

poco del gran número de intervenciones que en la actualidad se practican, pero si exigimos como cuestión sagrada para el operador, que se rodee de todas las garantías de éxito a que tiene derecho todo enfermo.

4.<sup>a</sup> Estas garantías deben tener como base la más estrecha colaboración médico-quirúrgica.

## RESUME

L'auteur synthétise son ouvrage en établissant les suivantes conclusions:

1) Le médecin doit connaître à fond son malade de même que les solutions chirurgicales qui puissent se déduire en conséquence de cette appréciation. Le chirurgien doit également connaître consciencieusement sa chirurgie.

2) La thérapeutique chirurgicale doit seulement être conseillée lorsque le succès est presque garanti, ou pour le moins quand aucune autre solution peut être envisagée comme meilleur moyen, puisqu'on ne doit pas oublier que la chirurgie est un remède qui n'est jamais employée sans risque.

3) Ne protestons pas du grand nombre de chirurgiens qui existent aujourd'hui, nombre qui augmente de jour en jour; ne déplorons pas non plus l'infinité d'interventions qui, actuellement se pratiquent, mais exigeons comme question sacrée pour l'opérateur, que dans tous les cas celui-là se garantisse par tous les moyens de succès à sa portée, égard auquel a droit tout malade.

4) Ces garanties doivent avoir comme principe la plus étroite collaboration médico-chirurgicale.

## SUMMARY

The writer sums up his paper by drawing the following conclusions:

1) The physician should know his patient thoroughly as well as the surgical solution to be drawn from such knowledge. The surgeon should know his surgery.

2) A surgical operation should be advised when success is almost certain or when there is no better solution, as surgery is a remedy not without danger.

3) The writer protests neither against the great number of surgeons now in practice, and who by the way are increasing daily, nor against the great quantity of operations performed nowadays but he does expect as a question sacred to the surgeon that the surgeon should surround himself with every possible guarantee of success to which every patient has a right.

4) These guarantees must be based upon the closest cooperation between the physician and the surgeon.

## ZUSAMMENFASSUNG

Der Autor fasst seine zusammen, indem er zu folgenden Arbeit, folgende Schlüssen kommt:

1) Der Arzt soll seinen Kranken und die chirurgischen Lösungen, welche aus solcher Kenntnis stammen, gründlich kennen. Der Chirurg seinerseits soll seine Chirurgie beherrschen.

2) Die chirurgische Therapie soll ange ratet werden, wenn der Ausgang fast sicher ist, oder wenn es keine bessere Lösung giebt—weil man chirurgisch nicht ohne Gefahr vorgehen kann.

3) Wir wenden uns nicht gegen die grosse Anzahl von Chirurgen, die es heutigentags giebt und welche taglich zunimmt, auch verwalven wir uns nicht gegen die vielen Eingriffe, welche gegenwärtig vorgenommen werden, hingegen fordern wir als heilige Pflicht für den Operateur, dass er all das heranzieht, was Sicherheit verbürgt; auf die hat jeder Kranke ein Anrecht.

4) Diever Sicherheit muss die engste medizinisch-chirurgische Chitarbeit zu Grunde liegen.

## ¿CÓMO DIAGNOSTICAR UNA INFECCIÓN PUERPERAL POST-PARTUM?

## ¿CÓMO TRATARLA? (1)

por el doctor

SANTIAGO DEXEUS FONT

Profesor Auxiliar de Obstetricia en la Facultad de Medicina de Zaragoza

A mi Maestro en la Maternidad de Barcelona, Dr. Baudilio Guilera.

## PRIMERA PARTE—DIAGNÓSTICO

Quando el médico es llamado a la cabecera de una parturienta con fiebre, el primer punto a dilucidar es la naturaleza de ésta. No puede haber tratamiento eficaz sin una exacta puntualización diagnóstica y debemos esforzarnos en alcanzarla con método y rapidez.

Frente a una parida febril debe pensarse ante todo en una infección puerperal. Y digo *debe* porque las más de las veces ella es la causante de la pirexia. Y además por la razón, altamente sugestiva, de que, de entre todas las complicaciones sépticas del puerperio, es la que más rápida y amenazadoramente puede poner en peligro la vida de la enferma. De la pronta institución de un tratamiento bien orientado puede depender en muchas ocasiones, ya que no podemos desgraciadamente decir en todas, el éxito final.

No añadiré que pocas enfermedades pueden poner tanto en entredicho el valer del médico, como la infección puerperal, pues si el pronóstico es, sobre todo para el público, la clave de la sagacidad médica, en esta dolencia no es siempre fácil de establecer. Y de no hacerse con prontitud, la inusitada violencia y acometividad de los accidentes que acompañan a menudo a la fiebre puerperal, permitirán dudar de la perspicacia del tratante, al permitir a la familia ensombrecer, por la propia observancia, el pronóstico de aquélla.

Pero el que el médico *deba* pensar ante todo en una infección de origen genital, en una recién parida, no significa, ni remotamente, que una recién parida, no pueda ser atacada por otro mal. Piénsese sobre todo en aquélla, pero eliminense las otras posibles causas de fiebre en las recién paridas.

Las condiciones anátomo-clínicas propias de la gravidez, de la parturición y del post-partum ponen a la recién parida en favorables condiciones para ser presa de accidentes febriles de distintos orígenes.

Es ante todo la instauración de una nueva función, la lactancia, que se preparaba ya durante la gestación y se inaugura con la muchas veces aparatosa subida de la leche. Son también las distintas pareasias orgánicas, intestinales y vesicales, propias del puerperio que exponen a procesos febriles de ambos órganos. Y hay en ambos ciertas características propias del puerperio que las hacen particularmente fáciles. Por el lado del aparato urinario, la brevedad de la uretra en la mujer favorece el ascenso vesical de las colonias bacterianas vulvares; la rica vascularización de la vejiga, su vaciamiento incompleto o la retención total favorecen la cistitis. La compresión ureteral por el útero gravídico, el estancamiento pielo-ureteral tan frecuente en el embarazo, la riqueza de relaciones linfáticas entre el riñón

(1) Trabajo premiado en el concurso ARS MEDICA 1926.

derecho y el colon ascendente explican la pielitis y la pielonefritis. Si añadimos a ello ciertas particularidades anatómicas, generalmente congénitas, tales como los nudos y estenosis ureterales, hoy bien puestas en evidencia gracias al pielograma, comprenderemos la fácil existencia de infecciones urinarias puerperales.

La paresia intestinal, aumentada por el reposo en cama, ocasiona el éxtasis de las materias y favorece las infecciones de origen intestinal. Y tanto para el aparato digestivo como para el urinario, es menester recordar el fácil aumento de virulencia que el colibacilo, colonizador habitual del primero, experimenta en los estados grávidos.

Y finalmente pensemos que una recién parida puede igualmente ser presa de una enfermedad infecciosa completamente agena a la parturición. Incluso podemos añadir que es más fácil candidata a la erisipela, o a la gripe, que una mujer no grávida, por la razón, indiscutible hoy, de que sus defensas son menores, de que la cantidad de alexinas y de complemento que pueda contener su suero es inferior a la normal, como lo prueban los resultados de la reacción de Wassermann y la reacción a la tuberculina en embarazadas y paridas. Sólo quiero citar el caso, de triste memoria por cierto, de la última epidemia de gripe (1918-1919), en que aquéllas eran atacadas con igual frecuencia por lo menos que las no grávidas y en las cuales el parto, cuando se presentaba en el curso de la enfermedad venía a dar un latigazo al curso de ésta. La fatiga, el shock más o menos visible clínicamente, pero realmente siempre existente en la parturición, eran *per se* una causa constante de agravación de la enfermedad, en ausencia de hemorragia intra y post-partum y de complicaciones sépticas puerperales, que antes se creían de fácil asociación en la gripe y otras enfermedades infecciosas de las paridas. En la Maternidad de ..... y en distintos trabajos publicados en aquella época púsose bien de manifiesto el rol que la *anergia* de las grávidas, juega en el desarrollo de las enfermedades infecciosas.

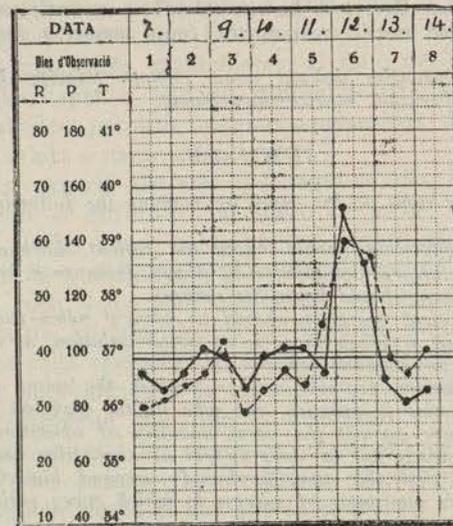
El médico deberá pues, ante una parida febril, investigar primeramente la existencia o no de una fiebre puerperal. Veremos más adelante la manera de llegar correctamente al diagnóstico. Pero tanto si aquélla existe como si no existe, deberá proseguir en su examen para reconocer el origen de la fiebre si no hay causa genital alguna y la posible coexistencia con otra lesión en el caso de una sepsis puerperal. No debe olvidarse, en efecto, que la fiebre puerperal puede asociarse a una fiebre mamaria, digestiva u otra.

