieron en aquella asamblea, pero el resultado fué fatal para la doctrina de la especificidad y esencialidad

de la fiebre puerperal, sin embargo de haber tenido padrinos tan ilustrados y competentes como P. Dubois, Danyau y Depaul. La mayoría de los profesores se han inclinado desde entonces á admitir la diversidad de causas productoras de los afectos puerperales, bien que referibles casi siempre á la inflamacion, y por lo tanto con caracteres anatómicos perfectamente reconocibles; la calentura existe tambien, pero sin tener nada de especial, es uno de los síntomas del estado patológico de un determinado órgano. Más adelante juzgaremos esta opinion, que aun tiene hoy dia calurosos partidarios.

Ultimamente, de la discusion ya citada, en la Academia de Medicina de París brotó una idea nueva, la doctrina llamada del *traumatismo puerperal*. Compárase la mujer parida á un sujeto á quien se ha practicado una gran operacion quirúrgica, y el estado del útero á la herida producida por una amputacion; en este estado se concibe perfectamente que una tras otra se presenten la calentura traumática, la flebitis, la infeccion purulenta, en una palabra, todo el cortejo de alteraciones consecutivas á los grandes traumatismos. Más aun, se ha supuesto que la calentura traumática en mayor ó menor grado existe siempre, reconociendo como tal la conocida generalmente con el nombre de fiebre láctea, que no pasa de ser una calentura efémera en los casos ordinarios, pero toma las formas de una alteracion grave, cuando se tuerce el curso regular de su regresion en la herida del útero.

Más recientemente aun, Hervieux ha emitido la doctrina del envenenamiento puerperal, suponiendo que de los productos excretados durante el parto y puerperio se desprende una especie de miasma, que es el que por su absorcion determina todos los trastornos que constituyen las enfermedades puerperales de cualquier órden que sean, aunque investidas de un carácter comun.

Este es, trazado á grandes rasgos, el boceto histórico de las opiniones formuladas sobre la patologia puerperal. De esta diversidad de ideas han venido surgiendo opiniones particulares, pero como se ha caminado modernamente sobre el terreno firme de la experimentacion y de la observacion, le ha sucedido á esta rama de la medicina lo que á las demás compañeras, que las opiniones formuladas son más positivas. Y no se crea que esta discusion sobre un punto que algunos consideran como abstracto de la naturaleza de la enfermedad, sea un estudio didáctico ó de gabinete sin aplicaciones positivas á la práctica, no; porque la natura-

leza de las enfermedades que aquí nos ocupan, determina su diagnóstico y patogenia; el conocimiento de aquel es necesario para tratar la dolencia y curarla, el de esta para prevenirla, y esto es esencialmente práctico. Por esto no titubeamos en destinar una parte de nuestro trabajo al juicio, siquier sea rápido, de las expuestas doctrinas.

La opinion antigua que refiere á la supresion de los loquios la génesis de todas las enfermedades puerperales, lo mismo que la de las metástasis lácteas, son ya doctrinas juzgadas. Hoy no pueden sostenerse en sério ni la una ni la otra, y únicamente quien desconozca por completo la anatomía patológica podrá entusiasmarse por aquellas gratuitas explicaciones. Lo cierto es que, no solamente no es la supresion de los loquios una causa de afecto puerperal, sino que tampoco es un hecho que acompañe constantemente á esos estados morbosos; altérase el flujo que se desprende de la matriz en algunas ocasiones, en otras disminuye en cantidad hasta llegar á ser casi nulo, en otras aumenta, pero casi siempre sufre estas modificaciones sin relacion necesaria con la alteracion anatómica que caracteriza la enfermedad. Una cosa parecida podriamos decir de las metástasis lácteas, hecho que debe negarse en principio, hipótesis que hizo fortuna por la facilidad con que explicaba hechos al parecer incomprendibles, pero que está formalmente negada por todas las observaciones anatómicas, fisiológicas y patológicas que pueden reunirse.

Tras de ellas empero viene la doctrina de la localizacion, y aquí ya encontramos hechos positivos, verdaderos datos de observacion directa, y por lo tanto innegables. La anatomía patológica ha descubierto en determinados órganos afectados á las funciones que completan el parto, lesiones profundas constantes dentro un determinado grupo, y á las que correspondian perfectamente los sintomas que describieron la dolencia durante la vida; la relacion entre estos dos hechos, funcion patológica y lesion anatómica, no cabia negarla, y dentro los verdaderos principios de fisiología patológica, debia admitirse la lesion como causa de la funcion. Este raciocinio conducia directamente á admitir la localizacion de la causa morbosa, y esto es una verdad; en lo que empero no estuvieron exactos al principio los partidarios de esta idea, fué en no querer admitir mas que una localizacion para todos los casos, admitiendo unos la *metritis* como causa única, otros la *peritonitis* ó la *flebitis*, á las que suponian una verdadera espe-

*cificidad*. Esto es lo que no puede admitirse. La localización es un hecho indiscutible; y la localización anterior á las manifestaciones exteriores, no el determinismo que suponen los esencialistas, puesto que la lesión, representación viva de aquella, es casi siempre una perturbación en el orden fisiológico de los fenómenos que constituyeron la gestación y el parto; pero al lado de la localización la pluralidad de manifestaciones morbosas. Lo admisible hoy día, lo científico en el terreno de la fisiología patológica, es pues la localización en diversos órganos más ó menos directamente afectos á las funciones de generación, capaces de alterarse, conforme hemos dicho en las generalidades, por procesos incluidos dentro una determinada clase; los procesos flogísticos ó los sépticos.

La antítesis de esta doctrina, es la de la *fiebre puerperal*. Los que la defienden hánse llamado esencialistas, por pretender que la enfermedad se refiere á una dolencia esencial, y por lo tanto sin lesión anatómica que explique los síntomas que visiblemente determinan el género de la enfermedad, admitiendo que cuando se encuentran lesiones en las autopsias, deben considerarse como efectos de la perturbación general, ó tal vez como alteraciones anátomo-funcionales referibles á los mismos fenómenos del parto, modificados en su curso por la aparición de la fiebre. Los principales fundamentos de la opinión citada, son: 1.º Que en muchas mujeres fallecidas con todo el síndrome de la llamada calentura puerperal, no se encuentra lesión alguna apreciable por más que se examinen sus vísceras. 2.º Que lo que existe es una alteración de la sangre del orden de las que caracterizan, según los esencialistas, las calenturas tifoideas, y que por lo tanto es como estas pirexia. 3.º La identidad de síntomas entre las diferentes lesiones localizadas que admiten los partidarios de la localización. 4.º La naturaleza específica y desconocida de la causa productora de estas enfermedades. La *primera* de estas razones es simplemente una cosa que no se puede probar. Hasta ahora todos los que han practicado autopsias han encontrado lesión, pero no siempre en el peritoneo, ha de buscarse sí en la matriz, en las venas uterinas, y tal vez tenga que remontarse hasta la vena cava ó el mismo endocardio derecho para encontrar la lesión anatómica que de una manera gráfica y absoluta demuestra el origen de la afección. Podrá ser, pues, cuestión experimental, y en esta parte no es dudoso que los hechos darán la razón á los organicistas, porque como dice muy bien el doctor

Rull (1), fiebre puerperal sin sello anatómico, todavía no la ha encontrado. Atribúyese á la putrefaccion cadavérica un gran número de lesiones anatómicas que se encuentran en las autopsias, mas este error solo puede cometerlo el que no conoce bien la anatomía patológica. La *segunda* prueba del razonamiento de los esencialistas, con ser realmente una verdad, no tiende á robustecer aquellas ideas. Es un hecho que la sangre está alterada, sobre todo al fin de la enfermedad, pero no de una manera desconocida, ontológica ó específica, sino por un proceso muy conocido, cual es la absorción de elementos procedentes de la supuración ó de la descomposición orgánica, es decir, que hay pyohemia ó septicemia, y por lo tanto ha precedido un hecho concreto limitado, que ha dado lugar á la generación de los elementos que despues han pasado al torrente circulatorio. La *tercera* de las razones expuestas no es cierta. Por más que se pretenda que existe una identidad de síntomas entre la peritonitis y la flebitis, la verdad es que tienen caracteres bastantes para distinguirlas cuando no se reúnen, para presentarse formando una enfermedad compuesta, de la misma manera que existen caracteres diferenciales entre la metritis y los flegmones periuterinos, entre la peritonitis general y las peritonitis parciales, etc. Lo que hay es que, como hemos dicho desde un principio, estas inflamaciones todas tienden fatalmente á la supuración, y establecido este proceso, se realiza tambien la absorción y de consiguiente la pyohemia. Si en este estado se encuentra en todos los casos identidad de caracteres, es porque las diversas alteraciones primitivas han venido á terminar en un fin comun, que es la perversion de la sangre ya conocida. Finalmente, se ha supuesto que tenia carácter de especificidad la causa de los estados morbosos puerperales, que era una especie de virus conocido que obraba sobre la economía y por lo tanto de una manera visiblemente general. Es cierto que hay algo especial (no específico) en la producción de las enfermedades puerperales, y ese algo es: 1.º Un estado predisponente, el estado de gestación, que imprime en el organismo modificaciones anatómicas y fisiológicas de tal género que se hacen posibles diferentes fenómenos patológicos; y 2.º Un estado actual, el del puerperio, cuyos hechos propios anatómicos y funcionales tambien son origen de un proceso, causante directo de los fenómenos generales. Algunos han llamado á esta causa

(1) *Breves consideraciones sobre la fiebre puerperal*. Discurso inaugural de la Academia de Barcelona.—1868.

miasma, y en realidad hay ocasiones en que su manera de obrar se parece á esos agentes nosogénicos de origen misterioso, pero que en el caso que discutimos lo tienen perfectamente demostrado en la descomposicion orgánica de los productos eliminados, ó de los mismos tejidos que forman el aparato generador.

Hay dos hechos culminantes en la Medicina moderna, que hacen imposible la admision de ontologias, por más que algunas de ellas tengan cierto atractivo bajo el punto de vista de la explicacion que dan á los fenómenos patológicos. Uno de ellos es la anatomía patológica llevada hasta el exámen y apreciacion de los elementos microscópicos que integran los tejidos. El otro, hijo legítimo del primero, es la fisiología patológica, que dá la descripcion detallada y completa de la manera como se producen en el seno del organismo los procesos morbosos, lo mismo los de gran apariencia, como los de los territorios celulares. Pocas cosas dejan sin explicar en el terreno de la patología, y cuando se encuentra alguna á la que su luz no ha llegado todavía, antes que inventar para explicarla un sistema convencional ó caprichoso, preferimos dejar en suspenso el juicio esperando el dia en que la ciencia lo explique de una manera positiva.

¿Tiene mejores fundamentos la doctrina del traumatismo puerperal? Como doctrina absoluta, no, puesto que el traumatismo, si por tal quiere entenderse lo que queda en el útero despues del parto, es un hecho constante y parecido en todos los sujetos, y sin embargo los afectos puerperales son relativamente raros. No hay duda que el estado anatómico en que queda la matriz despues del parto la predispone á sufrir, pero dígase claramente que la dispone á la inflamacion, y esto no tanto por el traumatismo, á nuestro modo de ver, como por las modificaciones histológicas debidas á la gestacion, anteriores por lo tanto á ese traumatismo que solo se verifica en el parto. Lo admitimos, sin embargo, como una concausa ó una condicion predisponente para la série de procesos que caracterizan las enfermedades del puerperio.

Por último, la opinion de Hervieux admitiendo un envenenamiento puerperal, tiene un fundamento de hecho, en los casos en que la descomposicion de productos orgánicos, ó la gangrena son el punto de partida de la enfermedad representada evidentemente por la septicemia, pero no puede aplicarse á la mayoría de ellos en que todo consiste en la inflamacion y en un proceso bien conocido.

Basta este sucinto juicio para formarse una idea del estado de

la cuestion en el terreno especulativo. De lo que acabamos de decir se desprende ya cuál sea nuestra opinion, que vamos á resumir tambien en pocas palabras para que sirva de criterio al estudio de las diferentes afecciones puerperales, que en seguida emprendemos.

