



Universidad Mayor
de San Marcos

Patogénia y Etiología
de la

Septicemia Tuerperal

Tesis Presentada y Sos-
tenida

por Antenor D. Velasco

Ante la Facultad de
Medicina de Lima

Para Oportar el grado
de Bachiller en Medi-
cina.

1892.

7

Señor Decano:

Señores Catedráticos.

Cumpliendo con lo dispuesto en el Reglamento General de Instrucción pública, y el interior de la Facultad, me presento ante vosotros en demanda del Grado Universitario de Bachiller en Medicina: Pero ello me es por demás honroso ofréceros el presente trabajo; que si es cierto que no es sino el resumen de los conocimientos actuales en la materia, tienen gran importancia práctica, por referirse a un grupo de procesos morbosos, las puerperales, a cuya naturaleza, recién ha dicha su última palabra la ciencia moderna.

Y voy pues a ocuparme de la Patogenia y Etiología de la Septicemia puerperal; con la grata esperanza de que juzgaréis con indulgencia el fruto de mi constante, aunque poco infructuosa labor.

Patogenia y Etiología de la Septicemia puerperal.

La palabra Septicemia viene de dos voces griegas; Septicos, del verbo se-pien corromper, y aima sangre: es pues, la septicemia un modo particular de descomposición del líquido nutritivo, un estado discrásico de la sangre; que en el caso particular se llama tan-lém, infección puerperal, puerperismo infeccioso.

La septicemia puerperal es una enfermedad infecto-contagiosa, que se desarrolla en la mujer durante el puerperio, y que está caracterizada por un estado febril acompañada de múltiples procesos inflamatorios graves, en cuya escena morbosa domina el origen infeccioso.

Sería hacer muy estenso el presente trabajo, indicar una a una, las diversas teorías que han reinado

en la ciencia a' cerca de la patogenicidad de este proceso morboso. Pero como algo se debe indicar, a' fin de poder apreciar mejor las conquisitas de la ciencia moderna; hare' mas una ligera resena historica de este asunto, dirigiendola con J. Simon y otros autores, en cuatro periodos.

En el primero que principia con Hipoc'rates, y que comprenden hasta el siglo XVII, no se indica la existencia de la fiebre puerperal como entidad morbidista distinta; limitandose los autores a' llamar la atencion sobre los peligros que acarrea, en las parturientes, la retencion de la placenta y de los loquios.

En el segundo periodo, coetáneo con
 la creación de la Anatomía patoló-
 gica (siglos XVII y XVIII), se considera a es-
 ta enfermedad como una entidad
 morbida distinta, reconociéndole un ge-
 nio epidémico; y, notándose sobre to-
 do que los loquios y la secreción lac-
 tea se suprimen o disminuyen, mien-
 tras dura la fiebre, y reaparecen
 una vez que se yugula la en-
 fermedad. De aquí nació; la
 teoría que aceptó como patogenia de
 la fiebre puerperal la supresión de
 los loquios; teoría que ha reinado
 por mas de dos mil años, y que
 se presenta a la crítica histórica
 con exelsios títulos de nobleza (Her-
 vicux); y la que admitia
 que la fiebre puerperal
 era producida por la
 supresión de la excreción
 lactea y su reabsorción en la
 economía. El principal
 fundamento de ambas
 teorías, se basó en
 una falsa interpre-
 tación de las lesio-
 nes anatómicas;

Pues las supuraciones peritoneales y las falsas membranas fueron tomadas como depositos de la leche coagulada

Durante este periodo Willis (1676) fue el primero que empleo el termino de fièvre puerperal, para designar la enfermedad especial que ataca a los parturientes.

Durante la tercera época, que se originó por los estudios de la Anatomía Patológica, reinó la idea de que toda enfermedad debe tener por causa una alteración orgánica; de donde nació la localización de la fiebre puerperal, y las subsiguientes teorías de la metritis, de la flebitis uterina, de la angiolenicitis, de la peritonitis, de la entero-peritonitis, de la metro-ovaritis. etc.

Las memorables discusiones habidas en la Academia de Medicina de Paris en el año 1858 (que fueron conocidas entre nosotros en todos sus detalles, por

Las interesantes correspondencias de nuestro inolvidable maestro el Dr. José Casimiro Ulloa) — corresponden al cuarto periodo en la historia de la patogenia de la fiebre puerperal: periodo fecundo en adquisiciones científicas y durante el que, se aceptó definitivamente la idea de la contagiosidad de la fiebre puerperal.

Pueden clasificarse en tres grupos las teorías entonces emitidas: — 1.º el de los esencialistas, que admitían una enfermedad primitivamente general, dependiente de alteraciones profundas en la sangre, que pueden localizarse en órganos dados según las predisposiciones individuales; 2.º el de los localizadores, que sostenían que en la fiebre puerperal se inician los procesos locales antes que los accidentes generales, dominando siempre los primeros aun en el origen de la infección general, que a

7.
veces se presenta; - y 3.^o el de los identistas, que sostuvieron la similitud en el origen de la fiebre puerperal, con los accidentes infecciosos que complican las heridas, infección purulenta o pútrida.

A estos podemos agregar un quinto período, el actual, en el que la teoría de los gérmenes o teoría panspermista es admitida por todos; aunque no deja de afecar algunos puntos cuya dilucidación no es completa.

Después de la antigua teoría del contagium Anisotatum, y el de las diversas observaciones hechas por los sabios del presente siglo; se presentan formando etapa notable en la historia de los conocimientos humanos, los bellos y profundos trabajos de Pasteur y de su escuela; a quienes se debe los fundamentos de la teoría moderna sobre la naturaleza de las enfermedades infecto-contagiosas.

8

Las, pues mediante sus con-
cepciones y los incesantes
trabajos de laboratorio, han
llegado a demostrar que las
fermentaciones, son la causa e-
ficaz del desarrollo de las
enfermedades infecciosas. Es
decir, que se requieren la pre-
sencia en el organismo de
los infinitamente pequeños
que pululan en los medios
ambientes; pues en el aire,
física y químicamente puro,
desprovisto de gérmenes, pue-
den permanecer sin alterarse
las sustancias fermentesibles.

Creada así la teoría mi-
crobiológica de las enfermedades,
ha ido ensanchando cada
día más el campo de su ac-
ción y robustecido sus sólidos
cimientos; a tal punto que hoy
a pesar de los argumentos
de sus pocos contradictores, hay
derecho para considerarla,
como la fiel expresión de
la verdad médica y como la
más preciada conquista ad

quirida por la ciencia en el siglo XIX.

Ahora bien para que una enfermedad pueda clasificarse como de origen parasitario, deben comprobarse experimentalmente los siguientes:

1.º - Encontrar en los sujetos enfermos y en las autopsias de los cadáveres de personas muertas de la misma enfermedad la existencia de uno o más microbios, y cuya presencia se nota solo en casos análogos.

2.º - Aislar por medio de líquidos de cultura especial estos mismos micro-organismos; estudiar las diferentes modalidades de su desarrollo y reproducción como seres organizados, y señalar en fin, los cambios que revelan bajo la acción de diferentes medios de cultivo.

3.º - Inocular estos microbios en los animales y reproducir la misma enfermedad existente en el sujeto primitivo del cual fueron

extraídos.

Admitiendo que la septicemia puerperal es una enfermedad microbiana, vamos mediante que investigaciones se ha adquirido el conocimiento de esta verdad.

Mayröhöfer en 1862, fue el primero que comprobó la existencia de micro-organismos en los órganos genitales de las mujeres afectas de septicemia puerperal; habiéndole servido de guía para sus investigaciones la fetidez de los loquios en algunas enfermas, que presentaban signos evidentes de putrefacción. Cultivado este microbio en una solución amoniacal, é inoculado a dosis conveniente a algunos animales, sucumbieron todos con accidentes septicémicos.

Los hechos anteriores despertaron el entusiasmo por esta clase de estudios; y D'Espine (1873) se propuso estudiar

La accion de los loquios en los diversos periodos del puerperio. En las experiencias hechas en conejas de India, mediante inyecciones hipodérmicas de los líquidos sospechosos, comprobó:

- 1.º que la inyección en el tejido de una solución filtrada de sangre normal, de mucosa vaginal o agua del amnios no determina fiebre;
- 2.º La sangre recogida despues e' inyectada en el tejido celular, tampoco determina fiebre apreciable;
- 3.º La inyección de una solución filtrada de loquios recogidos al fin del primer dia, produce fiebre apreciable; pero sin ningun otro signo de intoxicación y sin gran alteración de la salud;
- 4.º La inyección en el tejido celular o sub-mucosa de una solución filtrada de loquios recogidos en los siguientes al tercero del parto, produce fiebre intensa, un

abceso en el sitio de la inyeccion y, asi siempre, ocasiona la muerte del animal con sindrome septicémico.