En su exámen y después del reconocimiento genital del que más adelante nos ocuparemos, pasará metódica y sucesivamente, a los siguientes exámenes: 1.º. Mamas; 2.º. Aparato digestivo; 3.º. Aparato urinario; 4.º. reconocimiento general (boca, amígdalas, pecho, etc.), para despistar una enfermedad ni directa ni indirectamente relacionada con el puerperio. *Mamas*: Búsquese siempre la puerta de entrada de la infección; en general se encontrarán grietas en el pezón. Explórese la mama; en caso de flemón, el diagnóstico es automático; basta haber pensado en explorarla. Si es una galactoforitis,

muy rara por cierto, aparte del dolor a la presión, hay mezcla de pus y leche al hacer la expresión glandular. La prueba del algodón, con el distinto color de la secreción normal y de la producción patológica da la clave del diagnóstico, (signo de Budin). No hay que buscar enrojecimiento cutáneo en la galactoforitis, pues no le existe.

La linfangitis es el más frecuente de los procesos inflamatorios de la mama. Si hay una zona de linfangitis reticular en la piel, el camino del diagnóstico es fácil. Si es profunda hay que investigar el dolor a la presión del lóbulo glandular afecto y, a menudo, el infarto y el dolor axilar.

La curva térmica en la linfangitis es típica: aparición brusca de la fiebre, ascensión alta, a veces 39°5 y 40°, y desaparición rápida cuando el tratamiento conveniente ha sido instituido (Véase gráfico núm. 1). El estado general no ofrece caracteres de gravedad; el pulso, sí, hácese frecuente, para volver a la normalidad al mismo tiempo que la temperatura.



Gráfica 1

En caso de duda la prueba terapéutica tiene un valor definitivo. Déjese la mama sospechosa en reposo, suprimiendo la lactancia del lado enfermo, desinfectando la puerta de entrada de los gérmenes instituyendo un tratamiento anti-flogístico, en general calor. Si la fiebre es de origen mamario, a las doce horas casi siempre, habrá desaparecido o disminuido notablemente la temperatura.

*Aparato urinario.*—La disuria, la polaquiuria, el dolor supra-público orientarán hacia la cistitis. El dolor renal espontáneo y a la palpación bi-manual, la piuria, permitirán basar el diagnóstico de pielonefritis.

Téngase presente de todas maneras que en el período inicial el examen macroscópico de la orina puede ser infructuoso. Centrifúguese entonces aquella, práctiquese un análisis de sedimento y probablemente una bacteriuria importante permitirá poner una etiqueta firme a la enfermedad.

La pielitis puede ser el punto de partida de una septicemia, casi siempre colibacilar.

*Aparato digestivo.*—No hay que pensar en fundamentar un diagnóstico, en el estado de la lengua, en la inapetencia o en el estreñimiento pertinaz, manifestaciones que son casi habituales en todas las infecciones. El buen resultado del drenado intestinal, la escasa alteración del estado general a pesar de la fiebre alta, permitirán, aparte de la exclusión de las demás causas, orientarse debidamente.

*Otras enfermedades.*—No debo entrar en el detalle del examen general de una puerpera para despistar una enfermedad agena al puerperio. Es menester pensar en ello y valerse de los medios que la clínica y el laboratorio nos ofrezcan.

vado de manos correcto, toilette perfecta de la parida y enguantado de la mano. De la misma manera una aplicación de fórceps a la vulva será indiscutiblemente menos peligrosa que una embriotomía difícil, un alumbramiento artificial o simplemente una irrigación o un taponamiento intra-uterino practicado precipitadamente por hemorragia.

No debe glosarse la importancia de la duración global del parto, la del momento de la rotura de la bolsa de las aguas y el número de horas que haya permanecido abierta la cavidad ovular antes de la expulsión fetal. Finalmente la existencia de una lesión genital previa será un obstáculo para el libre desarrollo de la flora sa-

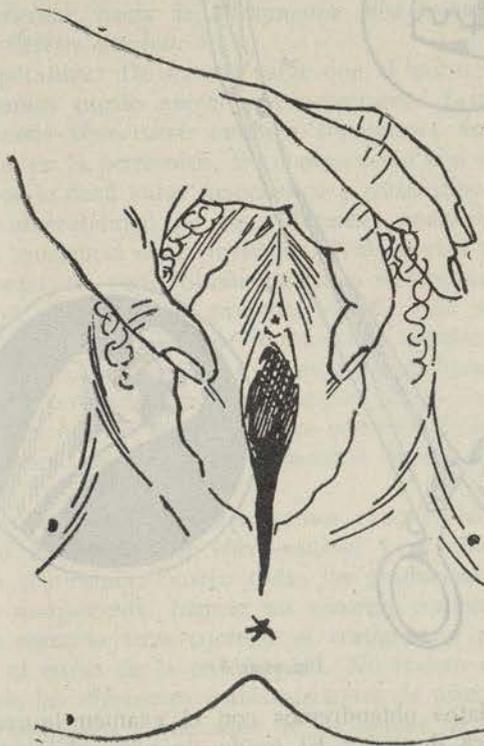


Fig. núm. 1

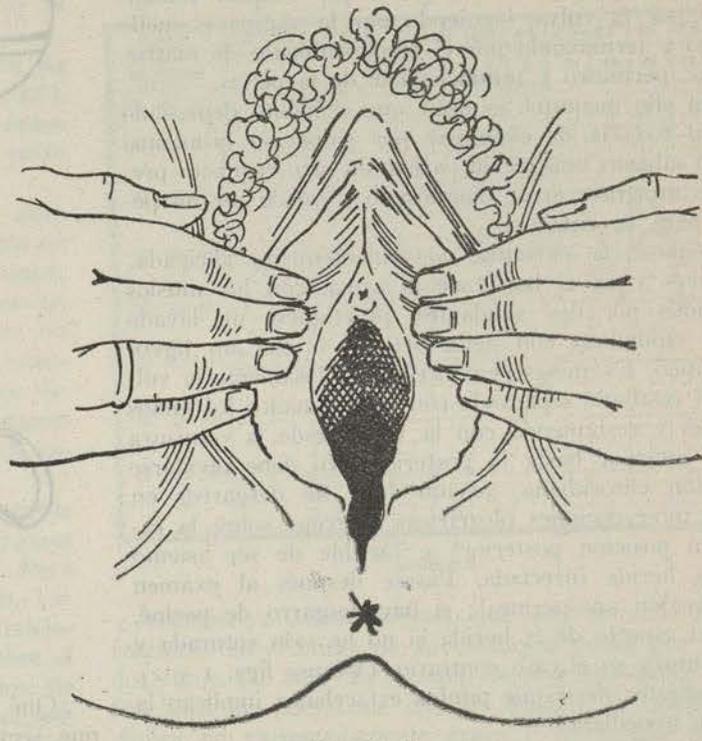


Fig. núm. 2

Pasemos ya a la técnica de la labor del médico, cauto y desconfiado, que ante una parida febril, piensa en fiebre puerperal y debe de indagar su origen genital. Empiécese por analizar los antecedentes.

*Antecedentes.*—Tendrá valor en este aspecto: 1.º Todo cuanto haya podido representar un aporte de gérmenes del exterior o la exaltación de virulencia de otros ya existentes. 2.º Todo cuanto pueda disminuir la resistencia de la enferma a un agente infeccioso o tóxico.

En el primer sector figurarán primordialmente los exámenes y manipulaciones practicadas durante el parto. Y dentro de esta agrupación cabe hacer una distinción básica; *mayor valor que el número de exámenes tiene la forma de practicar estos y más que la intervención en sí la corrección con que se hayan podido llevar a cabo aquellos y la naturaleza de los mismos.* Es decir un solo tacto sin las garantías debidas de asepsia será un dato de mayor valor para orientarse hacia la fiebre de origen genital que media docena de los mismos con la-

profítica vaginal, mantenedora de las condiciones fisiológicas perfectas (acidez, etc.). Citemos de paso la importancia que desempeña la gonococia previa en las fiebres post-partum.