Admitimos dos procesos puerperales considerados como primitivos; la *inflamacion* y la *desorganizacion*. La inflamacion se desarrolla primitivamente en uno de estos tres puntos: *útero, peritoneo ó venas*; puede en su curso permanecer limitada al órgano de su origen, pero más comun es que se comunique, y se vean las formas compuestas, sobre todo la metro-peritonitis, y la metro-flebitis. Una vez incoado el proceso flogistico, marcha hácia la supuracion, y se verifica con más ó menos rapidez la absorcion purulenta, siendo por lo tanto el cuadro final comun de los afectos puerperales de este órden la *pyohemia*. Es posible, sin embargo, que no llegue á este caso, ya porque se suspenda su curso antes de haber empezado su absorcion, ya porque sucumba la enferma á la intensidad de los fenómenos inflamatorios del primer período, como sucede frecuentemente en la peritonitis generalizada. El mecanismo íntimo segun el cual, dada una inflamacion, se produce la infeccion purulenta, entra de lleno dentro la explicacion que de este fenómeno dá la patologia general. La inflamacion puede excepcionalmente seguir distinto curso, y al invadir las venas, hacerse en vez de supuratoria coagulante; los fenómenos resultantes entonces son los de la flebitis obliterante, y en último término las tromboses y las embolias.

El segundo proceso, ó sea la *desorganizacion*, se inicia por la descomposicion pútrida de los productos de secrecion y de eliminacion del útero, ó bien por la gangrena de este órgano, de la vagina ó de la vulva. Esos productos pútridos pueden ser inmediatamente absorbidos por la misma parida, gracias al estado especial anatómico de los órganos que han contribuido al parto; hay entonces una auto-intoxicacion cuyo resultado es la *septicemia*, con todo el síndrome propio de este estado nosológico general. O bien, desprendidos de su sitio de formacion aquellos productos morbosos, constituyen un estado de infeccion á beneficio del cual pueden afectarse las púerperas que se hallen influidas por la atmósfera inficionada, siendo esta la explicacion lógica de los casos de contagio de las enfermedades graves puerperales, y

el origen probable de las epidemias que han afligido algunos hospitales y maternidades.

Admitimos, pues, la localizacion de la enfermedad, y explícitamente el carácter anatómico fijo que ordinariamente reviste, en los varios órganos que pueden ser su asiento: referimos la génesis á dos distintos orígenes de marcha tambien conocida, y que préviamente determinan el estado general que les corresponderá como última manifestacion morbosa, esto es, la *pyohemia* y la *septicemia*; finalmente, referimos los fenómenos generales al síndrome de que constituyen una parte integrante. Dentro de esta doctrina cabe perfectamente la explicacion de cuantos hechos se relacionan con la llamada *fiebre puerperal*, denominacion que no admitimos porque prejuzga malamente la cuestion, y sustituimos con el nombre de *puerperismo*, con sus dos formas *inflamatoria* y *séptica*.

## II.

**Puerperismo.**—Génesis.—División.—1—*Puerperismo inflamatorio.*—Metritis.—Metroperitonitis generalizada.—Metro-flebitis.—Peritonitis regionales ó parciales.—*Pyohemia.*—2—Puerperismo infeccioso.—Gangrenas.—*Septicemia.*—Epidemias puerperales.

Entendemos por puerperismo el conjunto de enfermedades que se presentan durante el puerperio, enlazadas por una razon de causa y por una tendencia comun. La causa es: como predisponente las modificaciones anatómicas propias del estado de gestacion; como inmediata cualquiera que obre sobre los órganos afectos al parto, provocando los procesos inflamatorios ó los sépticos. La tendencia terminal comun es la generalizacion de los productos patológicos de aquellos procesos, es decir, la *pyohemia* y la *septicemia*. Bajo este concepto, debemos admitir dos grupos que denominaremos *puerperismo inflamatorio* al primero, y *puerperismo séptico* al segundo.

### 1—PUERPERISMO INFLAMATORIO.

Al primero de estos dos grupos patológicos se ha llamado por algunos *puerperitis*, con el fin de determinar con esta palabra el carácter primitivamente flogístico de las alteraciones morbosas, y comprende la metritis, la peritonitis generalizada, las peritonitis

regionales ó parciales y la flebitis. Antes de describir cada una de estas formas cumple hacer una observacion, con la cual aclararemos alguna duda, dejando sentado el principio práctico de nuestro criterio. Por regla general se encuentran descritas en los libros las citadas enfermedades tal como las hemos anunciado, pero en la clínica no se presentan así, y si bien los síntomas característicos de cada forma son verdaderos y positivos, la sucesion de los fenómenos morbosos se realiza de suerte que los procesos simples raramente se observan, y si lo que suele observarse son los compuestos de dos de aquellos estados primitivos. Así es que en un principio amanecen los síntomas de la metritis, más ó menos intensos, más ó menos duraderos, pero bien definidos. Estos síntomas, si la enfermedad es vencida por el arte desaparecen, y el cuadro que resulta es el de una inflamacion uterina simple. Pero si, como es lo más comun, sigue su progresion la enfermedad, el proceso flogistico se comunica al peritoneo ó á las venas uterinas, y entonces tenemos el cuadro de la metro-peritonitis ó de la metro-flebitis. Estos son los verdaderos cuadros prácticos, los hechos que la experiencia comprueba todos los dias, siendo raros los ejemplares que pueden presentarse de peritonitis general ó de flebitis aisladas originariamente. Partiremos, pues, de este hecho práctico, y en vez de estudiar las formas simples que son puramente teóricas, estudiaremos las compuestas tal como se manifiestan ordinariamente, lo cual, sin embargo, en nada perjudica á la exactitud de los detalles, en los que se encuentra el carácter distintivo de cada variedad. Describiremos así en los siguientes párrafos la *metritis*, la *metro-peritonitis*, las *peritonitis parciales*, la *metro-flebitis* y la *angiolecitis*.

A.—METRITIS.—La inflamacion aguda del útero es el primer paso casi constante de todas las manifestaciones del puerperismo inflamatorio, y el fondo del cuadro sobre el cual aparecen más tarde los rasgos de la peritonitis ó de la flebitis. Es, pues, en órden cronológico el primer proceso morboso puerperal.

*Anatomía patológica.*—Algunos autores han distinguido los caracteres de la endometritis, de los de la metritis parenquimatosa y la para-metritis (Virchow). Sin embargo, esta alambicacion de detalles la consideramos inútil, por la sencilla razon de que cuando la enfermedad es bastante grave para producir la muerte de la enferma, no se encuentran aislados aquellos caracteres;

raro es el caso en que no se vé toda la matriz más ó menos afectada, pero resalta el hecho de que las principales lesiones existan en la mucosa, lo cual ha hecho admitir la endometritis aislada. Estos detenidos estudios son más propios de una monografía que de un tratado general en el que deben presentarse más bien los caracteres culminantes que definen la entidad morbosa que se estudia, que los diferenciales de las pequeñas variedades.

La mucosa uterina, pues, se encuentra inyectada, engrosada y reblandecida, de un color vinoso, que en algunos casos se desprende al chorro de un hilo de agua en forma de detritus; se presentan también coágulos pequeños, núcleos, piezas en forma de granos ó de placas, y focos purulentos; todo esto, lo mismo en la zona de implantacion de la placenta que en el resto del órgano. El útero está aumentado de volúmen, con relacion al que debe tener desde la época en que se encuentre de su involucion, y en el seno de su tejido focos purulentos y hemorrágicos. Las aberturas formadas por la rasgadura de los senos se encuentran obstruidas por unos como taponés formados por coágulos de sangre. Hánse visto en algun caso placas diftéricas esparcidas por la superficie del útero en forma de islotes, en parte adherentes y en parte flotantes, y que á veces se desprenden en forma de escamas. El exámen microscópico reconoce en ellos granulaciones grises y glóbulos de pus, mezclados con corpúsculos fibro-plásticos. Penetrando en el interior del tejido del útero se encuentran reblandecidas sus fibras, infiltrada toda la sustancia propia por ese líquido sanioso que cubre también la superficie libre, y focos purulentos. Es raro que la hipertrofia, el reblandecimiento y la supuracion no afecten también á los anexos, sobre todo el ovario, que es el que más fácilmente participa de la alteracion uterina.

Citan los autores la presencia de placas gangrenosas en la mucosa uterina, y realmente se encuentran á veces, pero no en la metritis aislada, sino cuando ha pasado ya la inflamacion á los órganos inmediatos y de consiguiente en un período más adelantado. Pueden, sin embargo, verse puntos gangrenosos primitivos, y son precisamente uno de los elementos iniciales de los procesos sépticos.

*Síntomas.*—La metritis empieza casi siempre por un escalofrío, que se presenta del tercero al cuarto día. Este frío viene seguido de reaccion más ó menos fuerte, caracterizada por calor, sed, cefalalgia, frecuencia del pulso que asciende hasta 100,

110 y 120 pulsaciones y aumento de temperatura á 38'5 y 39, segun los estadios de la reaccion febril. La enferma resiente algo de dolor sordo al nivel del hipogástrico, el cual aumenta notablemente con la presion, pudiéndose reconocer tambien por medio de esta que realmente es el útero el órgano inflamado y no el peritoneo. Mientras este no se afecte, no se meteoriza el abdomen, ni hay vómitos, ni la expresion especial del semblante característica de las peritonitis.

Los loquios unas veces disminuyen en cantidad, y hasta llegan á suprimirse, otras veces se hacen fétidos con un olor especial, y otras, en fin, no sufren modificacion alguna. Si la secrecion láctea se habia ya establecido, es fácil ver que se suspende su desarrollo.

Tal como acabamos de describirla constituye esta forma la metritis benigna ó leve de Tonnelé, Lee y Churchill, los cuales describen otra forma grave ó maligna, en la cual predominan, sobre los síntomas expresados, el mayor grado de calentura, el color cianótico ó ictérico de la piel, la ansiedad, los vómitos, el delirio, en una palabra, el conjunto de síntomas que aproximan la enfermedad á los estados atáxicos.

Dudamos mucho que la metritis por sí sola, que es la que nos ocupa, llegue á desarrollar tal síndrome, que encontramos más propio de la metro-peritonitis, á cuya afeccion deben referirse indudablemente las observaciones de los citados autores. No necesita tampoco llegar á esto para hacerse mortal, y la simple metritis no contenida en su marcha que llega hasta la supuracion, dá lugar á la absorcion purulenta, con el conjunto de hechos patológicos generales que la distinguen.

*Curso y terminacion.*—La marcha de la metritis es aguda y regular. Abandonada á sí sola aumentan los síntomas, y á los dos ó tres dias se notan ya los que indican la supuracion; á partir de este estadio, puede prolongarse más ó menos la dolencia, pero lo regular es que no sea mucha su duracion, falleciendo rápidamente las enfermas. La terminacion puede ser por *resolucion*, por *reblandecimiento* y por *supuracion*. La primera es la menos frecuente, como que rarissimas veces la vemos comprobada en la práctica: el reblandecimiento es lo que más ordinariamente se vé, siguiendo en frecuencia la supuracion. Un tratamiento bien dirigido suele vencer la enfermedad y procurar la curacion.

*Diagnóstico.*—Se fija la nocion de esta enfermedad por la exploracion que indica la limitacion de los procesos flogísticos al

útero; los síntomas generales de la inflamacion caracterizan perfectamente la naturaleza de las lesiones que se estiman, y por lo tanto el diagnóstico puede ser directo. Uno de los síntomas de la enfermedad, puede confundirse con otro que no tiene importancia; nos referimos al dolor, que se parece, como ordinariamente dicen los patólogos, á los entuertos, de modo que es menester mucha exactitud en los procederes para no tomar, á simple vista, un estado por otro. La falta de síntomas flogísticos caracterizará á los entuertos.