Como ya hemos dicho estas experimentos se hicieron por medio de inyecciones hipodermicas; y, a fin de asi imitar, en lo posible, al proceso natural de produccion de los accidentes puerperales,

D. Espine, tomó conejos en gestacion avanzada, provocó el parto prematuro e inyectó despues los mismos liquidos de los cuales se sirvió en las experiencias anteriores, en el interior de la cavidad uterina o de la vagina, en ya mucosa se habra previamente escarificado, obteniendo identicos resultados a los antes enumerados.

Estas experiencias fueron severamente criticadas, por que el autor no se premunio contra las posibles causas de error, de pendientes: de falta de precau

ciones para evitar la invasión de los gérmenes esteriores en los líquidos de la infección; de la prematura de sus conclusiones; y del hecho de haberse inyectado los líquidos con todos sus elementos, de modo que no se podía saber a cual debía asignarse el principal papel en la génesis de los accidentes infecciosos. Pero con todo tuvieron el mérito de revelar el peligro de las absorciones lógicas, cuando estos líquidos, han estado en contacto del aire.

Recklinghausen y Waldeyer, estudiando al microscopio los productos patológicos de las mujeres que sucumbieron por septicemia puerperal, encontraron el bacterio moniliforme; que abundaba en los líquidos, en los exudados pleuríticos, pericardiacos y peritoneales; trabajos que no solo refuerzan las investigaciones de Mayrhöfer, sino que confirman la existencia de micro-organismos en los

12.
organos directamente interesados
por la infeccion.

El Dr. Orth en una memoria presentada al Instituto patológico de Berlin, llegó a las siguientes conclusiones:-

1.º Las bacterias existen siempre en los exudados inflamatorios del peritoneo en las personas muertas por fiebre puerperal; 2.º En la sangre mediante iguales investigaciones no se descubren sino rara vez;

3.º La infeccion peritoneal, del exudado peritoneal, origina una multiplicacion total sal in situ de los micrococci.

- 4.º Durante la vida, y en los animales en experiencia, no se les ha encontrado una sola vez en la sangre. Al mismo tiempo este autor aceptaba que el germen infeccioso era un micrococcus organizado ya en puntos globulares aislados, ya formando parejas o reunidos en número mayor para formar una especie de rosario.

Heiberg de Cristiania, me-
 diante experiencias analogas
 a las anteriores, presento una
 teoria completa sobre los acci-
 dentes infecciosos de las par-
 turientes. Segun este autor,
 los microbios en la septicem-
 ia puerperal, provienen del
 exterior y no es menester que
 haya solucion de continui-
 dad, en los organos genitales
 para que penetren tal orga-
 nismo; pues las mucosas, y
 sobre todo las de las vias
 respiratorias, pueden dar pa-
 so a las bacterias aunque
 su epitelio este intacto.

Las experiencias hechas por
 Haussmann de Berlin en 1876,
 practicando inyecciones septic-
 cas en la vagina y en el utero
 de las conejas; no son acor-
 des con las conclusiones de
 la anterior teoria; pues
 estas inyecciones producian
 la septicemia, si se las prac-
 ticaba en los animales des-
 pues del parto; y no daban

resultado alguno, si el animal es
 taba fuera de la preñez; necesi-
 tándose, para que estable la en-
 fermedad, producir por medio de
 incisiones en la mucosa genital,
 una vía de introducción a los
 micro-organismos. Además, Haus-
 smann demostró que la inyección
 de pus puerperal en una cone-
 ja, no provoca accidentes si
 la gestación del animal no
 alcanza a 15 días; presentán-
 dose el aborto y la muerte
 por peritonitis puerperal des-
 pués de esa época.

Los opositores a la teoría
 panspermista, que seguirán pa-
 so a paso los estudios an-
 tes enunciados, indicaron el hecho
 de que no solo en las enfer-
 mades de fiebre puerperal se en-
 contraban los microbios, sino
 que aun en el puerperio mas fi-
 siológico, podía encontrarse los
 formando parte de los loquias
 purulentas; citando como compro-
 bantes de su aserto, los estudios
 microscópicos de Müller.

15.
Pero este descubrimiento que a primera vista, atacaba por su base la teoría microbiana patogénica de la septicemia puerperal, sirvió al contrario para consolidarla más y más; permitiendo dar una explicación satisfactoria de todos los hechos observados, que pudiesen incluirse en la leyza adquirida para otros fenómenos morbosos.

Ahora bien, se sabe que el exámen microscópico del pus, cualquiera que sea el tejido en que radique la supuración, revela la existencia del micrococcus reunido en cuadro; y los lóquios en ciertos momentos del puerperio, tienen todos los caracteres de la supuración más o menos mezclada con serosidad, sangre, etc, siendo muy lógico por tanto que se hallé el microbio comprobado en el pus de otros órganos. Además, Haussmann ha señalado microbios que se desarrollan normalmente en la vagina, fuera de la gestación

y del puerperio; los que pueden ser arrastrados por los loquias; en los primeros dias siguientes al parto, y aun en el caso que se trata se de micro-organismos patógenos, su presencia en los loquias puede coincidir con un puerperio normal; pues para que se realice la infección, es necesario que los microbios penetren al torrente circulatorio, lo que no puede realizarse sino existiendo una via de entrada; y esta no existe sino cuando hay solusion de continuidad de los tejidos.

Dados estos trabajos, y los muchos emprendidos para demostrar que los microbios encontrados no son efecto de la descomposicion cadaverica (Orth, Waldeyer, Ppillsmann); evidencia de la manera mas completa el carácter microbiano de la septicemia puerperal.

Por lo que respecta al aislamiento y a la cultura del microorganismo patógeno, y su traslacion a un organismo sano a

77.
Sin. de reproducir experimentalmente
la enfermedad primitiva; los ex-
perimentos antes realizados han de-
jado siempre mucho que desear: ya
por que los experimentadores se han li-
mitado a practicar fuertes inyeccio-
nes de líquido loquial, no siendo
posible así conocer la acción ais-
lada y especial de cada uno de sus com-
ponentes; o ya por que las investiga-
ciones se han practicado, en muy
distintas condiciones de las que exis-
ten durante la gestacion y el puerpe-
rio.

El sabio Pasteur ha sido el
primero que, en 1879 y 1880 emple-
ando las rigurosas precauciones
que él acostumbra, consiguió ais-
lar el microbio de la septicemia
pueral; pues el cultivo de estos
micro-organismos fue realiza-
do con éxito. Pasteur
encontró en los loquias
varias clases de micro-
bios causante
de la infección; y
encontró, ante la (Dif-
terisis) de

Medicina, la idea de que la diversidad morfológica de los micro-organismos, explicaba suficientemente la gran variedad de las formas clínicas del padecimiento.

A los trabajos de Pasteur siguieron los de Doleris, realizados en 1880 bajo la dirección de aquel sabio. Doleris creó que el microbio generador de la septicemia puerperal es un microorganismo anaerobio, es decir, de aquellos que viven en una atmósfera privada de oxígeno; coincidiendo siempre su presencia con la aparición de signos graves de infección en las parturientas; presentándose el microbio, el micrococcus en rosario, en los casos de septicemia atenuada; y finalmente, el micrococcus en ceplo en todos los casos de supuración.

Pero aquí se presenta una dificultad, no siendo fácil concebir como un microbio anaerobio, puede vivir y desarro

49.

Clase en los loquios que están cons
tantemente en contacto con el ai
re exterior; dificultad que ha si
do vencida, mediante los estu
dios experimentales de Pasteur.
Colocando tubos de cultura
repletos de gérmenes en contacto
con el aire, ha visto que prime
ro se han desarrollado los micro
bios aerobios, los que absorben
el oxígeno disuelto y el conteni
do en los tubos de cultura; mu
riendo y precipitándose al fondo
una vez que falta completamente
el oxígeno. Es entonces que se inicia
el desarrollo y la multiplicación
de los microbios anaerobios, que encuen
tran ya el líquido de cultivo en
condiciones abonadas para su vi
talidad: o en otros términos, mientras
existe oxígeno en los tubos de cultu
ra, viven los microbios aerobios;
una vez que desaparece el gas vital,
mueren estos y comienzan las fauces
de existencia de los anaerobios.
Puede también realizarse
se otra condición cuando

20.
el líquido expuesto a la acción del aire ambiente, encierra ya los gérmenes anaerobios en sus diversas fases de reproducción; pues si el líquido de cultura tiene cierto espesor, los microbios de las capas superiores mueren, mientras que de las capas inferiores continúan evolucionando, protegidos de la acción de la atmósfera por los residuos colocados en la capa superior del líquido.

Estas experiencias permiten explicarse perfectamente lo que pasa en el organismo de las puerperas, pues, según Sabonios, Galeris, en los líquidos de las enfermas atacadas de septicemia puerperal, ha encontrado junto con el microbio anaerobio específico, el bacterio séptico, un gran número de microbios anaerobios y aerobios; tales como el micrococcos en rosario, en ejemplo, en puntas lobuladas simples; debiendo estos últimos representar un gran papel en la preparación del terreno para favo-

recer el desarrollo de los organismos verdaderamente patógenos.