En el segundo orden de ideas es menester hacer resaltar que será más fácilmente presa de un proceso infeccioso la enferma albuminúrica o insuficiente hepática, la anemiada por una expoliación sanguínea grave o shockada por una anestesia larga y profunda que la que entra en el período del post-partum después de un trabajo completamente normal. Pero debe decirse en honor a la exactitud que toda disminución de resistencia no es en general específica para la fiebre puerperal y que una parida depauperada podrá igualmente contraer una pielitis que una endometritis. Solamente en el caso de que la misma causa que haya obrado disminuyendo las resistencias de la enferma, perdure en el puerperio y resida en la esfera genital, podrá influir específicamente en el desarrollo de una sepsis puerperal. Pongo, por ejemplo, el caso de una embarazada sifili-

tica con feto voluminoso, muerto y macerado, que sufre una hemorragia grave del alumbramiento por atonía uterina. Si la hipotonía persiste en el puerperio, dando el cuadro de la sub-involución uterina, la misma causa podrá influir específicamente en la aparición de una endometritis, mayormente si existe una retención membranosa, como es frecuente en estos casos.

*Examen genital:* ¿Es una forma localizada de la infección puerperal? ¿Es una forma generalizada?

He aquí el primer punto a dilucidar.

El diagnóstico de una forma localizada, vendrá con el hallazgo de una lesión genital, que es menester buscar con orden y perfecto tecnicismo. Todo examen obstétrico post-partum debe hacerse por etapas, comenzando por la vulva, siguiendo por la vagina y cuello uterino y terminando por el reconocimiento de matriz, anexos, peritoneo y tejido celular de la pelvis.

Para ello menester es decir que el hábito demasiado general todavía de examinar por palpación bi-manual y bajo sábanas una recién parida sin otro requisito previo, es un grave error diagnóstico y puede ser un peligro para la enferma.

Colóquese la enferma, convenientemente abrigada, de través y en el borde de la cama, con los muslos sostenidos por dos ayudantes, practíquese un lavado vulvar cuidadoso con agua hervida o con un ligero antiséptico. Examínese entonces cuidadosamente la vulva y el vestíbulo separando con ambas manos los labios mayores y resiguiendo con la vista desde la comisura vulvar anterior hasta la posterior. No debe olvidarse la región clitoridiana, asiento fácil de desgarros en ciertas intervenciones obstétricas (fórceps sobre la cabeza en posición posterior) y factible de ser asiento de una herida infectada. Pásese después al examen de la región ano-perineal; si hay desgarró de periné, véase el aspecto de la herida si no ha sido suturada y de la sutura en el caso contrario. (Véanse figs. 1 y 2). ¿Es menester decir que puntos esfacelados implican la ablación inmediata?

Sin desinfección previa de la vulva no se pasará nunca al examen de la vagina y genitales internos. Si hay una infección vulvar y puede aplazarse un reconocimiento interno, prudente será seguir esta conducta. Si precisa *ipso facto* un examen más completo, no se pase más adelante sin haber tocado las superficies infectadas con iodo o trementina.

Para la vagina, empléense valvas; no espéculum, después de una irrigación vaginal ligeramente antiséptica a una escasa presión (irrigador estéril a dos palmos por encima del nivel de la cama). Ciertas lesiones traumáticas de la vagina pueden infectarse y ser asiento de una infección vaginal.

Llegaremos seguidamente al cuello uterino y en las primíparas encontraremos, por regla general, un desgarró lateral izquierdo reciente. Reconózcase su extensión y el aspecto de sus bordes. Si buscamos la movilidad uterina, nos podremos valer de tener las valvas colocadas y con el control de la vista será posible pinzar el labio anterior traumatizando al mínimo la musculatura del cuello uterino, tan friable en el puerperio. Conviene utilizar para esta exploración una pinza de

dientes romos. Es hoy un poco difícil de encontrar la pinza molar de Bonnaire (véase fig. 3) que desaparece poco a poco del arsenal obstétrico y que estaba indicadísima para estos casos. Pinzado el labio anterior, se comprobará si el útero desciende o está inmóvil.

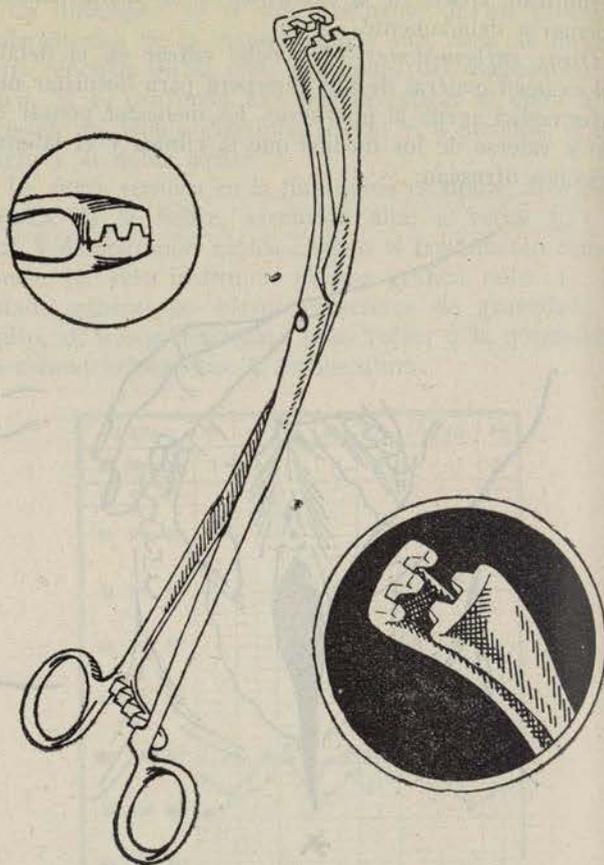


Fig. núm. 3

¿Qué datos obtendremos con el examen bi-manual que seguirá después? El grado de permeabilidad del cuello uterino, el curso de la involución uterina post-partum, el estado de los anexos (volumen, dolor), la existencia o no de un proceso inflamatorio de los tejidos peri-uterinos (fondo de Douglas, ligamento ancho), etc.

Con el examen físico podrá fundamentarse el diagnóstico; pero será menester completarlo con el reconocimiento general de la parturienta para afinar el pronóstico y hacer un tratamiento completo.

¿Qué puntos abarca dicho reconocimiento? Pulso, temperatura, presión arterial, estado de vías digestivas, de sistema nervioso, de sensorio. En determinados casos, de pronóstico y tratamiento delicados, será útil poseer un recuento globular, una fórmula leucocitaria, el índice opsónico, un examen bacteriológico de los loquios y sobre todo una hemocultura.

Para dicho examen general procédase con cautela y exacta ponderación de los datos obtenidos. Establézcase cuanto antes el diagnóstico de la forma anatómica de la infección, pero no se tenga aquel por inmutable. Vigílese la enferma día por día, a veces hora por hora, pues lo que parece hoy una forma lo-

calizada puede convertirse mañana en una septicemia.

**Pulso:** Late desproporcionadamente frecuente en las formas graves; es hipotenso, filiforme. Cabe distinguir una posible causa de error, en las mujeres que han sufrido una expoliación sanguínea grave. Pero en estas, la taquicardia de los primeros días irá cediendo paulatinamente, caso de no presentarse un proceso infeccioso.

En las formas venosas de la infección puerperal, el pulso asciende todas las mañanas, para descender unas horas después y experimentar al día siguiente una subida más notable que en el día anterior (pulso en escalones o de Mahler).

Combinado con una temperatura muy moderada, deberá orientar hacia la *phlegmatia alba-dolens*, o la trombo-flebitis uterina.

**Temperatura:** De menos valor que el pulso; en las bacteriemias puede ascender enormemente (41°, 42°), pero puede observarse también hipotermia en éstas, así como en la peritonitis. Su comparación con el pulso es lo que le dará valor diagnóstico y pronóstico.

La vulnerabilidad de los diferentes aparatos indicará la virulencia de la infección. Nula o casi nula en la endometritis, será fulminante en la septicemia aguda primitiva. La enferma presenta disnea *sine materia*, oliguria o anuria, diarrea, hipotensión, algidez de las extremidades, perdiéndose a veces a las 48 horas, siendo tal la gravedad de la impregnación tóxica de los órganos, que no hoy lugar a que se precisen clínicamente las lesiones, pues todo el organismo queda como siderado.

Entre estos dos cuadros extremos, el extremadamente benigno de una lesión vulvo-vaginal y el hipertóxico de una septicemia, existen todas las gradaciones. Pero insisto nuevamente, hágase un examen completo, hágase a menudo para corregir el tratamiento paralelamente al curso de la enfermedad. No insisto sobre el valor de las diferentes manifestaciones de aparatos, de sobras conocidos y que salen de los límites de este trabajo. Solo un ejemplo demostrativo del valor diagnóstico del estado mental de la enferma. He escogido este extremo por ser uno de los puntos más descuidados en el diagnóstico y pronóstico de la infección puerperal.