*Pronóstico.*—Esta enfermedad es grave; sin embargo, las curaciones son numerosas, siempre y cuando se trate de una manera conforme. En la forma grave de los autores, sucumben la mayoría de las enfermas.

*Tratamiento.*—Nos referimos para este objeto, á lo que más adelante diremos respecto al tratamiento genérico ó comun á las puerperitis. Como parte exclusivamente referible á esta variedad, diremos que dan buen resultado las emisiones sanguíneas hechas en el hipogástrio, ó en las ingles, que constituyen el tratamiento especial de las metritis, sobre el general del puerperismo que veremos se funda en el uso de los mercuriales. Si despues de resuelta la enfermedad quedase ingurgitado el útero, están indicados los vejigatorios.

*B.—METRO-PERITONITIS.*—La inflamacion simultánea del peritoneo y del útero constituye una de las más frecuentes variedades de puerperismo. Es posible encontrar en algunos casos la peritonitis aislada, y de ello cita Hervieux algunos ejemplos en su monografía, con los caracteres de peritonitis general *d' emblée*. Creemos, sin embargo, poco menos que excepcionales, hechos de esa naturaleza, y lo que la práctica cotidiana nos demuestra son las peritonitis *generalizadas* á partir de la matriz, y por lo tanto, verdaderas metro-peritonitis.

*Anatomía patológica.*—Véanse, en primer lugar, en el cadáver los caracteres que antes hemos mencionado, relativos á la metritis en su período ya de reblandecimiento y supuracion. Además de esto que pone claramente de manifiesto la lesion uterina, se puede observar lo siguiente: la serosa peritoneal está enrojecida por una fina inyeccion vascular que parece residir en el tejido conjuntivo sub-seroso; esta coloracion suele ser abigarrada, es decir, que presenta todos los matices posibles desde el color rojo subido hasta el rosado pálido; en unos puntos tiene la

forma verdaderamente estriada ó arborizada; en otros es más bien manchada ó diseminada. Se puede encontrar en cualquier punto de su extension, pero más especialmente en las porciones que cubren las circunvoluciones intestinales, y los órganos de la generacion, útero, ovario y trompas. Si se examina el tejido propio de la membrana, se le observa como infiltrado, engruesado y presentando una gran exfoliacion de sus elementos epiteliales, lo cual le dá un aspecto especial como afelpado ó de fieltro que ha hecho notar Niemeyer. Al microscopio se vé gran cantidad de granulaciones, y células fusiformes de nueva formacion, junto á la dilatacion de los capilares encorvados en forma de asas sobre las mismas granulaciones.

Estos caracteres son los del primer período de desarrollo de la peritonitis, ó lo que se ha llamado por algunos, *peritonitis seca*. Más adelante, cuando la enfermedad ha tenido tiempo de acentuar sus progresos, se encuentran ya los exudados. Estos son al principio fibrinosos, formando en la superficie de la membrana inflamada una capa de fibrina coagulada, que cuando se coloca entre dos hojas llega á producir su adherencia, y no es más que el primer efecto de la hiperplasia flogística; luego hay sufusion serosa, convirtiéndose el exudado en sero-fibrinoso, y presentando el tipo genuino del exudado de la inflamacion, esto es, un liquido más ó menos sucio y denso, con los caracteres propios de la serosidad, que contiene en suspension masas de fibrina coagulada. Es difícil encontrar aislados los caracteres que acabamos de describir, pero de ordinario al abrir el peritoneo de una mujer fallecida de metro-peritonitis se encuentran en el mismo ejemplares de cada forma, es decir, de la peritonitis seca, de exudacion fibrinosa y sero-fibrinosa.

Finalmente, en un grado más adelantado de la lesion anatómica se observan las colecciones de pus. El liquido contenido en la cavidad peritoneal es una mezcla de serosidad turbia, lechosa, con gran cantidad de coágulos fibro-purulentos flotando en él, y al fin de pus cremoso perfectamente caracterizado. En ese estado puede verse en la hoja que tapiza las circunvoluciones intestinales grandes placas de apariencia cremosa, ya libre, ya sirviendo de medio de union de unas alas con otras, ya formando verdaderos focos purulentos, acompañados de falsas membranas que se extienden en todas direcciones formando bridas entre las hojas del peritoneo. La coleccion sero-purulenta, ó solamente purulenta, puede ser muy abundante, y nosotros registramos en

nuestra práctica el hecho notable de haber extraído del peritoneo una cantidad de pus de 1500 gramos; la enferma, afectada de metro-peritonitis puerperal, habia vivido con la enfermedad tres septenarios, durante los cuales pareció que se verificaba por avenidas la formacion del pus; entre una y otra exacerbacion gozaba de una tranquilidad bastante para hacer creer en una resolucion benéfica. Ultimamente falleció bajo la accion de una pyohemia bien caracterizada.

Como alteraciones concomitantes, pero que existen fuera del peritoneo, se citan la degeneracion adiposa del hígado (Tarnier), las sufusiones serosas de la pleura y del pericardio; el estado icterico de los riñones, la hiperemia de la mucosa gastro-intestinal, etc.

*Sintomas.*—Algunos han querido establecer un período prodrómico, pero la verdad es que este no existe, y por más que se diga, la primera noticia de la enfermedad es la comprobacion de los síntomas que lo son ya característicos de la inflamacion confirmada. Estos empiezan por un escalofrio, unas veces sencillo, rápido, apenas seguido de reaccion; otras por una verdadera horripilacion, seguida de temblor en los miembros, decoloracion de la piel, malestar general y concentracion del pulso. Cuando es algo intenso el escalofrio, dura de cinco á diez minutos, pero puede ser de mayor duracion y llegar en los casos extremos hasta media hora. Va seguido ordinariamente de reaccion proporcionada á la intensidad del frio, despues de la cual queda ya el estado general febril permanente propio de la peritonitis. Este escalofrio se distingue perfectamente del frio fisiológico que sigue al parto, en primer lugar porque este es inmediato á aquella funcion, y el patológico raras veces se vé el primer dia del puerperio; además este carece por completo de reaccion febril, ni va seguido de síntomas generales.

La *invasion* de la metro-peritonitis suele realizarse dentro los 4 ó 5 primeros dias del puerperio, siendo segun la estadística de la Maternidad de París, los dias en que se presentan mayor número de invasiones el 3.º y 4.º: raras veces se ven despues de los 10 dias.

Casi simultáneo con el escalofrio, y á veces precediéndole existe *el dolor*. El dolor puede ser latente y activo; en el primer caso la enferma no siente dolor como no se provoque, pero por medio de la presion se puede excitar en los diferentes puntos en que suele existir. En el segundo caso, que es el más fre-

cuenta, la enferma acusa desde el principio dolor más ó menos intenso en el hipogástrico, y que refiere precisamente al fondo de la pélvis. La presión lo exaspera, y entonces puede perfectamente reconocerse que reside en la matriz, puesto que la mano llega á comprimir perfectamente el bolo formado por este órgano en vías de regresión. Los movimientos, por poco pronunciados que sean, la deglución de las bebidas, la tos, etc., producen también una exacerbación notable del dolor, que algunas veces es punzitivo, pero de ordinario es más bien gravativo. Más adelante va extendiéndose el dolor por toda la cavidad abdominal, de una manera progresiva, y como por etapas, su carácter va haciéndose más pronunciado, á veces hasta llegar á ser lancinante, y obligando á la enferma á quejarse lastimosamente; en ese estado no pueden sufrir encima del abdomen, no ya el peso de las cubiertas de la cama, sino ni siquiera el roce ligero de las ropas interiores. De ordinario la intensidad del dolor está en perfecta relación con la gravedad de la metro-peritonitis, así como la rapidez de su crecimiento indica la progresión de la peritonitis y la invasión de nuevas zonas. En los casos muy graves es posible ver que desaparece el dolor espontáneo á los tres ó cuatro días, quedando solo una sensibilidad grande á la presión; señal de que se ha generalizado completamente la inflamación y está supurada. La persistencia de los dolores espontáneos, suele indicar la localización por zonas; simultáneo con el dolor se reconoce por la presión ese infarto especial que en forma de cordón se dirige desde el fondo del útero á la cresta iliaca, que no es más que el infarto del lado superior de los ligamentos anchos. Se conoce con el nombre de *cordón de Behier*, y pretende este autor que se presenta como signo prodrómico antes que ningún otro del período de invasión.

El escalofrío, repetido á veces según las nuevas etapas de la inflamación, y el dolor, caracterizan dicho período.

El *período de estado*, viene manifestado por la persistencia de la sensibilidad y del dolor provocado, pero ya acompañado de otros síntomas especiales, entre los cuales merece especial mención el estado del pulso. Este se encuentra frecuente á partir de la reacción que sigue al escalofrío inicial. Es un hecho que no falta nunca la frecuencia del pulso, aun en aquellos casos en que han cesado los demás síntomas de las reacciones, hecho que debe llamar poderosamente la atención, pues es completamente opuesto á lo que normalmente sucede, ya que una puérpera sana,

presenta constantemente una marcada lentitud en sus pulsaciones. Estas llegan siempre á 100, desde cuyo punto suele seguir una progresión ascendente hasta llegar al término de la enfermedad, con sus correspondientes aumentos, ó redoblamientos, que marcan las accesiones diarias que tampoco dejan de presentarse. Además de frecuente, el pulso está duro, resistente, bate con fuerza, y solamente durante los últimos tiempos, cuando la supuración está formada y se inicia la absorción, puede encontrarse más débil, miserable y concentrado; mas esto es poco común, porque la mayoría de enfermas graves fallecen durante el período de exudación, y de consiguiente cuando conserva la circulación toda su fuerza. La *temperatura* sigue las mismas oscilaciones que el pulso; desciende algunos décimos durante el escalofrío, para subir luego sobre la cifra normal y remontarse progresivamente hasta 40°. Las dos curvas que pueden formarse del pulso y de la temperatura marchan uniformes, aunque no exactamente paralelas; los trabajos de Hervieux, de Quinquaud, de Tarnier, etcétera, han dado á conocer gráficamente estas oscilaciones, por las que se vé las variantes que corresponden en la temperatura dentro un número dado de observaciones. Estos detalles son de poca utilidad práctica; lo que sí conviene tener presente es que á mayor frecuencia de pulso corresponde mayor elevación de temperatura; que una y otra marcan perfectamente la progresión de la enfermedad, y que algunas veces desciende la frecuencia del pulso, sin que sensiblemente se modifique la temperatura, que permanece sobre los 40°5, lo cual es un síntoma muy fatal y agrava el pronóstico. Cuando esto no sucede, la oscilación diaria de la temperatura en los períodos de remisión y accesión marca de ordinario una diferencia de 0°5.

En este período se presentan los desórdenes intestinales, entre los cuales ocupa el primer lugar el *vómito*. Este al principio es solamente de sustancias ingeridas, es decir, de las bebidas, que suele ser lo único que toman las enfermas: inmediatamente después de beber se excita la contracción del estómago y la bebida es rechazada; flotando en ella suele encontrarse una cantidad de moco intestinal. Poco tiempo después las sustancias vomitadas consisten en materia biliosa, primero amarilla y más adelante verde y grisácea. Los vómitos son dolorosos, por lo mucho que excitan la sensibilidad del abdomen. Cuando con los progresos de la enfermedad se mitiga la intensidad de los dolores, aunque la gravedad del mal sigue creciendo, los vómitos se convierten

en una especie de regurgitacion continua, menos penosa que el vómito, pero de consecuencias igualmente graves. El vómito va precedido de náuseas, y á veces de hipo.

Junto ó alternando con los vómitos se suele presentar la diarrea, serosa, fétida y bastante abundante. Se ha observado por todos los clínicos una especie de alternativa entre este síntoma y el anterior; es decir, que cuando espontáneamente, ó por efecto de los medios empleados se suspenden los vómitos, aparece la diarrea, y vice-versa. De ordinario persiste hasta el fin de la enfermedad.