Influye también de un modo poderoso en su desarrollo, la protección natural que les dispensa la profundidad de las heridas inherentes al parto; pues una vez que los microbios anaerobios hayan logrado franquear los órganos genitales externos, se encuentran en cavidades virtuales al abrigo del oxígeno, que es nocivo para su existencia. Y también merece una mención especial la alcalinidad de los líquidos y la temperatura del cuerpo humano; dos circunstancias, como se sabe favorables para la vitalidad de los infinitamente pequeños.

Veamos ahora si coinciden estas nociones con los datos consignados en el importante trabajo de Doleris. En un grupo de observaciones hechas en parturientas del Hospital de Cochin de París (el mejor tenido en cuanto a la higiene), en los casos de puerperio fisiológico sin fie

bre, no ha encontrado por el examen microscópico un solo germen patógeno; mientras que en los casos de fiebre ligera, (probablemente lactea), en los líquidos purulentos, comprobó la existencia del vibrión piogénico, el diplococcus, el bacterio común y el bacterio termo. Finalmente, los exámenes practicados en los líquidos de las enfermas de septicemia puerperal, han permitido a Goleris comprobar la existencia del micrococcus en rosario, el bacterio septico y, al mismo tiempo, en algunos casos, un micro-organismo muy análogo al diplococcus piogénico, pero más voluminoso. Estos organismos coexisten con los que se observan en los líquidos purulentos del puerperio normal; y su constante y abundante presencia en los casos graves, hicieron que este autor los considerase como patógenos de los accidentes septicos. Igualmente, consiguió aislar los micro-organismos?

20.
sospechos, cultivarlos convenientemente y desarrollar, por medio de la inoculación en animales el cuadro clínico de la infección. Pero apesar de esto, tanto Galois como Pasteur creen que hay una cuestión de patogenia íntimamente ligada con la existencia de una especie dada de micro-organismos; sosteniendo que diversidad de modalidades clínicas de la septicemia puerperal, se debe a la intoxicación por diversos microbios. Sus conclusiones finales son:

- 1.º Los bacterios cilíndricos septicos producen la septicemia rápida.
- 2.º Los micrococcos en rosario originan la septicemia atenuada.
- 3.º Los micrococcos en capullo o en puntos aisladas existen en todas las supuraciones.

© Masini y Ferrari, en Italia valiéndose del método empleado por Comai Brudeli en sus estudios sobre el microbio de la malaria, han hecho investigaciones sobre el organismo de la septicemia puerperal

ral; y, para ellos el agente infeccioso es un microbio vesiculoso, piriforme y puntiforme, que se halla constantemente en las producciones patológicas y que se reproduce en el organismo de los animales en que se le inocula. Estos autores aceptan con Doleris que, los microbios ejercen una acción íntima sobre el protoplasma de los glóbulos de la sangre; conclusión prematura para su época y que hoy, ya parece desmentida por el descubrimiento de las toxinas, que perfectamente, creemos, pueda aplicarse también a la septicemia puerperal.

Tomos, pues, que en las producciones patológicas de las mujeres atacadas por la septicemia puerperal, se presentan algunas variedades de microbios; pero aquel cuya aparición es constante es el pingerus, que Pasteur considera como especial a la formación del pus; el que pasa según los medios en que es cultivado por formas y dimensiones tan diferentes, que sería tener presentes a seres específicamente separados los unos de los otros. circunstancia que no debe olvidarse al tratar de la morfología

gía de los agentes patógenos de esta enfermedad. Pero por lo común el vibrión séptico de dos puntos muy claramente limitados y unidos; aparecen al tercero o cuarto día después del parto; y se les nota en la preparación con una movilidad completamente automática. Este es el microbio llamado por algunos autores *diplococcus*; habiéndose reservado el nombre de *micrococcus* mas particularmente a los granos vivos aislados

En la primera porción del canal vaginal se encuentra, aún en las mujeres sanas y salvas en buenas condiciones higiénicas, en el sexto y séptimo día después del parto, un pequeño vibrión aerobio que no tiene gran significación bajo el punto de vista morboso.

Como se ve, aun nose ha llegado a un acuerdo definitivo y el incesante afán de los bacteriólogos y de los clínicos, modifica cada día, y en muy corto plazo, las ideas sobre la

20.
naturaleza íntima del microbio de la septicemia puerperal y de su acción especial sobre el organismo para producir las diversas formas clínicas.

Pero desde 1884 en que Arloing presentó el resultado de sus investigaciones, hay marcada tendencia a aceptar: que el microbio es único y que la diversidad de sus efectos depende, o bien de su actividad propia, o de las condiciones especiales del organismo en que se radican.

O así nos encontramos con los trabajos de Vidal en 1889, que hoy puede considerarse como la última palabra en esta debatida cuestión, tienden a probar que el microbio que es el único agente de la infección puerperal, es el Streptococcus aureus: que llevado a un organismo en conveniente estado de oportunidad morbida, es suficiente por sí solo para producir las formas clínicas diversas y las lesiones anatómicas más variadas de la septicemia puerperal.

Los mas distinguidos autores es
tan de acuerdo en que la virulencia
de un microbio patogeno, es la
causa que puede determinar
en gran parte la morfologia cli-
nica de un proceso patologi-
co en cualquiera. La virulencia
no depende de la funcion pro-
pia del microbio, sino de su des-
arrollo en un ser vivo; esta
aptitud no es una cualidad
permanente sino transitoria, que
el micro-organismo puede ad-
quirirla o perderla; y que prou-
blemente depende de las particulari-
dades intimas de la produccion
de las toxinas. Asi se sabe que
el micrococcus piscianus puede
ser privado de sus funciones cro-
mogenas, como el Streptococcus pio-
genus puede ser privado de sus
funciones patogenas.

Podemos, pues, decir en resumen,
que si bien hasta hoy no es per-
fectamente conocido el agente
patogeno de la septicemia puer-
peral; si es un hecho indubitan-
te que es una enfermedad micro-

leiana y que la teoría de los gérmenes,
es la única verdadera que puede
aceptarse para explicar su pato-
genia.

Quedan todavía algunos detalles
para llegar al conocimiento perfecto
de la verdad; pero con los hechos hasta
hoy adquiridos se han realizado dos
grandes conquistas: la de la profi-
laxia, mediante la que se ha lo-
grado desterrar de las maternida-
des, en cortísimo tiempo, el flagelo
que ha sido azote de las partu-
rientes y vergüenza de los parteros; y
la del tratamiento, por el que se
ha reducido casi a cero las
espantosas cifras que en otros tiem-
pos representaban la mortali-
dad por la septicemia puerpe-
ral.

En las enfermedades puerperales, es donde
se presenta más radiante y más benéfica la
teoría panspermista.

Conocido todo lo relativo a la patoge-
nia de la septicemia puerperal y habiendo de-
mostrado que es una enfermedad infecciosa
originada por la penetración de un germen espe-
cial vamos a investigar ahora, cual es la vía por la cual

microbio llega al organismo para generar el proceso morboso.

Lo primero que domina en la etiología de la septicemia puerperal, es que la enfermedad no se desarrolla, en la gran mayoría de los casos, sino después del parto, es decir en el periodo puerperal; siendo muy raro que se presente en la mujer fuera de ese estado.

Hay necesidad de reconocer, pues, que si la enfermedad espera para su explosión el momento del parto, no obstante que en las maternidades existen muchas mujeres, sometidas a las mismas condiciones generales y locales, que el puerperio imprime modificaciones especiales que colocan a la mujer en una eminencia de infección.

Hace mucho tiempo que a la parturiente se le ha asimilado a un herido; pues en efecto, durante el parto la superficie interna del útero, sufre una pérdida de sustancia en el sitio de la implantación.

20.
tacion de la placenta: organo intimamente unido, en la epoca de la preñez, á la pared uterina; el que al ser expulsado arrastra la capa epitelial de la mucosa uterina que se conoce con el nombre de placenta materna; y lo que origina una extensa superficie traumática que puede asimilarse á una herida, que puede ponerse en comunicacion con el aire exterior. Hay algo mas: en las primiparas siempre, y algunas veces en las multiparas, se producen en el momento del parto desgarraduras del cuello uterino, de la orquilla de la vulva y aun del periné. En la mujer en el estado puerperal, lo mismo que en el herido, sobreviene la suppuracion revelada por los loquios purulentos; y en muchos estados tambien pueden venir accidentes infecciosos mas ó menos graves. Hay, pues, motivos bastantes para admitir que los accidentes infecciosos de la septicemia puerperal, son devidos á la invasion de los gérmenes por las superficies traumáticas de los organos genitales; máxi

me si se recuerda, que es un hecho demostrado que en la septicemia quirúrgica la infección se realiza por la superficie de las heridas.

Esto también se comprueba por los numerosos casos de infección observados, en que se ha visto el desarrollo de la enfermedad, ser consecutivo al contacto de los órganos genitales de la mujer con alguna materia sospechosa de infección.

Ya hemos, visto en los párrafos anteriores, que constantemente existen en los loquios de las enfermas los micro-organismos especiales de la septicemia puerperal; micro-organismos que también se han encontrado en los tejidos y humores de las personas que han sucumbido a la infección; y finalmente, Doleris ha encontrado en las parturientas completamente sanas microbios, hecho que le ha permitido predecir la próxima explosión de los accidentes.