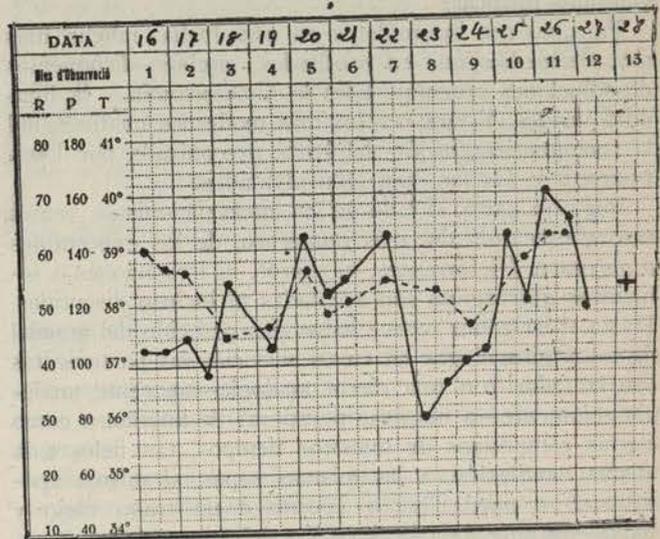
**Obs. 1.ª** Ana M. 28 años, secundípara. Madre y hermano neuropatas. Primer parto, eutócico; a los 5 días psicosis, melancolía, manía suicida curando finalmente a los 6 meses del parto.

Embarazo y parto actual normales (6-8-924). El 12-8 aspecto de idiota, sin conocimiento. Genitalmente normal: buena involución uterina, loquios normales; 37°1. 80 pulso. Es vista por el Dr. E. M. que instituye una cura de Klässi. El 18, escalofrío; 40°5, 150 pulso. Por los antecedentes creemos poder eliminar una infección puerperal, mientras el Dr. E. M. cree en una septicemia. Profilácticamente, 40 c. c. suero antiestreptocócico. El 19, 39°5, 120; vientre blando, emisión de gases; enema sin resultado y 40 c. c. suero. Peristaltina. Día 20, 39°8, 140. Una deposición; timpanismo, vómitos biliosos; peritonitis. Día 21, exitus (Ejemplo doblemente interesante de una infección puerperal: la primera manifestación de la infección es la alteración del estado mental en una enferma con predisposición a la psicosis; además peritonitis faltada de signos físicos hasta la fase terminal).

En resumen, siguiendo la conducta que hemos trazado, con un examen genital en la forma preconizada,

seguido de un reconocimiento general, ayudándose, si menester es, de ciertas técnicas de laboratorio, el médico llegará al conocimiento de si está frente a una forma localizada o una forma generalizada de la infección. Establecido que esta distinción primera es básica para el tratamiento y sobre todo para el pronóstico, añadiremos acto seguido que es completamente expuesto a error el generalizarla sistemáticamente. El conocimiento de la forma anatomo-clínica de la infección será altamente provechoso.

En efecto, ciertas formas localizadas son extremadamente graves; la peritonitis, por ej. enfermedad local, anatómicamente hablando, es una forma generalizada en el sentido clínico de la palabra.



Gráfica 2

Además, ya hemos indicado que buen número de infecciones en el curso de su evolución pasan por estas dos fases. He aquí un ejemplo de una septicemia estafilocócica de puerta de entrada genital, de evolución clínica no extremadamente grave y en la que vemos desarrollarse al final una complicación localizada mortal, una peritonitis.

**Obs. 2.ª** Teresa P., primípara de 36 años. Primeros dolores día 13-10-1924. El 14 a las 9, medio cm. dilatación. El 15 hipertonia uterina, amenazas de rotura uterina. Dilatación manual, fórceps, sobre feto muerto, en O. I. D. T. Extracción muy laboriosa. Desgarro perineal, sutura. Alumbramiento artificial. (Véase gráfica núm. 2).

Fiebre post-partum; infección de tipo vulvo-perineal en los primeros 5 días; los puntos son retirados tempranamente a los 3 días, desinfección del periné. El curso es tranquilizador hasta el 26; en este día, 40°, disnea tóxica. Examen sanguíneo (doctor F.) Hematías 4.600.000. Leucocitos, 12.000; valor globular, 1. Hemoglobina; 75. Leucocitos polineutrófilos: 80. Id. del tipo A. de Arneth: 27. Id. eosinófilos: 0. Granulocitos mononucleares neutrófilos: 2. Mielocitos neutrófilos: 2. Grandes mononucleares sin granulaciones: 1. Linfocitos: 15. Hemocultivo: estafilococos.

El 27, timpanismo marcadísimo, vómitos, pulso impalpable en la radial. Exitus el mismo día a las 12.

#### SEGUNDA PARTE — TRATAMIENTO

Si un tema ha sido y está en perenne discusión, si un punto de los conocimientos médicos préstase a disqui-

siones filosóficas, éste es el tratamiento de la infección puerperal.

Véase, sino, la lista de los medios de que disponemos para luchar contra la sepsis. Ahorrémonos su enumeración, tan larga y fastidiosa es, pero detengámonos en comentar su distinta naturaleza. Les tenemos puramente obstétricos, tales la irrigación intra-uterina, el raspado, el drenaje, por ejemplo. Otros son sacados del grupo de los coloidales o de los medios proteínoterápicos. Han gozado de favor los sueros y las vacunas, pero hoy disfrutan de mayor simpatía los colorantes anilínicos y el salvarsán; para ser sustituidos mañana caídos estos en desgracia, por nuevos remedios que encenderán los entusiasmos posiblemente efímeros, de nuestras juventudes médicas.

Para no ser incompletos en esta lucha, mucho más rica en medios que en resultados, también disponemos de soluciones cruentas, tales la histerectomía y la ligadura venosa. Y tampoco los más modernos medios, cual la roentgen-irradiación del bazo, preconizada por DORDERLEIN y JACOBS, han sido olvidados.

Por otra parte, al lado de los intervencionistas, vemos otro grupo cada día más numeroso, de los expectantes a *outrance*. Ni fármacos, ni sueros, ni irrigaciones o soluciones quirúrgicas son aceptadas ni incluso discutidas. Hasta el irrigador parece haber desaparecido del arsenal de estos ginecólogos en cuyos servicios las parturientas son tratadas con una cierta analogía—aparente analogía solamente—a nuestras púerperas de antaño, o como ciertas campesinas de nuestros tiempos, tan fieles a la misma ventilación, a las mismas ropas, al mismo apósito—si se puede llamar apósito a un trapo viejo y sucio—durante toda la duración del puerperio.

¡Bello caos donde todas las incompetencias estarán a salvaguardia y en que todas las innovaciones terapéuticas, quizás más justamente llamadas agresiones terapéuticas tendrán por lo menos el ejemplo de un jefe de servicio como propulsor!

Esto me lleva de la mano a decir seguidamente que no poseemos todavía hoy un tratamiento eficaz de la infección puerperal declarada, por lo menos de ciertas formas de infección puerperal. También diré acto continuo que la terapéutica preventiva es extraordinariamente eficaz, casi diría eficaz del todo. Es en este terreno donde se obtienen brillantísimos resultados.

¿Cómo obtenerlos? En dos formas: 1.º aboliendo el ingreso de gérmenes en la púerpera; 2.º disminuyendo el número y la importancia de los traumatismos obstétricos.

Con buena técnica, es posible en general evitar las graves lesiones genitales. Caso de producirse, su inmediata reparación pondrá hasta cierto punto a cubierto de fáciles complicaciones sépticas.

Pero lo verdaderamente eficaz en el sentido de la profilaxia es la anulación del aporte microbiano, la supresión del agente patógeno que por el paso en serie por diferentes organismos adquiere propiedades cada vez más virulentas. Ello requiere cualidades de entrenamiento obstétrico no tan fáciles de adquirir como parece a primera vista. No basta realizar un tacto o una intervención con la mano protegida con el guante de

goma hervido y después de haberse hecho una toilette genital cuidadosa. No es suficiente practicar el aislamiento de las infectadas puerperales en un servicio hospitalario. El jefe de un servicio de Obstetricia o el tocólogo que ejerce en la calle deben poseer cualidades que podríamos llamar para-médicas. Yo he visto a mis Maestros en la Maternidad de..... indagar inquisitorialmente frente a unas décimas de temperatura la conducta del personal subalterno, el número de tactos practicados, la forma en que éstos han sido hechos, la relación inmediata o mediata que con las infectadas haya podido tener la púerpera enferma, ya sea gracias a este personal de médicos, comadronas y enfermeras, bien por los materiales de cura, por las ropas, etc. Son tantos y tantos los puntos a esclarecer que no caben dentro de una reseña o clasificación. Es sólo el observador sagaz y conocedor de la materia, espoleado por el fantasma de la infección puerperal, grave siempre, pero particularmente temible en un servicio hospitalario, que obtendrá resultados positivos.

Por otra parte, el tocólogo que ejerce en la calle debe saber renunciar a ver gastro-enteritis infantiles o erisipelas, incindir flemones, que si bien aumentarán su clientela, también enriquecerán la flora microbiana de su mano con la cual poco tranquilo de conciencia, entrará en los genitales femeninos para realizar un alumbramiento artificial. Deberá saber renunciar, aunque sea exponiéndose a zaherir la susceptibilidad de una matrona, más rica en palabras que en ideas claras, a una solución antiséptica mal preparada o a una toilette genital deficientemente terminada. Reconvendrá graciosamente, si menester es, a su compañero o compañera profesional para corregir en lo futuro una nueva imperfección técnica.