La lengua se presenta al principio húmeda; cubierta de una lijera capa saburrosa; pronto empero se hace seca, y se presenta rubicunda, lanceolada y como acorchada. La mucosa bucal en su totalidad se cubre de fuliginosidades, fenómeno más notable sobre los dientes al fin de la enfermedad. Hay sed ardiente y continua que forma uno de los caracteres más constantes.

Al final de este periodo, y ya aproximándose al último, se presenta la timpanitis, que puede adquirir proporciones considerables, en cuyo caso afecta tambien á los fenómenos respiratorios por la dificultad de deprimirse el diafragma.

La expresion del semblante es uno de los fenómenos característicos de la metro-peritonitis. Durante el primer periodo ó de invasion solo se vé el enflaquecimiento y de consiguiente ese tipo que dá á las facciones la aparicion de los sulcos del rostro. En el segundo periodo aparece ya la acentuacion de las facciones por contraccion de los músculos de la cara que expresan perfectamente el sufrimiento concentrado; á esta modificacion sigue la falta completa de expresion, ese tipo de indiferencia, pasividad y como idiotez, que marca perfectamente el último periodo grave de la dolencia.

El último periodo, ó de terminacion, se caracteriza por la acumulacion y aumento de los síntomas graves. El pulso aumenta en frecuencia (120 á 150 pulsaciones) y disminuye en fuerza apareciendo pequeño, contraido y desigual; la temperatura se mantiene elevada (39°5) con pequeñas oscilaciones; la piel está caliente, árida, á veces cubierta desigualmente de sudores halituosos; á la cefalalgia ha sucedido el delirio, y á este la estupidez y el coma; la lengua está árida; hay mucha sed, vomituraciones, diarrea, el meteorismo exageradamente desarrollado; el semblante se altera profundamente, primero haciéndose más visibles los surcos, y acabando por perder toda expresion. Poco á poco se enfría

la piel, aparecen los estertores, la carfología y fallece la enferma.

Hay que tener en cuenta, sin embargo, algunas variantes. En ocasiones la enfermedad marcha de una manera menos decisiva, oscila en sus manifestaciones y parece que se produzca por medio de etapas; en este caso se vé aparecer una remision despues de las primeras manifestaciones; luego aparece un nuevo escalofrío, seguido de una reaccion falsa, nuevos dolores, y otra vez exacerbacion de los síntomas abdominales, todo lo cual puede aun modificarse. Esta sucesiva aparicion de escalofríos y reacciones, supone la formacion de nuevos focos de inflamacion y nuevas supuraciones, pero en este caso es posible que se prolongue la vida, empezando á manifestarse los síntomas de infeccion purulenta, y concluyendo con la fiebre lenta y los síntomas atáxo-adinámicos propios de ese estado patológico.

Si la enfermedad no ha de terminar mal, empieza á modificarse despues del período de invasion, ó muy al principio del de estado; el pulso pierde entonces su frecuencia, cesan los dolores y los síntomas abdominales, y con frecuencia parece juzgarse la enfermedad por una crisis de sudores copiosos y de buena índole, sucesivamente se restablecen las funciones normales y entra la enferma en convalecencia. Es posible esto mismo estando más adelantada la enfermedad, pero es ya mucho más raro.

En algunos casos, sobre todo cuando toma la enfermedad carácter epidémico, se presentan erupciones cutáneas de diversas formas que complican la peritonitis. Unas veces son verdaderas placas eritematosas, otras erupciones miliars rojas ó blancas, á veces pústulas ó ampollas, etc. En unos casos se generalizan, en otros solo se ven en el pecho, muslos y vientre de la enferma. Toda esta clase de erupciones son indicios desagradables, porque suponen una marcha fatal. Nosotros hemos visto erupciones miliars blancas aparecer al cuarto dia de puerperio y ocasionar la muerte en 24 horas, á consecuencia de una mènigitis sobre-aguda, y derrame cerebral, con el cual frecuentemente terminan tales erupciones (1).

*Marcha, duracion y terminacion.*—La metro-peritonitis sigue de ordinario un curso agudo, progresivo y bastante rápido. Los síntomas del período de invasion duran de dos á tres dias; cuatro ó cinco el de estado, y apenas dos el de terminacion, de modo

---

(1) Los partidarios de la fiebre puerperal fundan en los diversos síntomas descritos, la division en fiebre puerperal inflamatoria, biliosa y tifoidea, segun predominan unos ú otros de dichos síntomas.

que entre los siete y diez días, suele concluir por la muerte la enfermedad. Esto, sin embargo, tiene excepciones; se ven casos que pueden calificarse casi de fulminantes; en 48 horas la dolencia llega á su máximum, y muere la paciente con una rapidez que hace recordar las peritonitis traumáticas. En oposicion á estos hay casos en que la enfermedad sigue una marcha oscilante; presenta alternativas de mejoría y agravacion, lo cual prolonga por muchos días los sufrimientos. Entonces pueden suceder dos cosas; ó las sucesivas supuraciones dan márgen á la absorcion purulenta, y fallece la enferma con síntomas de pyohemia, despues de un curso bastante largo, ó se presentan cada vez menos intensas las exacerbaciones y emprende el camino de la curacion.

En ciertos casos la metro-peritonitis primitivamente general, acaba por localizarse, y entonces sigue el curso de esta variedad de puerperitis, que termina, ya por la formacion de abscesos, ya por la resolucion lenta y la curacion. En estos casos tarda mucho en terminarse y la convalecencia es tambien lenta y penosa.

Tambien es posible, aunque no frecuente, ver terminar la enfermedad por una mneumonía ó una pleuresía.

*Diagnóstico.*—El de la metro-peritonitis no ofrece grandes dificultades, siendo una enfermedad aguda, franca, de marcha progresiva, y con caracteres muy significativos. Unicamente puede dar lugar á dudas ese diagnóstico, cuando se inicia la afeccion de una manera sorda, lo cual sin embargo no es frecuente. Puede tambien presentarse el dolor hipogástrico que haga creer en la presencia de la metro-peritonitis, siendo sin embargo debido á otras causas, como la retencion de orina, los entuertos, etc., mas en estos casos falta el escalofrio inicial y la reaccion febril. Para formular el diagnóstico podemos partir de tres datos, que como se encuentren reunidos, no dejan de indicar positivamente la enfermedad, á saber: *el escalofrio, el dolor y la frecuencia del pulso.* Este último síntoma tiene una gran significacion, y nuestro maestro el Dr. Rull, solia decirnos que desconfiásemos siempre del estado de una puérpera cuyo pulso se mantiene á 100 pulsaciones, aunque no ofrezca ningun otro síntoma, pues de seguro está en puertas un puerperismo grave. Luego veremos que la metro-flebitis permanece muchas veces latente durante algunos días, sin más síntoma que la revele que esa frecuencia del pulso.

Como se trata de una enfermedad en la cual no puede demostrarse el obrar con energía, sentaremos como principio que, siem-

pre que ofrezca dudas el diagnóstico, obraremos como si realmente estuviese confirmada la enfermedad.

*Pronóstico.*—La metro-peritonitis es siempre una enfermedad grave en absoluto, ocasiona muchas víctimas. Sin embargo puede presentar diversos grados de gravedad. Esta aumenta cuando es epidémica, cuando empieza inmediatamente ó muy poco tiempo despues del parto, cuando se generaliza con rapidez, cuando encuentra á la paciente debilitada por alguna hemorragia, cuando sucede á operaciones tocológicas que han hecho sufrir bastante á la enferma; finalmente, cuando el estado moral de esta es desfavorable bajo cualquier concepto. La permanencia del pulso á más de 120 pulsaciones, y la elevacion de la temperatura á 40° se consideran síntomas muy graves. El pronóstico por el contrario puede hacerse menos fatal, cuando la enfermedad es esporádica, cuando se ha presentado despues de los 8 dias del puerperio, cuando el escalofrio es poco intenso y la reaccion moderada, y cuando se localiza la inflamacion. Cuando la enfermedad se aproxima á su desenlace, el aspecto del semblante indica más que nada la aproximacion de la muerte.

*Tratamiento.*—La metro-peritonitis es una de las enfermedades más rebeldes á la terapéutica, así se comprende que sean tantos los medios preconizados para combatirla. Figuran en primer lugar las sangrías generales. Desechadas ya por Dubois, hoy ningun médico que conozca la índole de esta inflamacion las utiliza, porque siempre producen un resultado opuesto y facilitan las supuraciones en que malamente terminan. Las emisiones sanguíneas locales, son sobre todo útiles cuando tiene carácter localizado la enfermedad, en cuyo caso disminuye el dolor y rebaja los demas síntomas; por esto pueden usarse tambien con éxito durante el período de invasion. Háse preconizado el emético para combatir los vómitos, pero esto, lo mismo que el uso de los purgantes, no tiene utilidad ninguna. El mejor medio de combatir la enfermedad es por medio de los mercuriales, sobre todo por las fricciones ó sea por el método endérmico y los refrigerantes, administrando el hielo al interior, lo cual apaga la sed y cohibe los vómitos, y aplicándolo tambien sobre el abdómen por medio de vejigas llenas de nieve para dominar los síntomas inflamatorios. La morfina, contra los síntomas atáxicos, y los tónicos cuando al desaparecer la inflamacion queda mucha depresion de fuerzas, completan el tratamiento.

Nos ocuparemos más detalladamente de esta parte importan-

tísima de la práctica tocológica, al hablar de las condiciones generales del tratamiento del puerperismo.

C.—PERITONITIS REGIONALES Ó PARCIALES.—La metro-peritonitis tal como acabamos de estudiarla, representa una enfermedad general á todo el peritoneo, ya sea que desde su principio haya tenido este carácter (*peritonitis d' emblée*), ya que haya empezado por ser parcial ó limitada y luego se haya generalizado extendiéndose á toda la membrana (*peritonitis generalizada progresiva*). El estudio de esas peritonitis parciales se debe especialmente á Bernutz y Goupil, y á Hervieux, los cuales han demostrado que deben referirse á la inflamacion de porciones determinadas del peritoneo un número de afecciones que se habian involucrado hasta ahora entre otras lesiones más ó menos congéneres.

Hervieux ha descrito como peritonitis regionales, la *diafragmática*, la *epiploica* ó *abdominal anterior*, la *iliaca* ó *hipogástrica* y la *intra-pélvica*. Las dos primeras no son mas que limitaciones de la enfermedad que antes hemos estudiado, y que á menudo representan el principio de la peritonitis generalizada. Como esta, pueden presentar diferentes caracteres anatómicos, es decir, la inyeccion seca, la exudacion fibrinosa, la sero-fibrinosa y la purulenta, pero limitadas, bien al peritoneo que cubre el diafragma, bien al epiplon ó peritoneo anterior, etc. Los síntomas que las caracterizan son tambien parecidos á los de la peritonitis generalizada; invasion por un escalofrio, dolor limitado á la region afecta, y síntomas generales en proporcion á la intensidad y extension de las lesiones anatómicas. El diagnóstico en tales casos se hace perfectamente, pues los síntomas señalan el sitio de la lesion, que si no se generaliza, tiene menos gravedad que la peritonitis general, y se cura con alguna frecuencia, pero que si se extiende, tiene toda la gravedad de la peritonitis generalizada, aumentada con las malas condiciones resultantes del largo periodo de desarrollo que de etapa en etapa se desenvuelve hasta llegar á tomar los caracteres que anteriormente hemos descrito.

Las otras dos formas, es decir, la peritonitis iliaca y la intra-pélvica tienen más importancia práctica porque se refieren á un grupo particular de enfermedades puerperales bastante frecuentes.

La **peritonitis iliaca**, es la inflamacion de todo ó parte del peritoneo que reviste las fosas iliacas, unas veces primitiva,

otras procedente de las hojas que constituyen los ligamentos anchos, casi siempre en relacion con la inflamacion uterina. Aquí, como en los casos anteriores, tenemos que referirnos en la gran mayoría de casos á verdaderas metro-peritonitis.