Todo esto demuestra de la manera mas evidente que la infec

ción se realiza por las heridas de los órganos genitales. Entre estos parecen ser los más favorables para la absorción, las heridas ventrales y vaginales: hecho que se concibe muy bien por la excesiva vascularización que adquieren dichos órganos durante la gestación; y que se comprueba por el examen histológico de los loquios que revela mayor abundancia de microbios en la parte más externa de los órganos genitales.

¿ La infección por los órganos genitales necesita siempre de la existencia de una herida para producirse? - Hay Fair, cree que puede verificarse aun sin lesión de los tejidos; y esta hipótesis hay que aceptarla para explicar los casos raros que se presentan en la gestación y fuera del parto.

Las heridas que se encuentran en sitio distinto de los órganos genitales parecen poco favorables al desarrollo de la septicemia puerperal; no siendo raro observar en las epidemias de las maternidades ca

sos de linfangitis, flegonos difusos,
 que se presentan en las embarazadas
 y las parturientes; y que son conse-
 cutivas a heridas existentes fuera
 del aparato genital: lo que no obs-
 ta para que hasta hoy sea por com-
 plete desconocida la septicemia pu-
 erperal originada por esta via.

Hay, pues, forzosamente que
 aceptar, por hipotético que sea, que
 la septicemia puerperal es una en-
 fermedad especial no solamente
 por los elementos infecciosos que le egen-
 dran; sino tambien, por la via de
 generacion de los procesos morbo-
 sos. Solamente asi puede expli-
 carse, como, la erisipela y la
 infeccion purulenta de los herida-
 s aparecen al mismo tiempo que
 la septicemia puerperal en un
 Hospital; y si bien estas enfer-
 medades son entidades distintas, ba-
 jo el punto de vista nosológico,
 reconocen por causa un conjunto
 de condiciones morbigenas, en que
 la pululacion de los micro-orga-
 nismos en los procesos morbosos es
 la condicion de su desarrollo: pro-

duciendo en un caso una enfermedad y en otra otra distinta. Al menos hay que aceptar esto, mientras la historia natural de los microbios no permita adquirir datos más positivos y seguros.

Aceptan muchos autores que la infección en la septicemia puerperal puede realizarse por las vías digestiva y respiratoria; apoyándose en el hecho indudable que los micro-organismos de algunas enfermedades penetran por esa vía siempre que no se oponga a ello el perfecto estado de integridad del revestimiento epitelial. Y si bien las experiencias negativas de Colin en lo que se refiere a la septicemia puerperal, son contradichas por las experiencias positivas de Coxe y Feltz y de Davaine; no debemos olvidar que las condiciones de experimentación varían mucho según la resistencia especial de cada animal, y el estado anatómico de sus mucosas.

Por esto, y aun teniendo en

consideracion los casos clásicos de infección por las vias respiratorias citadas por Farmier y Depaul, que en nuestro concepto no son concluyentes; debemos aceptar como unica via posible de penetracion de los micro-organismos de la septicemia puerperal, las lesiones de continuidad de los organos genitales.

En efecto, durante la gestación pueden realizarse erosiones que aunque insignificantes, sean siempre suficientes para permitir la entrada del germen infeccioso; puede, si veces, iniciarse el trabajo y suspen-derse después, produciendo peque-ñas desgarraduras del cuello u-terino y aun de la vagina; y, finalmente, en los casos de inser-cion viciosa de la placenta, es indiscutible que se realizan ro-turas vasculares, que son otras tantas puertas para la infección.

Estas circunstancias, que nunca deben olvidarse, se realizan rara vez es cierto, y también por esto son raros los casos de septicemia puerperal so-

brevemente fuera del puerperio.

Estas ideas a primera vista parecerán contradictorias con los casos de contagio realizados del niño a la madre, o de parturiente a parturiente; pero hay que recordar que entonces el aire y los objetos de uso manual, son los vehículos que transportan los micro-organismos de los productos patológicos a los órganos de la mujer atacada.

Sabemos perfectamente que los microbios encuentran una barrera infranqueable en las células epiteliales de las mucosas; y que durante el puerperio y el parto la única mucosa interesada, es la del aparato genital. Y si las mucosas de los aparatos digestivos y respiratorios fueran favorables para la infección, esta se realizaría con mucha frecuencia en la sala de las maternidades, cuya atmósfera se encuentra cargada de microbios; y la experiencia prueba lo contrario. Hay un argumento concluyente sacado

de la clínica: ha sido bastante para reducir casi a cero la mortalidad por la septicemia puerperal, el practicar la antisepsia de los organos genitales de la mujer en la gestacion, en el parto y el puerperio; lo que prueba ampliamente que es en los organos genitales donde existe la puerta de entrada.

En el estado actual de la ciencia podemos concluir que la infeccion por las soluciones de continuidad en los tejidos de los organos genitales de la mujer, es la regla en la septicemia puerperal; los casos excepcionales citados como infeccion por el aparato respiratorio o digestivo, merecen un nuevo analisis y una comprobacion evidente.

Nos hemos ocupado en los parrafos anteriores de la patogenia de la septicemia puerperal, aceptando como la unica verdadera la teoria transmisista; y tambien hemos indi-

20.
cado, que la vía mas favorable para la penetración del germen infeccioso es el traumatismo de los órganos genitales que siempre acompaña al parto. De aquí se deduce que para que la enfermedad se presente, es de absoluta necesidad, la intervención del microbio específico; no siendo el estado febril sino una predisposición que coloca a las parturientas en estado de oportunidad morbosa. Es decir, una parida que se halla al abrigo de los gérmenes infecciosos, no contraerá la enfermedad; y recíprocamente los microbios abundantes y en todos los periodos de su evolución, son importantes, por sí solos para atacar a cualquier organismo: se requieren, pues, los dos factores el germen y el sujeto que recibe el ataque. Ya conocimos, cual es el germen productor de la enfermedad, que según todos los estudios modernos pulula en el aire y especialmente en la atmósfera.

J. J.

que rodea a la parturiente; vamos ahora a ver que circunstancias favorecen la penetración de ese germen.

== Pero antes de pasar adelante debemos hacer presente que según se desprende de los estudios de Moiquel, la proporción de bacterias en el aire varía según la altura, según la condensación del aire (en lo que se refiere a la población) y a su mayor o menor renovación en un lugar dado. Y lo que mas llama la atención es que no habiendo se encontrado en algunos casos, en el aire los microbios específicos de la enfermedad, ésta se ha desarrollado siempre que han existido parturientes en condiciones apropiadas para ello. Parece que los microbios normales de la atmosfera, sufren alguna modificación especial, para generar el primer caso de septicemia puerperal, siempre que concurren un cúmulo de circunstancias favorables para la infección (tales

como feto macerado, parto laborioso, intervencion operatoria, hemorragia post-partum, retencion de coágulos etc.); siguiendo los demás que se realizan por contagio mediato o inmediato.

La septicemia puerperal reconoce, pues, siempre por causa la invasión de la economía por gérmenes infecciosos venidos del exterior: lo que hoy se llama hétéro-infección. Pero bajo el punto de vista clínico, conviene conservar como causas de la enfermedad la división clásica en hétéro-infección y auto-infección. En el primer grupo se colocan todos los casos de contagio, que indudablemente son los más numerosos; incluyendo la transmisión especial que en algunos casos se realiza, por individuos enfermos de un mal distinto de la septicemia puerperal o por la infección por gérmenes cadavéricos. Corresponden al segundo grupo los casos aislados que estallan sin acci-

dentes específicos morbosos.

Vamos a ocuparnos especialmente de cada uno de estos grupos.

Hetero-infección. - La hetero-infección, o sea el desarrollo de la enfermedad por el agente patógeno venido del exterior, es el caso más frecuente en la etiología de la septicemia puerperal y en su estudio tenemos que considerar tres circunstancias: 1º. Casos de origen contagioso; es decir, de aquellos que se producen por la transmisión de la enfermedad de una pariente atacada por la septicemia puerperal a una parturiente sana; 2º. Casos en los cuales la septicemia puerperal reconoce como origen una transmisión de los gérmenes morbosos de una enferma atacada por una enfermedad infecciosa que no es la septicemia puerperal a alguna parturiente sana anteriormente y que después de este modo de infección, presenta aquella enfermedad; y 3º. Casos de producción de la enfermedad por la introducción en la economía de la partu-

fuente de gérmenes infecciosos, que
estos provengan de un cadáver
o de materias en putrefacción.

Está tan definitivamente
probando el carácter contagioso
de la septicemia puerperal, que
sería ocioso y de ningún resul-
tado práctico el reproducir las
opiniones unánimes de un gran
número de autores. Y si bien has-
ta hace poco tiempo, algunos han
tratado de sostener lo contrario;
no debe olvidarse que en la sep-
ticemia puerperal, como en todas
las enfermedades que se propa-
gan por contagio, tienen que
influir poderosamente los dos
principales agentes etiológicos:
el germen infeccioso y el agente
que tiene que sufrir la in-
fección. En este último puede
existir una idiosincrasia espe-
cial, una resistencia excepcional
del organismo para luchar con
el microbio, y aunque existan so-
luciones de continuidad en sus
órganos genitales y se encuentre es-
locada en una atmósfera satu-

rada de gestiones, recorre sin complicacion alguna su estado general.