Para el médico rural cabe condensar las anteriores sugerencias en las siguientes recomendaciones: 1.ª abstenerse de toda manipulación (examen o intervención) a una parturienta, siempre que dentro de las 48 horas anteriores, haya estado en contacto con un enfermo peligroso (estreptococia, supuraciones, septicemias, etc.) y llamar, si el caso tiene una cierta urgencia, al colega de la población más próxima; 2.ª tratamiento conveniente de las manos (Fürbringer) y guante de goma hervido; 3.ª preparación de la púerpera; toilette para su examen; rasurado y iodado para una intervención; 4.ª reducción al minimum de las manipulaciones.

*Tratamiento de la infección puerperal declarada:* Sin entrar en el detalle del tratamiento de las distintas formas anatómo-clínicas de la infección puerperal, pues los límites de este trabajo no lo permiten, veamos las líneas generales de este tratamiento, que regirán por igual para las distintas formas de la infección. Justo es hacer empero una distinción la que, al igual que en el diagnóstico, será también artificiosa, entre formas locales y formas generalizadas. Es innegable que la infección puerperal es muchas veces una enfermedad local desde su comienzo hasta su final y que puede requerir un tratamiento, local también, para su curación y para evitar la propagación desde el foco primario a toda la economía.

¡ Ya hemos visto la división de los médicos en dos

campos: Los que aceptan y preconizan dicho tratamiento local y los que le rehusan sistemáticamente. ¿No estará la verdad en un término medio?

Pongamos el caso de una endometritis puerperal. La conducta seguida por muchos tocólogos consistirá en un lavado vulvar, repetido dos o tres veces al día y un tratamiento tónico general. Así proceden la mayoría de los germanos. Otros, siguiendo el ejemplo de franceses e ingleses, darán una irrigación intra-uterina en el comienzo de la enfermedad, que posiblemente no repetirán, o repetirán a lo más una o dos veces, practicarán bi-cotidianamente una irrigación vaginal con una solución antiséptica ligera y se preocuparán naturalmente del estado general.

Honda diferencia que sumirá en la perplejidad al médico que en libros y revistas se enterará hoy de una técnica que será combatida acerbamente al día siguiente por autoridad no menos competente que el anterior colega. Discusión que, como tantas otras discusiones, acumulará trabajo sobre más trabajo, y querrá representar incluso el espíritu de Escuelas opuestas. Pero es todo ello falsa valla, aparente contradicción en cuyo fondo existe casi una perfecta unanimidad de criterio.

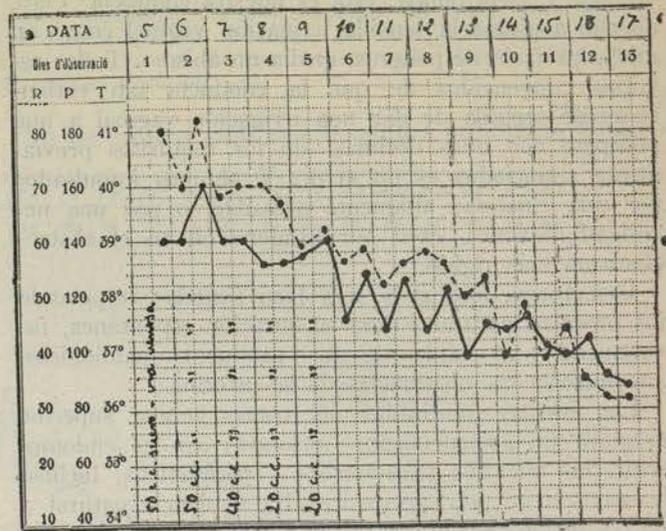
Me explicaré.

Frente a una endometritis puerperal pura, por ejemplo, nuestra conducta puede consistir en dar diariamente una irrigación intra-uterina con una solución antiséptica (lisol, hipoclorito, etc.), algo concentrada, de la cual pensaremos obtener así un efecto bactericida más marcado. Si dicha irrigación intra-uterina es dada solamente bajo la guía de los dedos introducidos en la vagina, sin el control de la vista, nuestros colegas abstencionistas pondrán el grito en el cielo, clamando que en esta forma pecamos: 1.º introduciendo dentro del útero gérmenes vulvares, vaginales o cervicales posiblemente patógenos; 2.º alterando o destruyendo con un antiséptico fuerte, más que las colonias bacterianas, los tejidos maternos, las defensas celulares que el organismo haya podido poner en juego para luchar contra el mal. Confesemos que los protestarios tendrán razón.

Si, por otra parte, frente a esta misma endometritis, pero complicada con una anteflexión uterina marcada y retención loquial, sintiéndonos abstencionistas puros, nos limitamos a cambiar el apósito vulvar tres veces al día y poner hielo en el bajo vientre, nuestros colegas intervencionistas dirán que la retención de productos loquiales favorece la impregnación tóxica del organismo y localmente la transformación de una endometritis en una metritis parenquimatosa o total, con todos sus inconvenientes. Confesemos también que los protestarios tendrán igualmente razón. Puedo citar a continuación un caso de esta índole francamente demostrativo, en la que el A. fiel en aquella época al abstencionismo puro y digámoslo también en propia defensa, imposibilitado de hacer un examen *ad hoc*, estuvo a punto de pagar cara la falta de un tratamiento local.

Obs. 3.<sup>a</sup> Emilia V., primípara. Forceps a la vulva (3-1-1925). El 5-1 temperatura de 38°5. El 9, escalofrío intenso, 39°5. Sueroterapia. El 13, absceso de Fochier que reacciona escasamente. El estado general empeora visiblemente, repitiéndose

los escalofríos, imposibilidad de hacer un examen local; transportada al servicio del Dr. P. B. el 23. Colocación de un tubo intrauterino y eliminación de loquios retenidos. Defervescencia progresiva y reacción intensa hasta la supuración del absceso de fijación, practicado 10 días antes sin resultado. Curación.



Gráfica 5

Pero volviendo a nuestros anteriores ejemplos de la endometritis puerperal primero y de la misma, complicada con loquiometria después, razonemos los siguientes extremos.

¿Reportará a la enferma algún perjuicio un reconocimiento genital, practicado según la técnica expuesta en el capítulo primero? No, seguramente. Una vez conocido *de visu* el estado de las regiones vulvo-perineal, vagino-cervical y haber explorado, mano enguantada, el estado de movilidad de la matriz y la ausencia de lesiones peri-uterinas, si existe, como decíamos, una anteflexión, engendradora de una loquiometra, digásenos si la siguiente conducta es o no es aconsejable: después de lavado vulvar abundante y toque con yodo o trementina en todas las ulceraciones vulvo-perineales, irritación vaginal a muy poca presión con agua hervida tibia, de la cual solamente pretendemos obtener una acción mecánica de arrastre de loquios, de pequeños coágulos, puesto a desubierto el cuello uterino (enferma en posición ginecológica y valiéndonos de valvas) y sujeto el cuello con una pinza no traumatizante (véase primera parte) lavado del cuello uterino y iodado de las superficies ulceradas que pudiera contener; introducción en la cavidad cervical de un aplicador montado con algodón trementinado o creosotado y finalmente entrada, sin fuerza ni aire, ni presión, de una sonda uterina de doble corriente, haciendo pasar por la cavidad uterina 2 o 3 litros de agua hervida tibia con lo que pretendemos obtener solamente la fácil salida de los productos retenidos. Si así se procede, no hay porqué censurar la conducta del médico y forzosamente, tanto abstencionistas como intervencionistas deberán dar su conformidad. No hemos causado nuevas lesiones, ni traumatismos en los tejidos, ni con soluciones antisépticas concentradas hemos destruido barreras orgánicas de de-

fensa; en cambio, hemos establecido un drenado muy conveniente de secreciones patológicas retenidas.

Que se nos diga que en la inmensa mayoría de formas locales la expectación pura y simple es altamente provechosa y asentiremos; esta es nuestra conducta. Pero, de ello a pintar la sencilla irrigación vaginal como un medio preñado de peligros, media un abismo. Todos estamos convencidos de que la conducta tan rutinariamente seguida de dar una irrigación vaginal a una puerpera con unas décimas, sin los requisitos previamente anunciados es un error. Y algunos impulsados por una finalidad altamente plausible, o por una necesidad didáctica, caen por exageración en el abstencionismo más rígido.

Una forma localizada será bien tratada: respetando los procesos naturales para su curación espontánea, favoreciendo la salida de los productos patológicos, aumentando las resistencias de la enferma.