*Anatomía patológica.*—Inyeccion hiperhémica de la hoja peritoneal afecta; exudacion fibrinosa que produce frecuentemente la adhesion de esta hoja con las hojas viscerales inmediatas; derrame seroso, turbio, lactescente en unos casos, en otros abundante en copos albuminosos, y finalmente, acúmulo de pus, unas veces difuso en una extension notable, otras coleccionado en uno como quiste y formando por lo tanto un verdadero absceso, que por su situacion será intra-peritoneal, cuando se haya formado en la cara del peritoneo que corresponde á la cavidad, y sub-peritoneal, cuando se desarrolle en la cara externa, en contacto, por lo tanto, con la aponeurosis iliaca.

Hacemos notar, porque es de suma importancia, que, segun estos caracteres, que son muy precisos, no existe más diferencia entre el absceso descrito y el absceso de la fosa iliaca, que la de situacion, siendo muchas veces dudoso el origen primitivo, que casi siempre se refiere á la inflamacion peritoneal.

*Sintomas.*—La peritonitis iliaca es más tardía en su aparicion que la general, y de ordinario se presenta como esporádica, siendo rara esta forma en las epidémicas. Su invasion se marca tambien por un escalofrio, menos intenso y menos duradero que en la primeramente descrita, y á veces deja de presentarse. Desde luego se comprende que la calentura que sigue al escalofrio es muy lijera, marcada casi exclusivamente por una aceleracion del pulso que apenas llega á 95 pulsaciones, y un aumento de temperatura de algunas décimas de grados. El dolor es sintoma más constante y más marcado. Ocupa unas veces la region hipogástrica, otras veces una de las fosas iliacas, ó bien ambas, lo cuales ya menos frecuente: aumenta con la presion, con la tos, con los movimientos, en una palabra, con cuanto excita más ó menos directamente la parte enferma. Un poco más adelante se presenta la tumefaccion, que puede perfectamente reconocerse por medio del tacto, situada dentro un triángulo trazado por las lineas siguientes: una que vaya desde la espina iliaca superior anterior hasta el púbis, otra desde este hueso al ombligo, la tercera desde el ombligo á la citada espina iliaca. Dentro de estos limites y más ó menos extensa, segun los casos, se puede percibir ó bien una tumefaccion difusa resistente sin contornos marcados, pero

visiblemente adherida á la fosa iliaca, ó un tumor circunscrito, redondeado y tambien fijo en su situacion, ó finalmente una banda ó cordon saliente que cruza desde la espina iliaca al púbis, formando una especie de reborde al hueso. En todos estos casos, no se aprecia un tumor liso y uniforme, sino más bien una aglomeracion, ó *magma* compuesto de elementos elásticos, que lo hace distinguir perfectamente de otras variedades de tumores, sólidos ó blandos, pero de naturaleza más compacta. En este estado debe considerarse en el primer período, es decir, revistiendo el carácter de peritonitis sero-adhesiva, durante el cual ningun dato puede apreciarse por la exploracion vaginal, por estar libres los fondos de saco útero-vaginales.

Más adelante, la peritonitis supura y entonces se forma el absceso. Por la naturaleza de esta coleccion, cambian algo los caracteres descubiertos por el tacto; el tumor se va haciendo más limitado, más elástico, y no tarda en percibirse la fluctuacion. El tacto vaginal puede reconocer entonces la presencia del absceso al través de uno de los fondos de saco vaginales, y si la coleccion de pus es muy grande, se encuentra dislocado el útero, empujado hácia el lado opuesto en que el absceso se encuentre.

A todo esto acompañan algunos síntomas generales, entre los cuales figura en primer lugar la calentura, poco intensa, pero con exacerbaciones que marcan nuevas etapas en el progreso de la inflamacion y la supuracion. Algunos síntomas abdominales poco intensos, á veces un ligero meteorismo ó un poco de diarrea, son los que la caracterizan mientras no llegue á generalizarse, en cuyo caso entra de lleno dentro la descripcion hecha en un principio.

*Marcha, duracion y terminaciones.*—Esta enfermedad, aunque empezando por ser esencialmente aguda, toma pronto una marcha crónica, prolongándose durante dias ó semanas, segun la direccion que emprenda. Esto es, segun la terminacion que puede resultar de diferentes maneras: 1.<sup>a</sup> Lo más comun en la generalidad de casos es que el tumor intra-peritoneal se indure, se circunscribe, continúe doloroso á la presion, pero sin excitar simpatías en los órganos circunvecinos. Con alternativas de exasperacion del dolor y la calentura y períodos de calma absoluta, discurren semanas y á veces meses, y al fin se resuelve la tumefaccion por absorcion, desapareciendo todos los vestigios de peritonitis. 2.<sup>a</sup> La peritonitis, localizada durante algunos dias, pasa á hacerse general, ya bajo la influencia de una constitucion epidé-

mica, ya por imprudencias en el régimen, y entonces suele terminar fatalmente por la muerte. 3.<sup>a</sup> La peritonitis supura formándose un absceso circunscrito, acompañado del síndrome propio de la fiebre de supuración. En esta situación pueden sobrevenir dos terminaciones; ó bien la enferma va desmejorándose hasta caer en un estado de caquexia, que demuestre la invasión de la pyohemia, ó bien se rompe interiormente el absceso, abriéndose en el intestino, que es la terminación más ventajosa, en la vagina ó en el útero. También puede abrirse al exterior al través de las paredes abdominales, en cuyo caso el arte facilita la salida por medio de la lanceta. Los casos de abertura del absceso, suelen ser favorables para la enferma, pero no de una manera constante, pues se citan muchos ejemplos de persistir á pesar de esta la caquexia pyohémica, y al fin fallecer la enferma.

*Diagnóstico.*—La peritonitis iliaca se reconoce fácilmente, no siendo posible confundirla mas que con el flegmon de la fosa iliaca, el flegmon de los ligamentos anchos y la ovaritis. La primera distincion es puramente teórica: empezando por que únicamente el flegmon sub-aponeurótico se distingue esencialmente del que estudiamos en sus caracteres anatómicos, se viene á parar en que el síndrome es exactamente igual, y solo en la manera de salir el pús puede notarse diferencia respecto al flegmon de la fosa iliaca, que suele seguir el camino marcado por el tendón del músculo-psoas iliaco, y aparecer al exterior por la region inguinal, ó bien en algunos casos por la region ciática. Generalmente se atribuye á la peritonitis iliaca una marcha más rápida y ejecutiva. Respecto á la ovaritis, podrian hacerle distinguir la situación del tumor, y el ser siempre más circunscrito y mejor limitado en la ovaritis. En cuanto al flegmon de los ligamentos anchos, que se confunde también con la metritis intra-pélvica, se tendrá presente que el tumor es transversal, y en vez de estar identificado con el hueso iliaco, lo está con el útero, es de consiguiente más profundo, menos acentuados los caracteres locales, y de menos intensidad todos los síntomas. Repetiremos empero que todas esas distinciones son más bien teóricas que prácticas, puesto que al lado del enfermo nos encontramos con grandes apuros para poder determinar esas pequeñas diferencias entre las varias inflamaciones supuratorias limitadas á la cavidad abdominal.

*Pronóstico.*—Grave, como el de todos los puerperismos, lo es menos que el de la metritis y la metro-peritonitis generalizada.

Cuando tiende á supurar aumenta la gravedad, pues por poco endeble que sea la constitucion de la paciente, acaba por la caquexia pyohémica. La induracion del tumor, es la terminacion más favorable.

*Tratamiento.*—En el primer período de la enfermedad debe emplearse las evacuaciones de sangre locales, ya por medio de sanguijuelas, ya de ventosas escarificadas, y luego las fricciones mercuriales, teniendo en cuenta la regla general del tratamiento de las puerperitis, de que no conviene llevar muy allá la evacuacion sanguínea, pues no podría tolerarla el estado ya débil de la paciente. Al estar en el período de induracion convienen los resolutivos, pomada mercurial y yodurada, y los vejigatorios. Si llega á verificarse la supuracion, en cuanto el absceso tienda á abrirse al exterior, se favorece por medio tambien de los vejigatorios, y últimamente se abre por medio del trócar ó del bisturí, mas esto únicamente cuando la fluctuacion sensible, la perfecta limitacion, y la inmovilidad del tumor, indiquen una completa adhesion á las paredes abdominales. Una de las condiciones que no deben olvidarse es la sujecion de la enferma en la cama, puesto que esa inmovilidad es la mejor garantía de que no se presenten los síntomas de generalizacion de la peritonitis (1).

**Peritonitis intra-pélvica.**—Esta forma de peritonitis parcial, es la descrita por Bernutz y Goupil con el nombre de *pelvi-peritonitis*, y por Aran con el de *perimetritis*; es la inflamacion del peritoneo que recubre la matriz y sus anexos, y deben referirse á ella la mayor parte de los llamados flegmones periuterinos.

*Anatomía patológica.*—Sumamente análoga esta enfermedad á la que acabamos de describir, puede presentar en la autopsia los caracteres de la inflamacion sero-adhesiva, ó de la purulenta. En el primer paso, el exudado sero-fibrinoso acumulado entre los pliegues peritoneales que presentan los caracteres de la hiperemia, puede producir la union y aglutinacion entre sí de los diferentes órganos de la excavacion, como por ejemplo, el útero con el recto, ó con la vejiga, del útero con las hojas de los ligamentos anchos, ó del borde superior del útero con la S del colon (Siredey). Esas uniones están sostenidas, ya por la simple acumulacion del exudado entre aquellos órganos, ya por la interposicion de falsas membranas organizadas que constituyen bridas ex-

(1) Véase para más detalles, Hervieux, *Traité clinique et pratique des maladies puerperales*, pág. 195 y siguientes.

tendidas de uno á otro punto de la citada region, formando de esta suerte una intrincacion notable de los órganos comprendidos en aquella zona.

Más adelante, representando ya la peritonitis supurada, se encuentra el peritoneo enrojecido, denso, cubierto de falsas membranas, y en su seno una cantidad variable de sero-pus, unas veces verdoso ó amarillento con copos fibrinosos, otras francamente purulento, en cuyo caso suele acumularse en el punto más declive de la region, muy comunmente encerrado en una especie de quiste que le forman las falsas membranas. En otras ocasiones es un pus concreto, pegajoso, que se extiende como un barniz por la superficie de las hojas peritoneales, y finalmente en los casos más raros, formando verdaderos abscesos entre los pliegues de los ligamentos. Compréndese fácilmente que cuando llega este caso no cabe distincion entre este resultado de la peritonitis intra-pélvica y los flegmones de los ligamentos anchos; la distincion será puramente teórica.

Coinciden con las lesiones expuestas, las propias de la ovaritis y de la metritis, y en algunos casos, las de la metro-peritonitis general. Se la vé tambien con frecuencia acompañar á la flebitis uterina.

*Sintomas.*—Los de esta afeccion son los mismos que los de la metro-peritonitis generalizada, pero con mucha menos intensidad. Así es que no hay ó es muy lijero el escalofrío inicial; el dolor, limitado á la region pélvica profunda, es menos intenso, la calentura poco graduada, y las náuseas, vómitos y diarrea, si aparecen al principio, se suspenden muy pronto. La constipacion es un fenómeno más constante. A los pocos dias de la enfermedad existe ya tumefaccion, pero que no se puede apreciar bien por la profundidad á que está situada, y únicamente cuando aumenta algo puede reconocerse por la presion en el hipogástrico: el conocimiento exacto del sitio y naturaleza de la tumefaccion debe conseguirse por medio del tacto vaginal y del rectal. Por el primero se reconoce el estado de la vagina propio del periodo puerperal, así como el del útero que corresponde á igual periodo, más los caracteres que pocas veces faltan de la metritis; es raro que los loquios estén modificados; en caso afirmativo se hallan lijeramente disminuidos. El útero suele estar elevado ó inclinado y fijo, y uno ó ambos fondos de saco vaginales empujados hácia la vagina, y puede apreciarse al través de sus paredes la naturaleza del tumor que los ocupa superiormente. Cuando

la peritonitis se ha fijado principalmente hácia la parte posterior del útero, es por el fondo de saco posterior, y por el tacto rectal como mejor se encuentran los caracteres de la tumefaccion.