Estos casos que no son raros, son los que han servido de fundamento a la teoria de los anticontagionistas; pero ellos tiene su perfecta explicacion en las leyes de patologia general que rigen el desarrollo de las enfermedades infecto-contagiosas.

El contagio puede ser directo o indirecto, segun que la propagacion de la enfermedad se haga directamente o por intermedio de un tercero, persona o cosa.

El contagio directo que ha sido muy frecuente en otros tiempos, hoy es imposible que se realice dada la actual organizacion de las maternidades y el aislamiento a que se somete a las enfermas atacadas de septicemia general.

El contagio indirecto es el mas frecuente y le sirven de vehiculo de trasmision las manos del partero, sus vestidos, los instru

244
mentos de exploración, los instrumentos
operatorios, los aparatos de limpie-
za, las sábanas, toallas y demás
enajenas de la cama, etc. etc. La
observación paciente de multitud
de hechos de esta naturaleza, en-
yo número se restringe conside-
rablemente a medida que se ex-
tiende el campo de acción de
la antisepsia puerperal, permi-
ten hoy explicarse hechos que en
otro tiempo se consideraban como
fenómenos.

En todos los países del
mundo se ha observado que el
partero o partera que en su prác-
tica ha tenido algún caso de
esta enfermedad, indefectible-
mente la ha transmitido a las
parturientes sanas con quienes, a
tenido que estar en contacto. Y
el germen infeccioso de esta en-
fermedad es uno de los que tiene
mas tenacidad para adherirse
a los cuerpos extraños, tenacidad
solo comparable con la del mi-
crobio del tifus-exantemático.

y que obliga a precauciones
mas rigurosas, que en las otras
enfermedades infecciosas.

Por lo que hace a la transmi-
sion de la enfermedad por medio
del aire, parece que su campo de
accion es algo restringido; tanto
por que la enfermedad no se di-
funde muy lejos de las materni-
dades, como por que el aire car-
gado de gérmenes morbosos en rea-
lidad lo que hace es infectar
los objetos que pueden ponerse
en contacto con la parturiente. No
hay una verdadera difusion de
los gérmenes por el aire, como su-
cede, con otras enfermedades in-
fecciosas, lo que tambien justi-
fica el aislamiento completo
de estas enfermedades.

El desarrollo de la septicemia
puerperal tambien puede ser consecuen-
tivo a la contaminacion de las
parturientes sanas con los elementos
microbigenos de otras enfermedades
infecciosas; siendo las principales
que gozan de este triste privile-
gio la erisipela, la escarlatina

el flegmon digno, la infección purulenta o putrida de los heridas; en mucho menor escala siendo hasta hoy muy discutible los hechos conocidos, la viruela, el sarampión etc.

© No es posible aceptar como pretenden algunos autores que hay completa identidad entre la erisipela y la septicemia puerperal; pero sí hay que reconocer vistos los hechos observados que existen entre estos dos procesos morbosos un lazo estrecho en lo que se refiere a su etiología.

La aparición simultánea de la erisipela en las salas de cirugía y de la septicemia puerperal en las salas de partos; y el desarrollo de esta última enfermedad en una parturiente sana y completamente aislada son hechos concluyentes y por demás conocidos.

De todas las explicaciones dadas por los autores, la más juiciosa, en nuestra opinión es

la de Hayfair que admite que en los casos en que la erisipela engendra la septicemia puerperal, los gérmenes patógenos se han introducido a la puerpera por los órganos genitales; y aquella en los cuales el contagio ha producido la misma enfermedad, la infección se ha producido por las vías de absorción (erosiones de la piel o las mucosas respiratoria y digestiva). Parece que el streptococcus de la erisipela sufre una modificación especial al ponerse en contacto con los líquidos provenientes de los órganos genitales.

Por lo que hace a la escarlatina, difteria, viruela y demás enfermedades infecciosas su influencia en la génesis de la septicemia puerperal, no está aun suficientemente provada; y lo único que parecen determinar es un estado de predisposición especial que coloca a las parturientas en estado favorable para la explosión del mal. Al menos las observacio-

nes que se presentan, no son del todo concluyentes; y la única influencia positiva que se puede admitir, es la vía especial de su penetración por los órganos genitales: reconociendo, como muy aceptable la teoría de Playfair

Las supuraciones también han sido incriminadas, como causa del desarrollo de la septicemia puerperal. Y, en este asunto, merece transcribirse por completo lo que un célebre autor refiere del Dr. David Rutter:

"Este médico se encontraba perseguido por casos de infección que se presentaban en su clientela de parturientas; el número de víctimas era tan alarmante (95 casos de infección, de los cuales 18 muertos, en cuatro años de práctica) que el Dr. Rutter, por repetidas veces procedió a afeitarse por medio de baños, cambios de vestidos, suspensión temporal del ejercicio de su profesión, etc. Apesar de estos medios de infección escurfulosamente aplicados (el Dr. Ru

ter llegó hasta afeitarse la cabeza!), cuando volvía a atender su clientela, nuevos accidentes infecciosos estallaban, y esto mientras sus colegas, ejerciendo en la misma localidad, no presenciaban sino puerperios fisiológicos entre sus parturientas. La explicación de este hecho, admitido por Playfair, es que el Dr. Ritter padecía de una enfermedad crónica y que en estas condiciones, sus manos podían estar manchadas frecuentemente de pus. Posteriormente el Dr. Heiberg encontró el bacterio séptico en el pus de esta enfermedad." Muchos casos en los que es posible encontrar la causa eficiente en el desarrollo de la septicemia puerperal, tienen como verdadera etiología la existencia de una supuración, insignificante a primera vista, en la persona que asiste a la parturiente.

Como última causa perteneciente al grupo de la hétéro-infección, de vemos señalar, la penetración en el organismo de las parturientas de

germines provenientes de sustancias en putrefaccion: ya se trate de un individuo que haya sucumbido a la septicemia puerperal, o de cualquier otro germen originado por la putrefaccion cadaverica. Las observaciones de Depaul y de Patterson son concluyentes en el primer sentido; y las de Semmelweis (Viena), y de Friede en (Paris) lo son en los que se refieren a la inoculacion de cualquier germen cadaverico.

Pero a pesar de todo hay necesidad de reconocer dos cosas: primero que para que este modo de transmision genere la enfermedad, es indispensable que el sugeto que la transmite, haya tocado las sustancias en putrefaccion, no siendo suficiente el acto de presencia o asistencia a la autopsia; y segundo, que los germines provenientes de los sugetos que han sucumbido a la septicemia puerperal son mas eficaces para producirla que los originados por cualquier otro cadaver.

Auto-infección. Si bien, como lo hemos provado en los párrafos anteriores, es absolutamente indispensable para que se desarrolle la septicemia puerperal, la penetración en el organismo de los gérmenes infecciosos específicos, es evidente que el organismo, como factor etiológico de primera clase deben encontrarse en ciertas condiciones especiales que hagan posible la explosión del mal. El estudio de estas causas morbigenas es lo que debe aceptarse bajo el nombre de auto-infección. Precizando más, se requirieron para que la enfermedad estalle un grupo de circunstancias independientes del elemento infeccioso por que este no basta por sí solo para originarla.

Figura en primera línea entre estas causas, la inercia uterina, que originando la prolongación del trabajo y las hemorragias

post-partum, favorece la permanencia de los coágulos, fragmentos de placenta, restos de membranas, etc, que sufriendo la descomposiciones consiguientes, convierten a la cavidad uterina en una estufa de incubación de microbios.

Las enfermedades de los órganos genitales, coexistentes con el embarazo, que originan alguna supuración y que persisten hasta el momento del parto, son también una causa poderosa para el desarrollo de la septicemia puerperal; conocida como es la gran influencia que en la génesis de esta enfermedad, ejercen las diversas supuraciones. Es un hecho muy conocido que en las maternidades la septicemia puerperal se presenta con más frecuencia, en las parturientas recién llegadas que, en las que habiendo permanecido algún tiempo en la sala, han sido convenientemente tratadas de las afecciones de los órganos genitales anteriormente existentes.

Las maniobras operatorias, extracción de la placenta (la más eficaz de todas), versión, aplicación de forceps, etc, son a su vez tantas causas predisponentes para el

desarrollo del mal; pues en estos casos, los mas ligeros traumatismos, que siempre acompañan estas operaciones, originan la permanencia más o menos prolongada de coágulos en la cavidad del útero: coágulos que naturalmente tienen que sufrir la descomposición consiguiente; no siendo raro observar que se mitigan los accidentes ya iniciados, por medio de la expulsión o extracción de esos coágulos o el lavado antiseptico del órgano.