Las formas localizadas del tramo genital superior exigirán un abstencionismo absoluto; así las endometritis, las anexitis, parametritis y perimetritis, incluso la mayoría de pelvi-peritonitis. La tendencia natural a la resolución espontánea debe respetarse. Si ésta no existe y el proceso inflamatorio llega a la supuración, no hay duda de que nuestra conducta expectante nos habrá valido mucho más que las más refinadas manipulaciones para evitar la propagación del proceso.

Las formas localizadas del tramo genital inferior, lesiones que están a la vista, en las que una terapéutica de desinfección no lleva aparejados los inconvenientes del grupo anterior, se beneficiarán del lavado vulvar, del iodo o del caldo láctico. La eliminación de los productos retenidos se obtendrá con los lavados vulvares, manteniendo la enferma en posición de Fowler, vigilando la cantidad de loquios, la posición uterina. Si existe anteflexión acentuada, la posición ventral mantenida durante media hora dos o tres veces al día, será en general provechosa. Sólo en caso de loquiometra no corregida por este medio postural, estará permitido un lavado intra-uterino o la colocación de un tubo de goma. Casi siempre nos podremos abstener de irrigaciones vaginales. Solamente en escasas circunstancias, de salida difícil de los loquios (enferma continuamente en decúbito supino, abertura vulvar dirigida hacia arriba) estarán permitidas aquellas con una solución débil de ácido láctico o un antiséptico ligero.

Si el proceso ha llegado a la supuración, convendrá procurar la salida del pus. Está fuera de discusión que la colpotomía para un absceso retro-uterino o un flemón de la vaina hipogástrica, el desbridamiento por vía abdominal de un flemón del ligamento ancho llegado a la supuración, tendrán siempre plena indicación.

Como tratamiento general; vigilar las vías digestivas de la enferma, dando la alimentación que el estado de éstas requiera, pero tan nutritiva como sea posible; aireación conveniente. Si es menester una medicación sintomática, antipirética, tónico-cardíaca, se instituirá convenientemente; es en general supérflua. Creemos innecesaria toda terapéutica destinada a combatir los gérmenes, pues el organismo se defiende bien en esta clase de procesos. Todo lo más daremos un poco de nucleí-

nato si un examen sanguíneo nos demuestra la conveniencia de un remedio leucógeno.

Retención de restos placentarios. Asunto ligado íntimamente al abstencionismo o intervencionismo, es imposible dar una opinión firme sin estar basada en una experiencia muy abundante. Es obligada la extracción en ausencia de infección, y cuando más próxima al parto mejor.

Complicada con agentes infecciosos, es prudente abstenerse en un útero puerperal, friable, muy vascularizado, en el cual la cuchara o el dedo pueden abrir nuevas vías de absorción séptica. Vale más, valiéndose de las precauciones antes citadas hacer un taponamiento uterino con gasa esterilizada que se renovará a menudo. La acción occitócica de ésta ayudada del sulfato de quinina o la pituitrina, provocará en muchas ocasiones la salida del cotiledón o restos placentarios. Cito aquí el ejemplo de un caso de retención placentaria infectado en la cual el raspado dió un resultado favorable. Este es quizás explicable por el hecho de que habían pasado unos días desde el comienzo de la infección y el organismo había podido organizar defensas contra los gérmenes. Al practicarse el raspado, si hubo irrupción de toxinas o gérmenes, se encontró con un estado humoral más favorable que si la intervención se hubiese practicado el primer día. Hoy resolvemos los casos de esta naturaleza en la forma antes citada: taponamiento y quinina.

*Obs. 4.<sup>a</sup>* M. R., secundípara, de 28 años, enferma del doctor J. M. D. Parto normal; a los 9 días escalofrío intenso, 39°. Al examen local, útero en sub-involución, cuello permeable, restos placentarios. Sulfato de quinina, sin resultado. A los 11 días, extracción digital, seguido de raspado con la cucharilla roma; antes y después de las manipulaciones intra-uterinas, lavado con solución iodo iodurada. A los 12 días 2.<sup>o</sup> escalofrío, temp. 40°. A los 13 igual estado; propuesta histerectomía, pero rehusada. La temperatura comienza a descender paulatinamente a los 14 para estar completamente apirética a los 19.

*Histerectomía.* Las indicaciones para la histerectomía nacerán más que de la infección en sí de la existencia de lesiones que hagan necesaria la ablación del órgano (rotura, tumores, etc.)

BAR ha aconsejado la histerectomía si los accidentes febriles no ceden 48 horas después del raspado (endometritis con retención).

En la anterior observación esta conducta, preconizada por el A. y afortunadamente para la enferma no aceptada por la familia, hubiera sido un desastre, pues aparte del riesgo vital que siempre esta intervención supone, la mutilación definitiva de la mujer no es un resultado halagüeño.

No tenemos hoy indicación formal para la histerectomía. Solo admitimos su discusión en aquellos casos en los cuales, pasada una fase local de metritis, total casi siempre, los accidentes parecen querer generalizarse.

De todas maneras entra entonces en discusión con el tratamiento general, en estos casos muchas veces productivo y más recomendable por su menor riesgo.

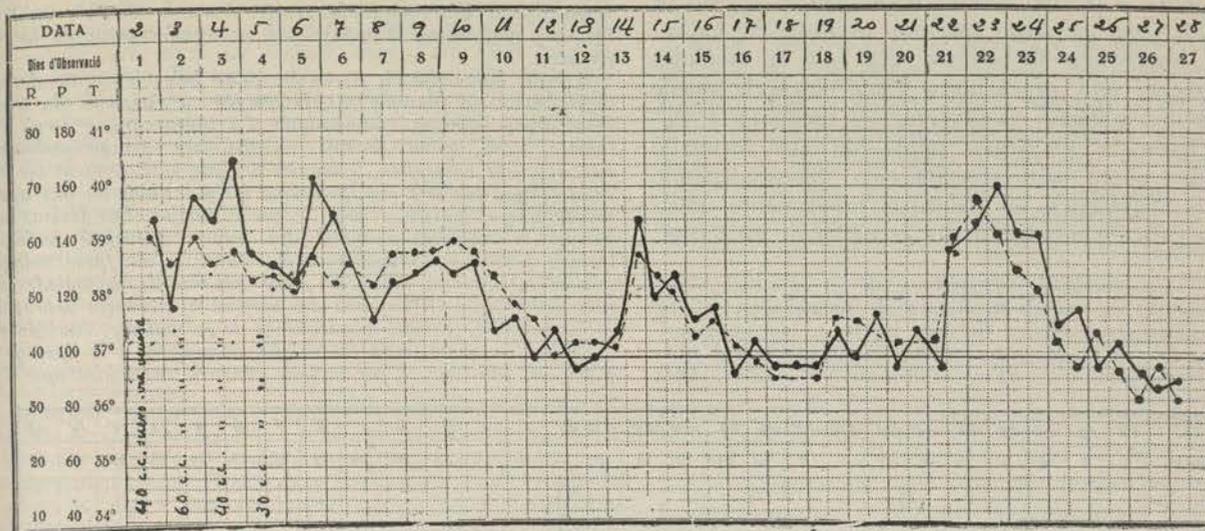
*Laparotomía por peritonitis.* Un diagnóstico precoz indicará un tratamiento operatorio inmediato, en las formas generalizadas. En las localizadas, la abstención es la regla. Sea cual sea la conducta seguida en las

primeras, la mortalidad es muy crecida (véase Obs. 1.ª y la siguiente).

Obs. 5.ª. María T. (24-4-922) enferma del doctor M. S. Forceps por inercia uterina; feto vivo. Perineorrafia post-partum. En los 7 primeros días infección vulvo-perineal, que obliga a hacer saltar los puntos. El 13-6-922, dolor abdominal intenso, infraumbilical, sin fiebre. El 14-6-922, 38° 112; una deposición abundante espontánea. El 15, 37° 140, disnea, alguna náusea, meteorismo hiperestesia abdominal. El mismo día, a las 15, con anestesia raquídea, laparatomia; peritonitis purulenta generalizada. Drenaje por el Douglas y el ángulo inferior de la herida ventral. Exitus el mismo día a las 24.

gráfica 3), sin lesiones locales; ¿septicemia? El 4 primera dosis de suero (véase gráfica 4); análisis de sangre (doctor F.) Hematies: 5.500.000 Leucocitos: 6.200. Hemoglobina: 65; valor globular: 0.7. Leucocitos polinucleares neutrófilos: 80 idem del tipo A. de Arneht: 35. Idem eosinófilos: 0. Grandes mononucleares sin granulaciones: 1. Granulocitos mononucleares neutrófilos: 4. Mielocitos neutrófilos: 3, Linfocitos, 12. Hemocultivo: colibacilos. El 10 enfermedad del suero; exantema de tipo escarlatiniforme, artralgias, prurito. El 22 reaparición del exantema, esta vez de tipo sarampionoso. Mejoría rápida con adrenalina. Curación.