Es comun ver que todos estos síntomas locales, lo mismo que la calentura, desaparecen rápidamente en muy pocos dias, á beneficio de un tratamiento bien dirigido; pero en otros casos sucede al revés, y la marcha de la enfermedad, aunque tienda á la curacion, es lenta. El aspecto general de la paciente es entonces desagradable, y aunque no presente ese sello especial de sufrimiento y contractura propio de la peritonitis generalizada, sin embargo la palidez, el hundimiento de ojos, la sed, etc., le imprimen un aspecto especial y característico. Las recrudescencias se presentan con facilidad.

*Curso y terminacion.*—El curso que sigue la peritonitis intrapélvica, excepcion hecha de los pocos casos en que corre rápidamente á su resolucion, es lento y de aspecto crónico, pudiendo reconocérsele las mismas terminaciones que á la peritonitis iliaca. Cuando empieza á supurar se repiten los escalofrios y aparecen los síntomas de la fiebre héctica, hasta que consigue abrirse el absceso por el intestino, ó al exterior. Si la evacuacion del pus es completa, la curacion es rápida; si no se verifica bien, se forman trayectos fistulosos, y puede sobrevenir el estado caquéctico propio de la pyohemia.

Algunas veces complican esta forma de peritonitis las metrorragias y los accidentes histerálgicos, que han llamado singularmente la atencion de Bernutz.

*Diagnóstico.*—Repetiremos aquí lo dicho anteriormente, esto es, que en absoluto no es difícil conocer la existencia de la peritonitis, pero debe distinguirse de la metritis, el hematocele perituterino, el flegmon iliaco, la ovaritis y el flegmon de los ligamentos anchos. El primer diagnóstico diferencial no es difícil formularlo; en la metritis el útero conserva un volumen mayor del normal, forma salida por encima del púbis, está sensible á la presion, y parten de él los fenómenos de la inflamacion. En el otro caso se reconoce una tumefaccion que no está en la matriz, al paso que esta, que ha disminuido de volumen, se halla más ó menos dislocada por el tumor que la empuja, y que se reconoce por el tacto vaginal y rectal. Del hematocele se distinguirá por la manera de producirse el escalofrio, que siendo único y moderado en la peritonitis, se presenta en el hematocele repetido á cada

cantidad de sangre derramada, siendo acompañado de lipotimias y síncope: en la peritonitis hay reaccion, en el hematocele más bien tendencia á la algidez. Del flegmon iliaco, lo mismo que de la peritonitis iliaca, se distinguirá por el sitio en que se desarrolla la tumefaccion, que es en estos más superficial, no se encuentra por la vagina y no disloca ni adhiere á la matriz. En cuanto á la diferencia entre la metritis peri-uterina y el flegmon de los ligamentos anchos, es puramente teórica, puede decirse que es la misma enfermedad, con iguales caracteres anatómicos y sintomatológicos, no siendo casi nunca posible decir si la exudacion ó la coleccion sero-purulenta que se encuentra entre las hojas de los ligamentos procedió en primer lugar de la misma sustancia del peritoneo inflamada, ó del tejido conectivo sub-peritoneal, puesto que ambos fenómenos coexisten.

*Pronóstico.*—Tiene iguales grados de gravedad que el que se refiere á la peritonitis iliaca.

*Tratamiento.*—Mientras la inflamacion persiste en su primer periodo y no es más que sero-adhesiva, tiene aplicacion aquí cuanto hemos expuesto para el tratamiento de la peritonitis iliaca. Cuando se hace purulenta y se enquistada, debe emplearse en primer lugar un tratamiento general basado en los tónicos, los estimulantes y los antisépticos para prevenir la caquexia pyohémica. La intervencion quirúrgica es aquí más difícil que en la variedad anteriormente descrita, y solo cuando presenta tendencia á abrirse por la pared abdominal anterior, puede ayudarse ese conato de la naturaleza por medio del tratamiento que se usa en los abscesos del higado. Se puede tambien en tales casos, cuando el estado general se presenta amenazador, hacer la evacuacion del quiste ó del absceso, por medio del trócar aspirador de Dieulafoi. Este método sin embargo presenta á veces un grave inconveniente, cual es la naturaleza densa, grumosa y consistente del humor contenido, razon por lo cual prefieren muchos cirujanos la abertura ancha y desahogada por medio del bisturi. Abierto el absceso, aconsejan algunos tratarlo por medio de inyecciones detergentivas, práctica que está poco admitida. Tambien puede hacerse la puncion ó abertura por el fondo de saco vaginal que corresponde al foco purulento, mas esto solamente en los casos perfectamente comprobados, de estar el absceso en contacto inmediato con la citada region vaginal. La operacion no es fácil, y sus resultados son menos favorables que los que dá la abertura al través de las paredes abdominales.

**Ovaritis. Flegmon de los ligamentos anchos.**—Estas dos inflamaciones completan el número de las que pueden referirse al grupo de las peritonitis parciales. El ovario no parece que se inflame primitivamente, y cuando así se presenta debe referirse el proceso flogístico al que ha tenido lugar en la hoja peritoneal que le cubre. Lo mismo sucede como ya hemos indicado con el flegmon de los ligamentos anchos, de modo que estas dos afecciones son como una hijuela de la peritonitis intra-pélvica, de la misma manera que el flegmon de la fosa iliaca lo es de la peritonitis iliaca. La ovaritis, sin embargo, en los casos en que aparece aislada, es menos intensa que las otras inflamaciones de igual procedencia, lo cual se debe á la reducida extension de la parte de peritoneo que lo cubre; en cámbio tiene gran tendencia á tomar la forma crónica.

La historia práctica de estas afecciones, es decir, lo que se refiere á los síntomas, diagnóstico y tratamiento, viene ya descrito en los párrafos anteriores, al estudiar lo que corresponde á las metritis regionales.

**D.—METRO-FLEBITIS.**—Una de las más importantes variedades de puerperismo es la inflamacion de las venas. Bajo el punto de vista general de la patogenia ha hecho plantear este tema dos cuestiones: 1.<sup>a</sup> Si se inflaman todas la tunicas que constituyen las venas, ó queda inmune la interna. 2.<sup>a</sup> Si á la flebitis precede de un modo constante la formacion de un coágulo, y de consiguiente es una consecuencia de la trombosis. Las varias opiniones que sobre esta doctrina han emitido los diferentes autores, han sido defendidas por hombres tan ilustres como Virchow, Callender, Robin, etc., pero nosotros no entraremos en su exámen porque corresponden más bien á un curso de anatomía y fisiología patológicas. Lo que nos importa saber es que la flebitis existe y se demuestra por lesiones anatómicas bien manifiestas; la génesis de la misma nos importa poco despues que sabemos que se desarrolla bajo la influencia directa de la puerperalidad. La trombosis existe en algunos casos, pero ocasiona fenómenos tan distintos de los que son efecto de la inflamacion supurada, que no pueden formar por ningun estilo dentro del mismo cuadro nosológico. Por esto, aunque separándonos de la opinion que algunas autoridades hañ sentado como absoluta, admitimos las dos antiguas formas de la flebitis; una *supurante* á la cual referimos un gran número de los puerperismos

inflamatorios, y es el principal origen de la infección purulenta, y otra *coagulante*, que dá lugar á otro grupo, de síndrome y de importancia clínica muy distintas, caracterizado por las trombosis. Esto no prejuzga nada acerca la primitiva génesis de las flebitis, que puede admitirse tal como la acepta Virchow, pero que tomaremos para nuestras aplicaciones tal como nos la demuestran las autopsias y de consiguiente en pleno desarrollo.

*Anatomía patológica.*—De ordinario se encuentran las lesiones de la metritis tal como las hemos anteriormente descrito, pudiendo verse ese detritus especial que cubre la superficie uterina, y muy especialmente la superficie de implantación placentaria. Sin embargo, en algunos casos se observa la metritis sana, y no solamente ella, sino los mismos senos uterinos ofrecen un aspecto igual al que presenta la matriz en un puerperio normal. Este es uno de los hechos en que con más insistencia han basado su opinión los partidarios de la fiebre puerperal *esencial*. Sin embargo, cuando no se han encontrado tales lesiones, es simplemente porque no ha habido metritis; en vez de empezar por el útero la inflamación, ha empezado por las venas, siendo flebitis *d'emblée*, y en tal caso la lesión anatómica tiene que buscarse más alta en un punto del trayecto de la vena quizás bastante apartado de la matriz.

Después de esto, examinando las venas se encuentran sus túnicas, empezando por la externa ó adventicia inyectadas, como edematosa y algo engrosada (*periflebitis de Virchow*): la túnica media está endurecida, como *arterializada*, de un blanco amarillento y elástico. Estos caracteres se observan en un trayecto más ó menos largo, y á veces en diferentes secciones de una vena. En cuanto á las alteraciones de la túnica interna, que son las puestas en duda por muchos autores, hemos observado nosotros mismos las siguientes. Algunos senos uterinos, no todos por lo común, presentan su superficie descolorida con manchas de un color vinoso; engrosada y reblandecida, y como desprovista de su epitelio, que se separa fácilmente rascándole con el mango del escalpelo. En los senos enfermos se observan coágulos sanguíneos que lo llenan en parte, y forman salida al exterior por una especie de cono terminal: este coágulo es fibrinoso, pero bastante blando y cubierto de unos puntos blancos adherentes. Si se examina al microscopio ese coágulo se le vé formado por fibrina mezclada con células epiteliales, glóbulos de grasa, y leucocitos. Este carácter patológico se encuentra en las venas

que corresponden á la superficie útero-placentaria; pero la alteracion de la túnica puede observarse en cualquiera de las venas del útero, y más especialmente las que corresponden á los bordes, y á la union del cuerpo con el cuello. Más adelante, es decir, cuando la enfermedad se ha prolongado bastante, pueden reconocerse cubriendo las porciones manchadas de la superficie interna de la vena, verdaderas placas de pus. No son solamente las venas uterinas las que ofrecen al análisis estas lesiones; se encuentran en las venas ilíacas, en la cara inferior y con el doctor Rull tuvimos ocasion de verlas en el endocardio del ventrículo derecho. Aun hay más; en algunas ocasiones la matriz se ha presentado sana, del volúmen, consistencia y aspecto normal; los senos uterinos sin alteracion visible, y sin embargo hemos podido observar en las venas uterinas y en las ilíacas, los caracteres marcadísimos de la endoflebitis supurada y hasta de la verdadera ulceracion (1).

Quando ha sobrevenido la muerte en un período ya muy adelantado de la enfermedad, se encuentran las lesiones anatómicas propias de la pyohemia; abscesos metastásicos en los pulmones, en el hígado y en los riñones; colecciones sero-purulentas en la pleura, é inflamaciones supuradas de algunas articulaciones.

Como la flebitis puede coincidir con la peritonitis, se pueden encontrar junto con las lesiones descritas, las propias de esta última enfermedad. Sin embargo, no es comun esto, y en cámbio es la flebitis una de las afecciones puerperales que más comunmente se presenta sola é independiente de sus congéneres.

Como cuestion de fisiología patológica se discute, si el pus que se encuentra en las venas se forma directamente en ellas por inflamacion y supuracion de su tejido, ó bien es llevado á la sangre por absorcion desde el útero. Dejamos esta cuestion íntegra á la resolucion del criterio fisiológico que se estime conveniente adoptar, puesto que en nada afecta á la solucion práctica de lo que corresponde á la patología puerperal.

*Sintomas.*—La flebitis tiene de ordinario una marcha oscura é insidiosa al principio, en términos que es frecuente ver explotar los síntomas que caracterizan un período adelantado, antes de haber podido apreciar nada alarmante. Su division en dos perio-

---

(1) En estos casos puede haber sucedido una de dos cosas; ó la flebitis ha empezado en un punto ya elevado del árbol venoso, ó empezó en la matriz y desde allí se propagó, pero se curaron y desaparecieron las lesiones de los vasos uterinos antes del término de la enfermedad.

dos es bastante práctica y puede muy bien servir de pauta para su descripción.