Otra causa también poderosa de este grupo es la primiparidad; no solo por la depresión moral que ocasiona en el organismo, sino también por que se sabe que el trabajo es mucho mas laborioso en esta clase de sujetos: lo que origina mas extensas desgarraduras en el cuello uterino y la vagina que son otras tantas puertas abiertas para la infección. También se sabe que en las primiparas la involución uterina no se realiza con mucha

rapidez; hay puede decirse, una especie de inercia uterina post-partum, que favorece la permanencia de coágulos en la cavidad uterina: permanencia cuyos peligros ya conocimos.

Finalmente debemos, indicar las causas comunes a todas las enfermedades: debilidad congénita o adquirida, enfermedades anteriores, miseria, privaciones, maltratos, falta de higiene, etc; causas todas que colocando al organismo en estado de oportunidad morbiida, lo privan de sus propios elementos de defensa, y lo hacen sucumbir en su lucha con el microbio.

V. B.
~~Alfonso~~

- Repticomiter =
 Dr. N. Benavides
 " N. Morales
 " A. Ferrnandez Gonzalez



Observaciones Clínicas.

N.º 1.

Francisca Nuñez natural de Lima de 34 años, de temperamento linfática y de una constitución regular; ingresó al Hospital de "Santa Ana" el 10 de Noviembre de 1890, ocupó la cama N.º 15 de la Sala de Santa Rosa, servicio del Dr. Ramon Novales.

En esta mujer, en la que fue aplicado el forceps de una manera directa por el Dr. Samuel Pareja, a consecuencia de la falta de contracciones uterinas; el niño fue extraído sin dificultad. Esta operación tuvo lugar el 11 del mismo mes a las 3 $\frac{1}{2}$ de la tarde. Desde este día hasta el día 14 de Noviembre no había nada de particular: Por la mañana de este día fue acometida de un escalofrío intenso, cefalalgia y fiebre; el termómetro acusaba en la axila 38 $\frac{1}{2}$; los loquios eran fétidos y desde el día anterior habían disminuido casi por completo. En este día se le prescribió Sulfato de quinina 30 centigramos para tomar tres veces al día, e inyecciones intra-uterinas de bicloruro de mercurio en N.º 3. al día; alternando con otras tres vaginales de

ácido fenico, la temperatura de la tarde era de 40° . Por alimentos caldos y leche. — Día 15. — Examinada la enferma, nos suministró los siguientes síntomas: fiebre elevada pues el termómetro marca 40° por la mañana. supresión de la secreción de la leche y de los loquios, el vientre doloroso a la palpación, irradiándose el dolor del fondo de la matriz hacia los ligamentos anchos, el fondo del útero alcanzaba a dos traveses de dedo sobre el pubis; todos los demás órganos estaban en su estado normal, sin mas alteraciones que, aquellas que acompañan a un estado febril según su intensidad. Se diagnosticó una septicemia puerperal por el médico en jefe del servicio de Partos del Hospital de "Santa Ana". Estableciendo desde luego el tratamiento seguido en su servicio:

Sulfato de quinina — 1 gramo
Extracto Opio — 0.05 Centigramos
h. pildoras N.º 10.

Para tomar 1. cada 2. horas.

Inyecciones intra-uterinas de biplomo de mercurio al $4/1000$ 3. veces al día. Régimen alimenticio, caldos y leche.

La temperatura observada desde el primer día de la septicemia purpural fue como sigue:

— Día 1^o — a. m. = 38°; p. m. = 40°.
,, 2^o — a. m. = 40° 2; p. m. = 39° 5.
,, 3^o — a. m. = 39° 2; p. m. = 39° 2.
,, 4^o — a. m. = 38°; p. m. = 39°.
,, 5^o — a. m. = 38° 6; p. m. = 38° 8.
,, 6^o — a. m. = 38°; p. m. = 38° 2.
,, 7^o — a. m. = 37° 8; p. m. = 37° 5.
,, 8^o — a. m. = 37° 1/2; p. m. = 37° 2.
,, 9^o — a. m. = 37°; p. m. = 37°.

El tratamiento siguió igual hasta el día 7^o de la enfermedad, en que se varió la fórmula algo.

Se prescribió

Sulfato quinina — 0.30 centigramos
3 veces al día

Posición Jaccoud — 120 gramos, para tomar
1 anch. c. 2. hora.

Inyecciones vaginales 3. veces al día y
una inyección intra-uterina.

— Día 8^o de la enfermedad, la enferma
arranca muy aliviada y animada, no
volvió a presentarse el erazo frío co-
mo en los días anteriores; desapareció
por completo el dolor de cabeza, el
dolor al tacto de vientre; a la presión no

24.
acusa ningún dolor, la temperatura normal; su estado general mejora de una manera notable. A los 15 días de su enfermedad pidió de alta por estar sana.

= Obs: = N.º 2. =

Manuela Campos de 38 años de edad, mestiza, cocinera. ingresó al Hospital de "Santa Ana" el 16 de Diciembre de 1890 y ocupó la cama N.º 22. de la Sala de Santa Rosa, en el servicio del Dr. Ramon Morales.

Se trata de una mujer multipara, su parto y alumbramiento se han realizado sin novedad, los cuatro primeros días con secutivos a su parto, continúa bien, según referencia de la mujer.

Pero el 5.º día fue presa de un mal estar general del cuerpo, dolor de cabeza, seguido inmediatamente de fiebre. Examinada la enferma a la hora de la visita: acusaba cefalalgia, sed viva, la lengua seca, se suprimió la secreción lactea, los líquidos del mismo modo, aunque no de una manera completa, esto de una fetidez exasperada, no tiene apetito, en

posturación es ~~supina~~, dolor en la región hipogástrica, el fondo del útero llega a la altura de cuatro centímetros por debajo del ombligo. El dolor es mucho más fuerte en las partes laterales del útero y se hace hasta imposible la palpación en dicho sitio.

El Dr. Ramon Morales practicó el tacto vaginal y penetrando a la cavidad uterina pudo extraer algunos coágulos de sangre en completa descomposición; una vez que se ejerció que no quedaba nada. Ordenó inmediatamente una inyección intra-uterina de bicloruro de mercurio al 4 por 1000, y a través en el resto del día alternándolo con lavajes vaginales.

La curva térmica es como sigue:

Día - 1°	a. m. = $39\frac{1}{2}$;	- p. m. = $39^{\circ}4$
2	a. m. = 40° ;	- p. m. = $39^{\circ}3$
3	a. m. = $39^{\circ}8$;	- p. m. = $39^{\circ}2$.
4	a. m. = $39^{\circ}6$;	- p. m. = 39° .
5	a. m. = $39^{\circ}2$;	- p. m. = 39° .
6	a. m. = 39° ;	- p. m. = 38° .
7	a. m. = $38^{\circ}4$;	- p. m. = 38° .
8	a. m. = $38^{\circ}2$;	- p. m. = $37^{\circ}5$.
9	a. m. = 38° ;	- p. m. = 37° .
10	a. m. = $37^{\circ}5$;	- p. m. = 37° .
11	a. m. = $37^{\circ}2$;	- p. m. = 37° .
12	a. m. = 37° ;	- p. m. = 37° .

0.
El primer día además de las inyecciones se le prescribió la siguiente fórmula:

Pulvato de quinina un gramo con 5 centigramos de extracto de apio para 10 pildoras; para tomar una cada dos horas.

- Día 2. - Sigue con el mismo tratamiento que el día anterior, solo se cambió el extracto de apio por el de acónito.

Cataplasmas a la región hipogástrica y pomada belladona por encontrarse dicho sitio adolorido. Este día se volvió a examinar a la enferma, sin poderse encontrar nada en la matriz. Por alimentos. Leche y Caldos.

- Día 3 y 4. - Continúa el mismo tratamiento y la enferma sigue lo mismo.

Día 5. - El mismo régimen que los días anteriores hasta el 7. Desde el 7, se disminuyó las dosis de la quinina y queda a 30 centigramos con un centigramo de extracto de apio para tomar 3 veces al día. Punción Jaccand 1. anch. e. e. horas. - Las inyecciones en N.º 3, al día

El día 10. La septicemia puerperal casi ha desaparecido por completo y la enferma se encuentra en buenas condiciones: que

7.

da reducida su tratamiento a un buen régimen tónico y reconstituyentes hasta el día de su salida.

Después de los veinte días de su enfermedad, pidió su alta por estar completamente sana.

Obs. N.º 3.

Paula Ramos de 30 años de edad, natural de Canta, de constitución linfática y temperamento nervioso. Ingresó al Hospital de "Santa Ana" el 3 de Diciembre de 1890, y ocupó la cama N.º 7 de la Sala de San Antonio, servicio del Dr. Ramon Morales. Es primípara, no ha presentado durante la gestación ningún síntoma morboso, ni mucho menos durante el parto femenino no alguno notable. El niño viene de vertice en la posición O. Y. Y. A., el trabajo ha durado 13 horas, el niño es pequeño, y los anexos parecen estar completos y sin embargo se nota alguna desigualdad en sus cotiledones. Los tres primeros días seguidos al parto no se nota nada notable; pero en la mañana del cuarto del puerperio, la enferma experimenta un temblor general acompañado de un escalofrío intenso, declarándose el

mal estar y una cefalalgia intensa. El médico del Servicio Dr. Ramon Morales examinó a la enferma; los síntomas objetivos suministrados por el examen de la enferma son los siguientes: por la palpación un dolor intenso sobre el útero del lado derecho; pulso frecuente, temperatura elevada (39° por la mañana). Cuando practicó el tacto vaginal-uterino, encontró pequeños cotiledones de la placenta en un estado de putrididad, y despedían un olor nauseabundo y repugnante.