En las formas septicémicas agudas primitivas, hiper-



Gráfica 4

**Infecciones generalizadas.** En estas, el tratamiento local está fuera de discusión. Los gérmenes, traspasada ya las barreras genitales, no son alcanzables ni vulnerables por aquí. Aparte del sostén de las resistencias orgánicas de la enferma, debe procurarse el aniquilamiento de las colonias bacterianas y la neutralización de los productos de desintegración de éstas. Muchos medios posemos con esta finalidad. Gozan de gran voga actualmente la solución de Pregl, los colorantes anilínicos, el salvarsán. PIPER ensalza el mercurocromo del que reporta brillantes resultados. Nosotros permanecemos fieles al suero antiestreptocócico a la dosis de 40 a 50 cc.; una o más veces al día y en inyección intravenosa. Dejando aparte la acción *in vitro* que puedan poseer estos distintos medios, muy distinta de la eficacia clínica, creemos que el suero prudentemente, pero al mismo tiempo enérgicamente manejado será menos peligroso que aquella para un infectada, tan propensa a la hemólisis y a la lesión de sus emunctorios. El suero posee además una acción no específica para todas las infecciones, pues es altamente estimulante de la leucogénesis. En las septicemias, el agente causal más frecuente y más temible es el estreptococo. Instituido tempranamente, el tratamiento por el suero resulta provechoso, aunque el resultado de la hemocultura, posteriormente conocido, demuestre la existencia de otro patógeno. La siguiente observación lo demuestra claramente.

Obs. 6.ª. Tecla C., fórceps por inercia después de fracaso de pituitrina. A pesar de episiotomía, desgarró completo de periné (2-10-1924). Sutura. Feto vivo. El 3, está con fiebre (véase

tóxicas, el suero es generalmente ineficaz como cualquier otro tratamiento.

Obs. 7.ª. Teresa B., de 22 años años, primípara. Forceps a la vulva por inercia uterina. Feto vivo (20-3-1924). El 21 está a 38°; nada anormal en la esfera genital. El 23 está a 39° sin manifestaciones locales, pero con disnea, diarrea, etc., 30 cc. suero antiestreptocócico por vía intra-venosa. Exitus a las 20 del mismo día, o sea a las 70 horas del parto. (Tratamiento sérico instituido tardíamente).

Obs. 8.ª. Josefa A. de la O. M. I. Primípara de 38 años. Forceps a la vulva por sufrimiento fetal (11-10-1925). Feto asfíctico, pero reanimado. Alumbramiento artificial por engatillamiento placentario con anestesia clorofórmica. Intervención en malas condiciones; enferma mal sujeta, materias fecales que ensucian el campo operatorio, etc. El 12 está a 39°; 40 cc. suero intra-venoso, repetido diariamente. Exitus a los 5 días de septicemia.

Obs. 9.ª. Sra. B., enferma del doctor M., secundípara de 28 años. Versión interna con anestesia por transversal descuidada (10-2-1926) Rotura prematura de membranas el 20-1-1926. Feto muerto y macerado; después de la extracción fetal, salida de líquido amniótico, fétido y pestilente. (La parturienta estaba apirética). Lavado intra-vulvar. A las 48 horas está con fiebre alta y cuadro de sepsis generalizada. Suero: 40 c. c. repetido a las 6 horas. Exitus el día 13.

En otras ocasiones, el suero muéstrase más eficaz y coadyuva a la resolución del proceso en circunstancias en las que se había lanzado un pronóstico muy sombrío (falta de reacción local, aparición rápida de la infección, etc.).

Obs. 10. Elisa B.; primípara. El día 1-11-1924, rotura prematura de membranas. El 2, con aguas rotas, coito. El día 5 parto espontáneo; feto, anexos fetales y líquido amniótico resi-

dual, con mal olor. El mismo día fiebre, sin manifestaciones locales (véase gráfica 3). Tratamiento sueroterápico. El 7, foco bronco-pulmonar izquierdo. Hemocultivo negativo. Curación.

*Terapéutica por el Shock:* Utilizado hoy en todas las ramas de la Medicina, este proceder conserva un lugar en el tratamiento de las formas generalizadas de la infección puerperal, en las cuales una observancia clínica cuidadosa, ayudada de los medios de laboratorio indispensables, permiten establecer un pronóstico fatal. Entra entonces ventajosamente en competencia con la histerectomía, a la cual restará seguramente terreno de día en día. Será de todas maneras proceder de excepción no desprovisto de peligros, que sólo en contadas circunstancias será provechoso. Para obtenerle puede utilizarse una solución de peptona, los metales coloidales, etc. Nosotros nos hemos valido con buen resultado del mismo suero anti-estreptocócico desencadenando una crisis anafiláctica, en enfermas previamente sensibilizadas. Cito a continuación dos ejemplos de esta clase:

*Obs. 11.* Concepción L, secundípara, de 29 años. El 10-10-1924, coito. El 14, rotura prematura de membranas. El 15, fuerte escalofrío y primeros dolores. El 16, a las 13, expulsión de un feto de octavo mes, muerto. El mismo día, al atardecer, segundo escalofrío. El 17, a las 21, 40° (véase gráfica

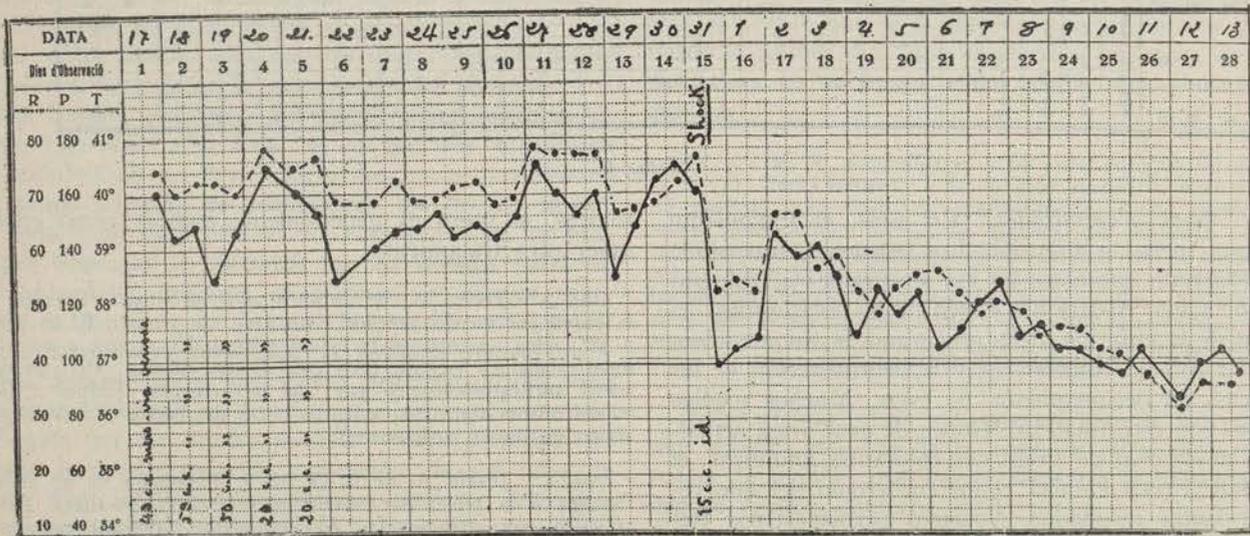
cender después progresivamente. El 27-5 nuevo análisis de sangre (Dr. F.): Hematias, 3,760.000; leucocitos, 8,280; Hemoglobina, 27; valor globular, 0'4; Leucocitos polinucleares neutrófilos, 2; Linfocitos, 23. Fórmase finalmente un absceso perituterino que se abre espontáneamente en la vagina. Curación.

RESUMÉ

*L'auteur étudie le diagnostic de l'infection puerpérale sous le point de vue clinique, auquel le médecin pratique s'intéresse surtout. Il nous donne la différenciation diagnostique vis-à-vis des pyrexies d'origine pas génitale qui se présentent après la naissance. Il fait passer revue aux fièvres de cause mammaire, renales ou digestives, qui peuvent facilement être confondues avec l'infection puerpérale. Dans la chapitre qu'il dévoue au traitement, il appuie sur la grande valeur de la prophylaxie.*

*Il croit que vis-à-vis d'une personne infectée on ne devrait, même qu'on ne pourrait pas, intervenir ou s'abstenir du traitement d'une manière systématique. La thérapeutique serait très limitée, donc qu'on devrait s'abandonner presque entièrement aux défenses naturelles, lesquelles de leur côté seraient altérées ou détruites par des manipulations intempestives ou des agents thérapeutiques nuisibles pour la vie cellulaire. Les lésions suppurées, la rétention loquiale, les lésions vulvaires faciles à traiter, formeront l'exception. En outre qu'on fasse soigneusement attention à l'état de santé général de la malade qu'il faut tacher de fortifier avec des moyens hygiéniques appropriés.*

*S'agissant de formes généralisées de la maladie, l'auteur reste fidèle au sérum antiseptococique, administré à la dose de 50 à 100 gr. par jour et par la voie veineuse, cependant sans don-*



Gráfica 5

temperaturas). El 19, irrigación intra-uterina y sueroterapia (véase gráfica 4). Día 21, leucos purulentos; absceso de fijación que reacciona positivamente. El día 31, repítense los escalofríos. El 1-11, shock con inyección de suero, 15 c. c.; reacción intensísima; agitación, disnea, con sensación de asfixia, temblor general, incontinencia esfinteriana. Defervescencia progresiva. Curación.