*Primer período.*—Es el que podría llamarse de localización del proceso flogístico. Suele empezar, como casi todas las afecciones puerperales, con un escalofrío, que aparece al 3.º, 4.º ó 5.º día; poco intenso y seguido de una regular reacción. Hemos visto casos en que después de este escalofrío y de una mediana calentura, quedaba la enferma como si nada tuviese; tranquila, con regular apetito, lengua húmeda, poquísima ó ninguna sensibilidad en el vientre, calor moderado de la piel, y lo único que llamaba la atención era una frecuencia de pulso que estaba sobre 100 pulsaciones. En otros casos el escalofrío es duradero, en términos de prolongarse algunas horas, sin poder conseguir la reacción, y siendo acompañado de alguna cefalalgia y quebrantamiento muscular. Al establecerse la reacción, ó algún tiempo después, siente dolor en el hipogástrico, no vivo y lancinante como en el de la peritonitis, sino más bien gravativo y sordo, bastante profundo y referible exactamente al útero. Es común que coincida con este dolor el dolor lumbar, y en algunos casos dolores articulares. Los loquios no sufren alteración. La lengua se presenta en estado natural, húmeda, rosada, pero hay mucha sed: el apetito suele conservarse, la cara guarda su expresión normal, en una palabra, si no fuese la frecuencia del pulso y la sed, nada indicaría un estado patológico. Este período dura desde dos á diez días, durante los cuales apenas se ofrece variación, pero de repente, y sin haber llegado á ello por gradación ninguna, explotan los síntomas del segundo período.

*Segundo período*—que podremos considerar como de generalización de la enfermedad. Se indica por una repetición de los escalofríos, que aparecen cotidianamente; después de cada uno de ellos el pulso se eleva á 120 ó 130 pulsaciones; la piel está ardorosa y en algunos casos como urente: la temperatura se eleva hasta 39'5 con oscilaciones de 0'5 y 0'8, en los períodos de remisión; la cara está animada y con rosetas vivas en los pómulos, los ojos brillantes, la lengua suele cubrirse de una capa blanquecina y está algo seca; suele presentarse una diarrea serosa; el abdomen ligeramente abultado está doloroso al tacto, sobre todo en la región periuterina, y puede por la exploración reconocerse la presencia del cordón de Behier. Los loquios suelen disminuir algo en cantidad, y á veces cambia su olor característico, por otro fétido y más intenso. Es fácil ver aparecer una

erupcion miliar blanca sobre fondo rojo, que tiene su principal asiento en los tegumentos del pecho y del abdómen. Si la enfermedad no se contiene en este punto, lo cual no es frecuente, empieza á interesarse visiblemente el sistema nervioso; hay agitacion, insomnio pertinaz, presentimientos tristes, incoherencia de ideas, y luego verdadero subdelirio y musitacion. La respiracion se hace dificultosa y jadeante. En último término la adinamia se pronuncia en toda su intensidad, las defecaciones líquidas y fétidas se hacen involuntarias, la piel se arruga y toma un color subictérico, húndense los ojos, fórmanse escaras gangrenosas en la vulva y en las regiones ciáticas, sobreviene el estertor y la muerte.

Si la enfermedad ha de tener un fin laudable, suele presentarlo antes de entrar en el segundo período; una vez iniciado este es muy difícil la curacion, y no se ven ejemplares de ellas despues que los síntomas adinamo-atáxicos han desplegado todo su vigor.

*Curso, duracion y terminacion.*—Aunque esta enfermedad es aguda, puede presentar, y es lo más comun, una notable lentitud en su marcha. Pocos son los casos en que recorre su curso en ménos de 15 días, y frecuentemente se prolonga 20, 30 y hasta 40 en que fallece la enferma. Es fácil ver en este período de tiempo notables oscilaciones, remisiones sostenidas hasta el punto de hacer creer en una crisis favorable, esperanza desvanecida prontamente por la exacerbacion notable de los síntomas, que acaban al fin con las fuerzas de la enferma. De aquí que la terminacion más comun de la enfermedad sea por la muerte. Esto sin embargo no quiere decir que no se obtengan algunas curaciones. Cuando esto sucede, la convalecencia es larga, penosa, y sujeta á complicaciones. Entre estas debemos notar especialmente la flebitis obliterante (flegmasia alba dolens), la mneumonía pasiva, las artritis, etc.

*Diagnóstico.*—La metro-flebitis puede confundirse con la metro-peritonitis en un principio, antes que se caractericen los síntomas del segundo período. Sin embargo, la marcha de las dos enfermedades es bastante distinta, para poder formular las principales bases de distincion. Todo lo que en la peritonitis es actividad, desarrollo franco, flógosis llevada hasta sus extremas consecuencias, es en la flebitis vacilacion, marcha larvada al principio, y luego el cuadro de la lucha entre la naturaleza que reacciona para librarse de él, y el elemento extraño que ha penetrado

en la sangre, y un conjunto de síntomas adinámicos y atáxicos, que son la última expresión de la pyohemia. Sobre este conocimiento no cabrá duda mas que al principio de la enfermedad; una vez en completo desarrollo su naturaleza es muy evidente.

*Pronóstico.*—El de la flebitis es grave. Ya hemos dicho que las curaciones que se obtienen son en el primer período, es decir, mientras no hay más que el proceso flogístico del útero; pero una vez ha penetrado el pus en la corriente sanguínea, es poco menos que un caso desesperado.

*Tratamiento.*—Al principio de la enfermedad se trata de la misma manera que la metritis; es decir, por los mercuriales, y las aplicaciones de hielo. El uso de las fricciones mercuriales hechas con energía desde las primeras sospechas de la enfermedad, nos ha dado siempre ventajosos resultados. No así las emisiones sanguíneas locales, que solamente las consideramos indicadas al principio, cuando los síntomas de inflamación uterina son muy manifiestos é intensos. Háse aconsejado en este mismo período la hipecacuana, á la dosis de 15'50 centíg. el sulfato de quinina, el alcoholaturo de acónito, etc. El tratamiento que nos parece más racional y fundado en la naturaleza de la enfermedad, es en un principio las fricciones mercuriales, pero sostenidas hasta el ptialismo; si este se consigue, hay casi seguridad de que se ha dominado la enfermedad. Si esta pasa al segundo período, debe establecerse un plan tónico en toda su extensión; para esto preferimos sobre todos los demás medios, el vino y la quina, administrándolos sin reserva, muchas veces sin dejar de sostener la medicación mercurial.

Algunos síntomas deben tratarse por medios especiales; así el insomnio se tratará con los preparados de ópio y preferentemente con la morfina, ó bien con el cloral; el delirio, con el mismo ópio, el bromuro potásico, y el alcanfor. Debe atenderse muchas veces á la secreción loquial, cuyo olor fétido arguye desde luego perversas propiedades; las inyecciones con agua fenicada ó agua clorurada son las más indicadas, lo mismo que lociones con la primera de dichas soluciones cuando se presentan escaras en la vulva, en el sacro, ó en las regiones isquiáticas. No debe descuidarse durante este tratamiento la alimentación por sustancias analépticas fácilmente absorbibles.

*E.*—ANGIOLEUCITIS.—El estudio de esta variedad de las inflamaciones puerperales se debe á Danyau, Nonat, Tonnelé y Virchow, pero muy especialmente á Lucas Championniere. Puesta

en duda por algunos, está hoy perfectamente demostrada su existencia como otra de las variedades de las enfermedades puerperales.

*Anatomía patológica.*—Los vasos linfáticos que cruzan el útero en todas direcciones se presentan unas veces engrosados y endurecidos, de manera que en vez de presentarse traslúcidos á la vista, aparecen opacos; en algunos casos más raros se presentan por el contrario más delgadas sus paredes. Al exterior se presentan desiguales y amarillentos; al interior, por el contrario, lisos y blancos, siendo su aspecto como ampolloso ó *moniliforme*. La materia que contienen puede presentar dos caracteres distintos: en un caso es una concrecion fibrinosa blanco-amarillenta y compacta, que segun Virchow constituiria una verdadera trombosis linfática. En otros casos el contenido es liquido, y constituido por verdadero pus. Cuando los linfáticos enfermos son superficiales, la porcion de membrana serosa que los cubre participa tambien de la inflamacion, y se cubre de falsas membranas, que segun Lucas Championniere son las acompañantes seguras de la lesion linfática. Los gánglios parece que no se afectan solidariamente con los linfáticos.

Iguales lesiones que los vasos externos presentan los demás que se encuentran en los anexos del útero.

*Sintomas, marcha y terminaciones.*—La historia sintomatológica de esta enfermedad está hoy por hacer. La angioleucitis acompaña casi siempre á la flebitis, y no pocas veces á la peritonitis. Así es que caracteres propios hasta hoy no han podido asignársele. Sin embargo, del corto número de observaciones recogidas por los autores que han estudiado la enfermedad, se desprende que su síndrome, y todos sus caracteres nosográficos difieren muy poco de los de la flebitis, por lo cual se pueden referir á esta las nociones de la linfangitis.

*Diagnóstico, pronóstico y tratamiento.*—Por iguales consideraciones no pueden precisarse estos extremos. De la flebitis no puede distinguirse durante la vida, y por lo tanto al presentarse un cuadro sintomatológico que ya conocemos, lo referiremos á la flebitis, y como si de este exclusivamente se tratara, estableceremos la medicacion.

**Pyohemia.**—Las diferentes formas de puerperismo que acabamos de estudiar, suelen tener por terminacion la infeccion purulenta; sin embargo, en ninguna de ellas sucede con la constancia que con la flebitis. Algunos autores hasta han negado que se ve

rifique la indicada absorcion en la metritis y en la metro-peritonitis, fundándose en que no se encuentran ni en vida los síntomas que constituyen aquel estado morbozo, ni despues de la muerte los detalles microscópicos que la caracterizan. Esto consiste principalmente que en las dos citadas formas muere la enferma antes de que aquel estado se produzca, porque la intensidad de los desórdenes del primer periodo es bastante para acabar con el organismo; ó bien una feliz influencia del tratamiento ayuda á la naturaleza á terminar la enfermedad por resolucion. Pero en los casos en que resiste el organismo el empuje de la inflamacion y no cede tampoco la enfermedad, fórmanse grandes colecciones purulentas en el seno mismo de la matriz ó en la cavidad peritoneal, y no tardan en presentarse síntomas de infeccion purulenta, que luego la autopsia identifica con la comprobacion de abscesos metastásicos.

Háse dicho tambien que fuera de la metro-flebitis, en la cual no cabe dudar de la mezcla del pus con la sangre, puesto que puede verse en la cavidad de las venas, en las demás formas de puerperismo la formacion de pus en diferentes puntos del organismo, obedecia á otro estado orgánico, á la llamada *diátesis purulenta*, disposicion especial del organismo que favorece las supuraciones, y que se supone inherente al estado puerperal. La existencia de esta diátesis nos parece evidente; difícil es *á priori* decir cómo y por qué razon produce el puerperio esta disposicion ó tendencia á terminar por supuracion las inflamaciones; pero aunque falta de esto una explicacion satisfactoria, el hecho se comprueba constantemente, y debemos admitirlo, como fenómeno realmente experimental. Pero de admitir esto, á aceptar que síntomas bien marcados de pyohemia se refieran exclusivamente á la diátesis purulenta, hay alguna distancia.