Se prescribió la fórmula siguiente
 Pulvato de Quinina - 1 gramo

Extracto Opio - 0.05 centigramos

y para 6 pildoras: T. e. 2. horas.

Inyecciones intra-uterinas de bicloruro de mercurio (Licor de Van-Suuranten) partes iguales con agua caliente, 3 veces al día.

Régimen Alimenticio Caldo y Leche -

Temperatura de la tarde 38° (El día 7 de Diciembre del 90).

- Día 8. - Este día vuelve a presentarse el escalofrío, los loquios se suprimieron de un manera exabrupta. La enferma se queja de vértigos y de una suma debilidad, la respiración un poco difícil, tosa, cefalalgia, dolor al bajo vientre; temperatura de la mañana 39 1/2, y por

tarde 39°4. - El tratamiento el mismo que el del día anterior

- Día 9. - La enferma amaneció un poco mejor, la temperatura de la mañana es de 39°; y la de la tarde de 38°8.

El régimen el mismo que los otros días.

- Día 10. - La enferma está mejor, han desaparecido los dolores de la región hipogástrica, la cefalalgia no existe; el apetito reaparece, la inteligencia más clara, el sueño más tranquilo. Temperatura en la mañana de 38°. - Prescripción: Sulfato quina - 0.90 centigramos para tomar 3 veces al día. Poción Fónica - 1. Cuch. e. 2. horas. Agua con vino. Alimentos Caldos y leche. - Temperatura en la tarde 37°8.

Das Inyecciones intra-uterinas al día.

- Día 11. - La enferma está hoy sentada sobre su cama, su mejoría hace rápidos progresos; no tiene ninguna molestia. Temperatura de la mañana 37°4. - Tratamiento Médico: - Poción Fónica - 1. Cuch. e. 2. horas, agua con Cónac por bebida. Por los alimentos licloruro de quinina - 20 centigramos. - Inyecciones intra-uterinas, una sola al día y 3 lavajes vulvo-vaginales. Temperatura de la tarde normal.

- Día 12. - No afece nada de particular la enferma. Su régimen ahora son los tonics,

10.
el vino, y el agua con coñac. Sulfato de
quinina 30 centigramos 2 veces al día.

Una sola inyección cubo vaginal.
Temperatura mañana y tarde normal.

- Día 13.- El mismo tratamiento.
Temperatura la fisiológica. Casi perfecta
reciv hasta el 20 de Diciembre del 90, día
en que pidió su alta.

Obs: N.º 4. =

Consepcion Diaz de 17 años de edad, de ra-
za blanca, natural del Cuzco, entró al Hospi-
tal de "Santa Ana" el 4 de Setiembre de 1891,
a ocupar la Cama N.º 18 de la Sala de
Santa Rosa perteneciente a la Clínica
de Partos del Dr. Rafael Benavides.

El 6 del mismo mes dió a luz a un
niño no muy robusto, su parto se reali-
zó sin novedad. (Primipara). Los días
7, 8 y 9 no ha presentado nada de anor-
real.

- Día 10.- Por la mañana se queja la
enferma de no haber podido dormir en
la noche, está muy decaída, los ojos brillan-
tes e inyectados las conjuntivas, la cara
encendida y el color más pronunciado
hacia pómulos, su aspecto triste, la len-
gua seca y resquebrajada, sudor profu-

20, cefalalgia y anorexia

Examinada la enferma manifiesto dolor en la region hipogastrica del lado izquierdo por la palpacion; el utero no ha hecho su involucion normal. En la noche dice haber sido atacada de un escalofrio intenso y seguido de fiebre muy alta. Una vez practicado el tacto vaginal y uterino, encontré una desgrasa dura del cuello del utero; los loquios fetidos y en pequena cantidad. El termómetro acusaba 39° por la mañana. - Prescripción: Sulfato de quina 1 gramo 30 centigramos con extracto de opio 5 centigramos, para 10 píldoras, para tomar 1. cada 2. horas

Inyecciones intra-uterinas de bicloruro de mercurio tres veces al dia, alternando con lavados abundantes vaginales. (al 4 por 1000).

Temperatura de la tarde 39 1/2°. - Alimentos leche y caldos.

• Dia 11. - Fado el evacho no-hora es el mismo que el del dia anterior. - Temperatura 40° en la mañana, y tarde 39°. - Tratamiento el mismo.

• Dia 12. - Hoy la enferma permanece muy mal, ligero timpanismo al vientre y dolor, en la noche ha tenido delirio, las fuerzas muy agotadas y parece llegar al termino fatal de su vida. - El tratamiento es igual a los dias anteriores.

12.

Temperatura casi constante al de los días anteriores. = 40° por la mañana y tarde de 41° .

- 13. - La prostración y el decaimiento han agotado a nuestra enferma. La temperatura de la mañana $37^{\circ}2$. - Prescripción - Poción Taccand - 120 gramos para tomar 1. cub. e. 2. horas. La inyecciones sigue lo mismo que los días anteriores. - Temperatura de la tarde $39^{\circ}2$.

- Día 14. - El tratamiento, no ha variado de al de los días anteriores, la noche ha pasado mejor que los otros días, y ha conciliado el sueño. - Temperatura $37^{\circ}2$ por la mañana y en la tarde de $39^{\circ}2$.

- Día 15. - Vuelve la fiebre con 40° en la mañana, nuestra enferma está muy prostrada. Prescripción:

Acetina - 1 gramo, en dos papeles una en la mañana y otra al medio día

- Sulfato Quinina - 1 gramo
Extracto Opio - 505 Centigramos
10 pildoras - 1. e. 2. horas.

Causa muchos dolores al bajo vientre, cataplasmas con pomada belladonna 3 veces al día al sitio del dolor.

Inyecciones intra-uterinas N^o 177 los lavajes utero-vaginales.

- Día 16. - La enferma amanece sin fiebre, la temperatura normal en la mañana.

15.
Toma tarde $37\frac{1}{2}$.

Medicación Interna. = Sulfato quinina 1 gramo
Extracto Opio - 0.05 centigramos, para 10 pildoras
1. c. 2. horas.

Una o la inyección intra-uterina y dos lavas
ves vulvares.

- Día 17. - El régimen este día se reduce, al
Sulfato de quinina 0.10 centigramos 3 veces al día;
Dosis Yaccoud. 1. cuchar. c. 2. horas

Inyección intra-uterina N.º 1. - Vaginales
N.º 2. - Temperatura, Mañana $38\frac{1}{2}$ y tarde
 $38^{\circ}6$.

- Día 18. - Temperatura de la mañana $38\frac{1}{2}$
toma sulfato de quinina - 1 gramo, extracto opio
5 centigramos para 10 pildoras. 1. cada 2. horas.
Inyecciones intra-uterinas N.º 2. y vagina
les N.º 2.

- Día 19. - El mismo régimen. - Temperatu
ra de la mañana $37\frac{1}{2}$ y tarde 40° .

- Día 20. - Temperatura de la mañana 36°
8 décimas. - Prescripción:

Sulfato quinina - 1 gramo

Extracto Opio - 0.05 centigramos - - Para
6 pildoras, 1. cada 2. horas.

Por bebida agua con Canele. Alimentos le
che y Caldos.

- Día 21. - Dosis Yaccoud - 1. cuchar.
c. 2. horas. Agua con Canele apunto.
Inyecciones intra-uterinas y vaginales N.º 2.

Temperatura de la mañana $37\frac{1}{2}$ y tarde 37° . 14.

- Día 22. - Sigue el mismo régimen que el 21. - Temperatura de la mañana de $37^{\circ}2$ y tarde 38° .

- Día 23. - El mismo tratamiento que el 22. - El termómetro marca $36^{\circ}2$ por la mañana y $38^{\circ}7/2$ en la tarde.

- Día 24. - La enferma es atacada de nuevo de un escalofrío intenso y de una fiebre elevada: por la mañana el termómetro marca $40^{\circ}8$ y en la tarde $38^{\circ}7/2$. = Sulfato de quinina - 20 centigramos con un. centígramo de extracto acónito, 3. veces al día. Agua con Cúmar. Dosis Fónica t. ench. e. 2. horas. = Una inyección intra-uterina y lavages vaginales n.º 2.

- Día 25. - El termómetro señala $36^{\circ}7/2$. - Prescripción Salol - 2 gramos en 10 papeles, 1. e. 2. horas. Agua con Cúmar. Temperatura de la tarde $37^{\circ}7/2$.