*Obs. 12.* Carmen B., de 26 años, secundípara. Distocia por desproporción pélvico-fetal. Versión por maniobras internas. Distocia de la cabeza última; decolación; basiotripsia sobre la cabeza retenida en la cavidad uterina. Rotura del segmento inferior, tratada por el proceder de BOERO (10-5-1925). El 10 apirética. El 11 fiebre (véase gráfica 5) y sueroterapia el 13. El 14 reacción peritoneal (náuseas, vómitos, hipo, dolor abdominal). El 15, ceden estas manifestaciones, pero persiste la temperatura. El 20, análisis hematológico (Dr. F.): Hematias, 3,072.000; Leucocitos, 14,600; Hemoglobina, 30; Leucocitos polinucleares neutrófilos: 71. Id. del tipo A. de Arneht, 43. Granulocitos eosinófilos, 1. Mastezellen, 2. Metamielocitos neutrófilos, 4. Grandes mononucleares sin granulaciones, 2. Linfocitos propiamente dichos, 20. El 21 y el 22 mejoría del estado general. La temperatura persiste alta durante 5 días, para des-

ner a ce traitement une importance spécifique. Seulement pour les formes très graves de la maladie l'indication d'une thérapeutique par le choque se ferait entrevoir, c'est de cellelà que l'auteur nous dit d'avoir obtenu de bons résultats en quelques cas de cette maladie.

SUMMARY

*The writer studies the diagnostic of the puerperal infection from the clinical point of view which is the one of most interest to the practitioner. He establishes the diagnostic differentiation with the pyrexias of non-genital origin which occur in the puerperium. He reviews the mammary, renal or digestive fevers which may be easily mistaken for the puerperal infection. When dealing with the treatment he emphasizes the great value of prophylaxis. In the case of nor should, systematically abstain or interfere.*

*Local therapy should be scarce as one should rely much upon the natural defences which on the other hand may be altered or destroyed through inopportune handling or therapeutic agents harmful to cell life, excepting the suppurated lesions, the local retention and vulvar lesion easy to treat. The gene-*

ral condition will be looked after carefully strengthening it by suitable hygienic measures.

In the generalized forms, the writer continues advocating the antistreptococic serum administered in dose from 50 to 100 gr. daily without however ascribing to it a specific value. In the more severe forms a suggestion of a therapy by shock may be shown with which the writer says he has obtained excellent results in some cases.

#### ZUSAMMENFASSUNG

Der Autor studiert die Diagnose der puerperalen Infektion unter dem klinischen Gesichtspunkte, welcher den praktischen Arzt am meisten interessiert. Er giebt die diagnostische Differenzierung gegenüber den Pyrexien nicht genitalen Ursprunges, welche sich nach der Geburt zeigen. Er führt uns die Fieber mütterlicher Herkunft, seien sie renaler oder digestiver Natur, welche leicht mit der puerperalen Infektion verwechselt werden, vor Augen. In dem Kapitel, welches er der Behandlung der Krankheit widmet, weist er uns auf den grossen Wert der Prophylaxe hin.

Einer infizierten Patientin gegenüber glaubt er, dass man weder systematisch intervenieren noch sich der Behandlung enthalten dürfe noch könne. Die lokale Therapie wird begrenzt sein, entsprechend soll man der natürlichen Verteidigung des Körpers, welche durch unzeitige Eingriffe oder dem zellulären Leben schädliche therapeutische Hilfsmittel beeinflusst oder zerstört werden kann viel zutrauen. Eiternde Wunden, loquiale Retention, die leicht zu behandelnden Wunden der Vulva—all das wird Ausnahme sein. Man beachte ausserdem sorgfältig den Allgemeinzustand, den zu stärken, man mit angemessenen hygienischen Maassnahmen bestrebt sein soll.

aber einen spezifischen Wert beimisst. Nimmt die Krankheit Blei den generellen Formen dieser Erkrankung bleibt er dem antistreptokokkischen Serum treu, welches in einer Dosis von 50-100 gr. den Venen beigegeben taglich verabfolgt werden soll, ohne dass er dem aber einen spezifischen Wert beimisst. Nimmt die Krankheit sehr ernste Formen an, so mag die Indikation für eine Behandlung durch den Shock geboten erscheinen, von welcher der Autor meldet, er habe guten Erfolg in einigen Fällen erlangt.

## TRATAMIENTO ORTOPÉDICO DEL DORSO CURVO

por el doctor

**M. OLIVERAS DEvesa**

de Barcelona

Entendemos por *dorso curvo* la cifosis del adolescente que se presenta con notable insuficiencia muscular, acompañada o no de un primer grado de escoliosis. El aspecto de tal deformidad es bien conocido: lo diagnosticamos a primera vista al apreciar la silueta de jóvenes, frecuentemente muchachas, con los hombros caídos y desplazados hacia adelante, depresiones supraclaviculares muy manifiestas, los omoplatos salientes, el pecho hundido y la cabeza encorvada. Son los sujetos que el vulgo conoce gráficamente con el nombre de *cargados de espaldas*.

Unas veces—las más—afecta solamente la región cervico-dorsal superior y otras la sacro-espinal total; en este último caso la curva de cifosis corresponde a un gran radio. En realidad no es, como muchos definen, una simple acentuación de la cifosis dorsal normal, pues llama siempre la atención la semi-vacuidad de los canales vertebrales, la atrofia de toda la musculatura del tronco y la insuficiencia respiratoria. Casi diríamos que tienen todos ellos una facies característica.

Según el período evolutivo distinguimos tres grados: Comprendemos en el primer grado aquellos sujetos que pueden corregir completamente el dorso curvo por su solo esfuerzo muscular, si bien no consiguen mantenerlo más que unos instantes. En el segundo incluímos los que no pudiendo enderezarse por su propio esfuerzo basta la suspensión para conseguirlo. En el tercer grado quedan aquellos que no obtienen el enderezamiento ni aún mediante la suspensión.

\* \* \*

De la fase en que se encuentre el dorso curvo dependerá el tratamiento a seguir, sin embargo, anticiparemos que, a nuestro juicio, siempre y en todos los casos deben asociarse convenientemente la quinesiterapia y la ortopedia, base fundamental de toda la terapéutica. En este punto creemos diferir del criterio de muchos colegas que posponen la ortopedia a la quinesiterapia sin duda por desconocer los inagotables recursos de la primera; desgraciadamente en este proceso, como en otros muchos tributarios de la especialidad, el menosprecio con que el médico general considera tan importantísima rama auxiliar limita extraordinariamente su acción en perjuicio del enfermo. La finalidad de este escrito es precisamente señalar los diversos agentes ortopédicos que cabe emplear para combatir eficazmente esta afección según los caracteres predominantes, quedando perfectamente condicionada su justa indicación en cada caso.

Queremos apresurarnos a manifestar que en todos los grados, sobre todo en los primeros, juzgamos utilísima e insustituible la gimnasia, encomendada no a un Gimnasio más o menos acreditado sino a un auxiliar, titular o no, del médico ortopédico bajo la dirección inmediata de éste, que vendrá obligado a presenciar cada dos semanas por lo menos la clase de ejercicios que diariamente efectúe el paciente y establecerá las modificaciones o adiciones que estime necesarias; es muy conveniente intercalar entre las sesiones de gimnasia médica un masaje de los músculos dorsales y—salvo contraindicación bien determinada—prácticas de hidroterapia.

En los dorsos curvos que han perdido toda elasticidad (tercer grado) debido a la rigidez de las vértebras por la retracción de su sistema ligamentoso consideramos de poco efecto la gimnasia y recomendamos, en cambio, la mecanoterapia y la suspensión.

Recuérdese siempre que la terapéutica gimnástica del dorso curvo ha de reunir estas dos condiciones: 1.ª, sesiones breves y repetidas; 2.ª, ejercicios respiratorios, siguiendo de preferencia las normas de LINGG. Sólo así llegaremos fácilmente y sin contratiempo alguno al ortomorfismo, pues estas muchachas de capacidad pulmonar disminuida, débiles y asténicas, prontamente se fatigan y agotan.

Las lecciones han de instituirse progresivamente y sobre todo rodeándolas de la máxima amenidad al objeto de hacerlas agradables y que conquisten su voluntad. En esta cuestión, como en tantísimas, fracasa el médico si quiere ser excesivamente riguroso e intransigente en sus prescripciones, pues el paciente rechaza