Nosotros admitimos las dos cosas. La diátesis purulenta como disposicion orgánica hija de las condiciones especiales que reúne el estado puerperal, en virtud de cuya diátesis las inflamaciones que entonces tienen lugar, supuran de una manera fatal á pesar de cuanto haga el Arte para impedirlo; hay en muchas ocasiones verdaderas supuraciones *d' emblée*, como dicen los franceses. En virtud de esta diátesis la metritis es supuratoria desde un principio, y lo es la metro-peritonitis y la metro-flebitis, y esos estados todos lo son aun cuando se curen: la diátesis existe aun cuando no lleguen á supurar, existe en estado

latente ó de potencia, no convencional ú ontológica, sino como propiedad real inherente entonces á los tejidos. La pyohemia al contrario es un resultado final, una última etapa de las inflamaciones puerperales. Como á tal no puede presentarse mas que cuando la manera de desarrollarse los procesos orgánicos le dan tiempo para ello. Por esto le vemos más frecuentemente en la flebitis uterina, porque en esta la marcha de la enfermedad en su primer período, mientras está limitada á las venas uterinas, ni produce grandes trastornos, ni debe de ordinario ocasionar la muerte: la supuracion existe sin embargo, y los síntomas externos la han puesto de manifiesto. La lentitud de esos procesos dá tiempo á que la supuracion adelante, se apodere la sangre de sus elementos, los arrastre consigo en su circuito, y acabe por producir esa série de fenómenos típicos de la más grave de las discrasias, la pyohemia.

Cuándo quede definitivamente establecida esta lesion, bien pocas garantías hay de salud para la enferma. Desgraciadamente hasta hoy dia no ha descubierto la Ciencia un agente capaz de obrar de una manera eficaz y segura sobre el pus que en la sangre se contiene, ni siquiera de evitar los funestos efectos que esta infeccion produce sobre la mayor parte de las manifestaciones funcionales. Es verdad que alguna medicacion se vé á veces seguida de éxito lisonjero, mas nosotros estamos inclinados á creer que cuando esto se consigue es porque se ha modificado la inflamacion local, hasta el punto de suspender la formacion de pus, en una época anterior á la infeccion, ó cuando por lo menos, eran relativamente pequeñas las cantidades absorbidas. Entonces reacciona el organismo, el pus se elimina por medio de la formacion de abscesos, y puede completarse la curacion. Los medios que pueden conducir á este resultado son los tónicos, y muy especialmente los alcohólicos.

El resultado más característico de la infeccion purulenta son los abscesos metastásicos. Su sitio predilecto en los puerperismos son los pulmones y el higado, en cuyos órganos rara vez dejan de encontrarse, cuando ha fallecido la enferma bajo la accion bien manifiesta de la pyohemia.

**Tratamiento del puerperismo inflamatorio.**—Aparte los medios especiales de tratamiento que acabamos de indicar para cada una de las variedades ó localizaciones de la inflamacion puerperal, puede presentarse un método ó plan curativo dirigido al conjunto de fenómenos iniciales, ó si se quiere á la inflama-

cion fundamental. Cumpliendo con esto la verdadera indicacion morbosa, es indudable que en la mayoría de casos se llegará más eficazmente á la curacion de la enfermedad, que no atendiendo solamente á la indicacion sintomática que parte de la localizacion del proceso flogístico, sobre todo si á esto se llega con la debida oportunidad.

El tratamiento de la inflamacion, pues, lo establecemos como base de conducta é indicacion morbosa, al propio tiempo que se atienda á las indicaciones especiales que puedan surgir en cada una de las formas estudiadas.

Como medio de llegar á este fin, se presentan en primer término las evacuaciones sanguíneas generales, medio antiflogístico expoliativo de primera fuerza, preconizado desde muy antiguo y usado aun con bastante frecuencia en nuestros dias. Sin embargo, el conocimiento que tenemos hoy de la naturaleza de la inflamacion, y más especialmente de la inflamacion puerperal, no permite aceptar como tratamiento comun á todos los casos la sangría; más aun, somos de parecer que solo excepcionalmente debe el práctico recurrir á este medio, que reservará para el caso en que se reúnan las siguientes condiciones en la enferma: temperamento visiblemente sanguíneo, constitucion fuerte, estado de plétora *verdadera* durante la gestacion, inflamacion aguda generalizada al peritoneo *sin indicios de supuracion*, pulso frecuente y lleno, temperatura á 40°, difnea y amagos de congestion cerebral. En tal situacion es admisible y será útil abrir la vena, pero fuera de este caso debe prescindirse de la sangría general y acudir solamente á las locales, si los sintomas de marcada hiperemia lo reclaman, como en su lugar hemos expuesto.

Eliminado como procedimiento general este medio, se nos presenta el uso de los antiplásticos, y muy especialmente del mercurio. La propiedad reconocida en esta sustancia de alterar la constitucion de la sangre, responde perfectamente á la necesidad que hay que llenar en los casos de puerperismo inflamatorio. Nosotros hemos usado principalmente las fricciones mercuriales sobre el abdomen, empleando diariamente en esta operacion de 10 á 40 gramos de la pomada terciada, según el grado de intensidad de la inflamacion. Cuando el estado de las vías digestivas lo ha permitido, hemos usado al propio tiempo los calomelanos á la dosis de 0'005 miligramos cada dos horas. De ordinario tarda en establecerse el ptialisino, pero al fin aparece; y aunque no pueda

decirse en absoluto que toda enferma que llegue á salivar está salvada, la verdad es, que en la mayoría de casos este signo de la absorcion mercurial lo es de la declinacion de la enfermedad. Hemos tenido ocasion de usar este tratamiento en gran escala en la Clínica de Obstetricia de Barcelona en épocas de epidemia puerperal, es decir, en las menos abonadas para obtener buen éxito, y el que hemos conseguido ha producido en nosotros la conviccion de que es el más generalmente aplicable á todas las formas de inflamacion puerperal. No debe, empero, retardarse su aplicacion, sino empezar las fricciones desde que aparecen los primeros síntomas. El ptialismo lo tratamos con el clorato de cal en colutorio y al interior, y tambien con notable éxito por medio de colutorios con aguardiente, ya puro, ya dilatado en agua.

El emético se ha empleado como base de un tratamiento general, pero solo es aplicable á reducidos casos, y lo mismo podemos decir del acónito y la aconitina, que consideramos de poca utilidad. El hielo, aunque destinado á cumplir una indicacion especial, puede considerarse como antiflogístico por disminuir considerablemente la temperatura, lo cual no significa poco en el caso que nos ocupa.

Desarrollada ya la pyohemia, á ella debe dirigirse el tratamiento, ya con muchas menos garantías que antes de la absorcion del pus. Nosotros seguimos aun con los mercuriales en este período, pero asociándoles el alcohol, la quina, la quinina, y una alimentacion analéptica; en una palabra, todos los medios que pueden contribuir á prestar á la naturaleza las fuerzas que necesita para eliminar del organismo el elemento morboso que lo destruye.

## 2.—PUERPERISMO INFECCIOSO Ó SÉPTICO.

Hemos dicho en un principio que no era simplemente la inflamacion el origen de todos los procesos morbosos inmediatos al parto. La inflamacion impulsada por la diátesis purulenta crea esa porcion de estados patológicos que acabamos de estudiar y que representan el primer papel entre las causas de mortalidad de las púérperas; pero al lado de él, existe otro proceso morboso que dá razon á su vez de algunos hechos que la inflamacion no puede explicar. Este es el proceso séptico, es decir, la absorcion por el organismo de los productos de la descomposicion orgánica, que resultan del mismo trabajo funcional que acaba de realizarse.

Para comprender esta idea es menester aclarar dos puntos de anatomía patológica: 1.º El estado de los órganos que han intervenido en el parto. Recuérdese que la matriz se encuentra en un período de regresión, y por lo tanto ingurgitada y como empapada de líquidos, y de sustancia grasa, procedente de la degeneración de la fibra muscular; que la mucosa uterina mal conformada representa una aglomeración de elementos que deben organizarse y á los cuales les falta trabazón y elementos vasculares; que la porción en que se implantó la placenta, presenta no solo esta falta de organización de los elementos de la mucosa, sino también una gran porción de vasos anchamente abiertos y en relación directa con la circulación centripeta; finalmente, que todo el organismo se resiente del trabajo sufrido, y se halla en un estado semi-anémico debido primitivamente á la modificación de la crisis de la sangre por la gestación, y consecutivamente á las pérdidas de sangre sufridas durante el parto y principios del puerperio. El 2.º hecho, es que el aparato genital se ha hecho asiento de una excreción ó eliminación de productos orgánicos inútiles, como la sangre que se escapa de los vasos rotos, el exudado de la superficie mucosa, los glóbulos de grasa y los leucocitos que constituyen todos juntos el flujo loquial. Este es, pues, un líquido de excreción, de tal manera constituido, que reúne el mayor número de circunstancias para descomponerse, y en tanto es así que de la manera más fácil se convierte en putrúlagos con solo el contacto del aire exterior.

Ahora bien; dados estos precedentes, puede suceder lo siguiente: 1.º los tejidos macerados y alterados que constituyen particularmente la capa interna de la cavidad uterina se hacen asiento de un proceso necrobiótico: no se necesita mas que el aumento de los elementos grasos, la formación de pigmentos á que fácilmente se presta la sangre y la descomposición química de alguno de los elementos anatómicos para ver una verdadera gangrena molecular. Y este hecho ni es raro ni difícil de comprobar. Desde luego, en la mayor parte de autopsias de las fallecidas de metro-peritonitis, sobre todo en tiempo de epidemias, se puede ver esa capa pultosa, homogénea, verde-oscura, que se separa en forma de papilla ó detritus, y de olor gangrenoso manifiesto. Esto ni debe tomarse como un producto de descomposición cadavérica, porque no lo es, ni como un resultado del proceso flogístico, que no dá lugar á ello, sino que produce las alteraciones anatómicas que pueden perfectamente reconocerse

en el útero por debajo de la capa pultánea. Lo particular es que semejante alteracion se vé en muchos casos en que no ha habido tampoco sintomas inflamatorios localizados, ni de flebitis en su segundo período, sino un síndrome muy parecido al del tifus, y en general al de las enfermedades sépticas. Lo que en tales casos se produce es una verdadera necrobiosis, una destruccion molecular de tejido facilitada por todas las condiciones locales y generales de aquel período fisiológico. ¿Y qué ha de suceder entonces? Una sustancia descompuesta, un producto gangrenoso de la peor especie, puesto en contacto de una superficie descubierta, con grandes boquillas que comunican con el sistema venoso, nos parece la misma situacion de una úlcera ó de una herida en cuya superficie se desarrolla un proceso diftérico, ó un proceso gangrenoso; la absorcion no puede dejar de verificarse, los elementos sépticos entran en la sangre, y el septicismo concluye por establecerse. Aquí hace el mismo papel *bis á bis* de la sangre el detritus molecular orgánico, que en la pyohemia hacia el pus: tenemos pues establecida la *septicemia*.

2.º Puede esta originarse de otra suerte. Los elementos orgánicos segregados durante el período puerperal, y eliminados del cuerpo, se descomponen rápidamente. Esto se comprueba todos los dias aun en los puerperios fisiológicos. Si á esta descomposicion normal, se añade la produccion de elementos gangrenosos procedentes ya de escaras, ya del mismo estado que antes hemos descrito, tendremos creada al rededor de la puérpera, ó de muchas puérperas si se trata de una maternidad ó de un hospital, una atmósfera infecciosa, cuyos miasmas no pueden menos que obrar sobre los organismos con quienes están en contacto.

¿Cómo obrarán esos elementos sépticos? ¿por qué vía penetrarán en la sangre? No titubeamos en hacer aplicacion aquí de las nociones generales acerca la infeccion, y dejar sentado que los miasmas procedentes de la descomposicion orgánica de los productos excretados, y que por esta razon podemos llamar puerperales, son absorbidos por las vías generales, pero que pueden tambien serlo por el camino particular de los órganos genitales, que es el que siguen cuando son comunicados por contagio. Para que este se produzca sin embargo, se necesitan á nuestro modo de ver tres condiciones: 1.ª Existencia del miasma ó del agente séptico; 2.ª Condiciones generales externas ó atmosferológicas que faciliten el desarrollo y trasmision del miasma. 3.ª Aptitud en los individuos para absorber el miasma y ser influidos por él.