- Día 26. - Continúa con el mismo tratamiento, otra vez se presentan los dolores sobre el hipogastrio: se ordena Cataplasmas con pomada belladona repetidas veces al día. - Temperatura de la mañana $37^{\circ}7/2$ y tarde 39° .

- Día 27. - La puérpera está mejor hoy día y se encuentra en vía de convalecencia: Temperatura de la mañana

37° y 1/2; tarde 37°.

Prescripción. — Salol - 40 centigramos
en alterna. Agua con Cañac, vino,
régimen alimenticio bueno.

— Día 28. — Temperatura normal mañana y
tarde. Prescripción Tacion Taccand - 120 gramos
t. cub. c. 2. horas. Alimentos buenos. vino, etc.

— Día 29 y 30, sigue muy bien.

Se dio de alta el 18 de Octubre de 1891.

Obs: N.º 5. — Mamela Gutiérrez, de 24 años
de edad, soltera, de raza mestiza natural
del Cuzco; ingresó al Hospital de "Santa
Ana" el día 14 de Setiembre de 1891, y ocu-
pó la cama N.º 17 de la Sala de Santa
Rosa de la Clínica de Partos del
Dr. Rafael Benavides.

Examinada la enferma, se diagnosti-
có una O. G. G. A.: por la palpación
y comprobada por el tacto. Por la auscul-
tación no se percibía ningún ruido del corazón
fetal y cuando se buscaba por todas partes
y siempre no daba como recuerdo la ausen-
cia del ruido fetal; llamé entonces a otros com-
pañeros de la Clínica y todos unánimes dijeron
no existir ningún ruido, lo que hizo presu-
mir que el feto estaba muerto en el seno
materno. Interrogada nuestra enferma de los

últimos días de su embarazo, dijo no haber notado el movimiento del feto en su seno hacían dos a tres días; la única ocupación que tenía en la calle antes de ingresar al hospital, era lavar ropa en mucha cantidad y que a la vez levantaba pesos enormes de ropa apoyándose sobre el vientre (las bateas de lavar). Es indudable que esta fue uno de los factores principales para de la muerte del feto; pues la mujer no tenía antecedentes especiales.

El mismo día de su entrada por la mañana principianon los dolores y a las cuatro de la tarde el parto había terminado de un modo fácil.

El niño nace muerto y en completa maceración.

- Día 16. - Los síntomas suministrados por la enferma eran los siguientes:

En la noche del 15 fue acometida por un escalofrío y después por mucha calor; en la mañana tiene cefalalgia, fiebre, sudor que cubre todo el cuerpo, mal estar general, lengua seca y resquebrajada al centro. - Los líquidos en pequeña cantidad y fétidos.

Por la palpación y la presión, acusa dolor sobre el hipogastrio. El útero

duro y no sigue su regresion nor-
mal.

El termómetro indica por la maña-
na 39°.- Prescripcion- Sulfato quinina
1 gramo, extracto opio 5 centigramos para
10 pildoras; para tomar 1. c. 2. horas.

Inyecciones intra-uterinas de bicloruro
de mercurio al 4 por 1000.- Alimentos
Caldos y leche.- Temperatura de la tar-
de 38°.

En el agua de las inyecciones se
notan una multitud de detritus orgánicos
y membranas (restos) en putrefaccion.

- Dia 17.- El mismo régimen que el dia
anterior; Temperatura de la mañana 37 1/2
y la de la tarde 38 1/2.

- Dia 18.- Sigue lo mismo que el dia
anterior. La curva termométrica de la
mañana es de 37° 4 y de la tarde 38° 5.

- Dia 19.- Hecho igual al dia anterior.

- Dia 20.- Temperatura normal en la ma-
ñana.- Dacion Taccand 1. vez; c. 2. horas.
Agua con Conac.- Dos Inyecciones vagina-
les al dia.- Alimentos caldo, sopa, leche.

- Dia 21 y 22, todo sigue lo mismo, solo
que el 22 la temperatura aumenta en la
tarde 2 décimos de grado de la cifra normal.

- Dia 23.- Sigue el mismo tratamiento: tem-
peratura en la mañana 38° 2 y en la tarde

38° 1/2; el día de hoy se presentó el escalofrío.

Prescripción: - Sulfato de quinina 1 gramo, extracto opio 5 centigramos para 6. Píldoras. - Inyecciones intra-uterinas de bicloruro de mercurio dos veces al día. - Agua con coñac por bebida. - Alimentos leche y caldos.

- Día - 24. - El mismo tratamiento. - Curva termométrica en la mañana 39° y la tarde 38° 8. - Régimen alimenticio siempre lácteo y caldos.

- Día 25. - El mismo tratamiento. - Temperatura de la mañana 39° y la de la tarde 38° 1/2.

- Día - 26. - Continúa el mismo tratamiento: Temperatura de la mañana 39° y tarde de 38° 1/2.

- Día 27. - Hoy la temperatura es normal; la enferma se encuentra muy restablecida, y todos los fenómenos morbosos parecen que han desaparecido.

Tocion Fónica una vez. c. 2. veces. Agua con Coñac. - Alimentos buenos.

Días 28 y 29. Sigue el mismo tratamiento; temperatura normal mañana y tarde. Permaneció en el hospital hasta el 10 de Noviembre día en que se dio de alta por estar sana.

Obs: N^o. 6. - Isidora Ferrer, natural de Obreguipa, de 36 años de edad, mestiza, lavandera, casada, de constitución fuerte y temperamento sanguíneo; ingresó al Hospital de "Santa Ana", el 10 de Octubre de 1891, y ocupó la cama N^o. 17. de la sala de Santa Rosa, de la Clínica de Partos del Dr. Rafael Benavides.

- Día 11. - Este día se realizó el parto de una manera feliz, el alumbramiento también se hizo de un modo espontáneo, sin hemorragia y después de un embarazo sin antecedentes de ninguna clase; el trabajo duró 24 horas, presentación y en posición una C. Y. T. O. (pari-mípara).

Después del parto es acometida de cefalalgia muy intensa y la que sobre vino de una manera muy brusca después de la expulsión de los anexos; todo el resto del día pasó así hasta el siguiente.

- Día 12. - La enferma se presenta con una temperatura de 39° 8; cefalalgia, dolor intenso cuando se preciona el útero, la lengua seca, la cara no presenta nada de particular; se queja de un sentimiento

to de mal estar. Una vez que se hizo el examen de la enferma; se encontró los siguientes síntomas: cefalalgia, y dolor del útero a la presión, fiebre, anorexia; por el tacto vaginal, se encuentra en las partes laterales del útero una sensibilidad extrema y la menor presión hace revivir el dolor, esto es debido única y exclusivamente a las heridas y grietas del útero. El útero todo entero es sensible y sobre las partes laterales mucho más. La palpación fuera del útero no acusa nada, está en su estado normal y fisiológico; todo lo contrario sucede cuando el útero es el sitio de la localización del dolor.

Los líquidos suprimidos en parte y de un olor fétido, son de un color rojizo.

Inmediatamente que aparecieron los dolores, se presentó el escalofrío fuerte. - Se prescribió:

Sulfato quinina - 1. gramo, extracto opio 5 centigramos para 10 pillovas; una cada dos horas.

Inyecciones intra-uterinas 3 veces al día, y lavages vaginales. - Alimentos, caldos y leche. - Temperatura de la tarde de 39°.

27.

Día - 13. - La enferma a avanzado un poco mejor que el día anterior; su régimen es el mismo.

El útero no hace su involucion, parece detenerse en su marcha regresiva.

Temperatura de la mañana 39° , tarde 38.8° .

Días 14 y 15. - El dolor del útero va en disminucion, el útero menor, la fiebre es menor; hay un poco de apetencia.

Temperatura de la mañana 38.6° , y tarde 38° .

El tratamiento es el mismo en los dos días.

- Día 16. Igual al anterior en todo.

- Día 17. - El dolor del útero ha desaparecido, los productos de la matriz tienen olor menos repugnantes; la enferma se encuentra animada.

Temperatura de la mañana 38° ; tarde 37.8° . = Prescripción. - Sulfato quini-
na 30 centigramos 3 veces al día, agua con
coñac, vino, Alimentos caldos y leche.

Inyecciones vaginales N.º 2 al día
de ácido fólico al 2 por 100.

- Día 18. - Hoy han desaparecido todos los síntomas de la

Septicemia puerperal.

Temperatura 38 por la mañana, y en la tarde 37.4.

Prescripción:—

Sulfato quinina—20 centigramos 3 veces al día. — Fación de Taccand—una cucharada cada dos horas. — Agua con Coñac, vino. — Inyecciones vaginales N^o 2.

Alimentos. — Sopa, caldo y leche.

— Día 19. — Temperatura normal. El mismo régimen que el del día anterior.

— Día 20. — Queda hoy la enferma en su estado fisiológico.

En tratamiento se reduce a los tónicos y buena alimentación.

El día 21, se dio de alta, por estar completamente sana.

Lima, 4 de Octubre de 1892.

FACULTAD DE MEDICINA	
No. de inscripción..... 11357	
No. de la enferma.....	

UNMSM - FM - UBHCD



010000073015