UNIVERSIDAD DE LA CAPITAL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

PERITONITIS PUERPERAL

TÉSIS INAUGURAL

DE

MANUEL COSSIO

BUENOS AIRES

IMPRENTA DE LA NACION, SAN MARTIN 214

1885

UNIVERSIDAD DE LA CAPITAL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

PERITONITIS PUERPERAL

TÉSIS INAUGURAL

DE

MANUEL COSSIO

BUENOS AIRES

IMPRENTA DE LA NACION, SAN MARTIN 214

1885

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

DECANO

Dr. D. Pedro A. Pardo

ACADÉMICOS

Dr. D. Nicanor Albarellos
" " Manuel Porcel de Peralta
" " Mauricio Gonzalez Catan
" " Cleto Aguirre
" " Pedro A. Pardo
" " Manuel Arauz
" " Leopoldo Montes de Oca
" " Eduardo Wilde
" " Pedro A. Mattos
" " José T. Baca
" " Domingo Parodi
" " Rafael Herrera Vegas
" " Ignacio Pirovano
" " Pedro Mallo
" " Guillermo Rawson
" " Martin Spuch
" " Francisco A. Tamini
" " José M. Astigueta
" " Jacob de Tezanos Pinto
" " Manuel Blancas
" " Antonio F. Crespo
" " Bartolomé Novaro

SECRETARIO

Dr. D. Luis de la Cárcova.

ESCUELA DE MEDICINA

ASIGNATURAS	CATEDRATICOS
Anatomía descriptiva y topográfica	Dr. D. M. Gonzalez Catan
Histología y Anatomía patológica	" " Francisco Tamini
Fisiología general y humana	" " J. M. Astigueta
Patología general y ejercicios clínicos	" " José T. Baca
Materia médica y terapéutica	" " Pedro A. Mattos
Higiene pública y privada	" " Antonio F. Crespo
Patología externa	" " L. Montes de Oca
Medicina operatoria	" " Bartolomé Novaro
Enfermedades de mujeres y clínicas respectivas.	" " Jacob de T. Pinto
Patología interna	" " Manuel Arauz
Clínica quirúrjica	" " Ignacio Pirovano
Oftalmología y clínicas respectivas	" " Cleto Aguirre
Enfermedades de niños y clínicas respectivas	" " Manuel Blancas
Clínica médica	" " Manuel P. de Peralta
Medicina legal y Toxicología	" " Eduardo Wilde
Obstetricia y clínica respectiva	" " Pedro A. Pardo
Farmacia y práctica farmacéutica	" " Martin Spuch
Química farmacéutica	" " Domingo Parodi

SUSTITUTOS

Anatomía descriptiva y topográfica	Dr. D. Juan J. Naon y Juvencio Arce
Histología y Anatomía patológica	Vacante
Fisiología general y humana	" " Carlos Villar
Patología general y ejercicios clínicos	" " Claudio Benitez y R. Wernicke
Materia médica y terapéutica	" " Enrique del Arca y J Ledesma
Higiene pública y privada	" " Meliton G. del Solar y José M. Ramos Mejia
Patología externa	" " Guillermo Udaondo.
Medicina operatoria	" " J. Aguilar
Patología interna	" " José M. Penna é Inocencio Torino
Clínica quirúrjica y operaciones	" " Antonio Gandolfo
Oftalmología y clínica respectiva	" " Pedro Lagleyze y Ed. Obejero
Clínica médica	" " Eufemio Uballes y Juan B. Gil
Medicina legal y Toxicología	" " E. Perez (en ejercicio)
Obstetricia y clínica respectiva	" " J. R. Fernandez y Luis F. Vila
Farmacia y práctica farmacéutica	" " Atanasio Quiroga
Química farmacéutica	" " Miguel Puiggari (en ejer)
Enfermedades de niños y su clínica	" " Facundo Larguia y A. Piñero
Enfermedades de mujeres y su clínica	Vacante

PRESIDENTE DE TÉSIS

Doctor Don Ignacio Pirovano

A MIS PADRES

SEÑOR PRESIDENTE,

SEÑORES ACADÉMICOS:

Una de las enfermedades puerperales más importantes y comunes es, sin duda alguna, la inflamacion general ó parcial de la gran serosa que tapiza la cavidad abdominal.

Esta susceptibilidad mórbida del peritoneo, no es debida á una disposicion especial de esta serosa á inflamarse, sino que á causa de las íntimas relaciones anatómicas que lo ligan al aparato de la generacion, se encuentra colocado en condiciones muy especiales para sufrir los efectos ó repercuciones de procesos patológicos que tienen por teatro estos órganos y en especial el útero. Los estudios más modernos, en efecto, que se han hecho por Lucas-Championnière y Siredey, en Francia, y por Leopold, en Alemania, sobre los vasos linfáticos uterinos y sus relaciones con el peritoneo, vienen á dar una clara explicacion de la frecuencia de la peritonitis en el estado puerperal.

En la pequeña epidemia de fiebre puerperal que se desarrolló este año en nuestra Maternidad, he tenido oportunidad de observar ocho casos de peritonitis generalizadas y seguirlas en toda su evolucion hasta su terminacion, que siempre ha sido fatal y, algunas veces, seguida de autopsia. El estudio profundo y la observacion minuciosa de todos estos casos, me han inducido á presentar ante vosotros este trabajo sobre este tema.

Mi intencion es estudiar bajo su doble forma, la peritonitis que se desarrolla en los primeros dias del puerperio, tomando esta palabra en su acepcion más comunmente aceptada, es decir, durante la primera semana que sigue al parto.

La peritonitis puerperal, sin embargo, al decir de ciertos autores que han citado casos más ó ménos auténticos, puede existir tambien, por contagio, durante el embarazo y aun fuera de él, en mujeres que presentan afecciones uterinas ó pasan por un período menstrual y están en contacto frecuente con enfermas de fiebre puerperal. En el recien-nacido y aun en el feto, tambien se citan casos de peritonitis muy semejantes á los que se desarrollan en las mujeres de parto; pero á más de ser sumamente raros estos casos, no son del todo auténticos y hay necesidad de nuevos estudios para aclarar este punto.

Por todas estas consideraciones, y además, por no haber visto y observado otra clase de peritoni-

tis puerperales que las que se desarrollan en la primera semana del puerperio, no creo conveniente ocuparme sino de estas.

Hubo un tiempo en que se creia que la inflamacion del peritoneo en las mujeres de parto era una simple manifestacion local de un estado general de todo el organismo llamado *fiebre puerperal;* pero en el dia, todo tiende á hacer creer en la no existencia de la fiebre puerperal como individualidad mórbida y á hacerla considerar más bien como formada primeramente de entidades patológicas distintas que tienen por sitio, ya el útero, las trompas ó los ovarios, ya los vasos venosos y linfáticos del aparato útero-ovárico, que tan estrechas relaciones tienen con el peritoneo y con las serosas del organismo en general; pues son estas, segun los estudios más modernos, uno de los varios orígenes del sistema linfático.

La peritonitis puerperal, entonces, enfermedad local en un principio, se hace despues—y en ciertos casos solamente—enfermedad general de todo el organismo, con manifestaciones en órganos más ó ménos lejanos del peritoneo.

Antes de entrar en materia, creo conveniente exponer rápidamente el plan general que voy á seguir en este trabajo.

Despues de hacer la anatomia patológica de la peritonitis puerperal y su etiologia y patogenia, me ocuparé de su sintomatologia, marcha y termi-

nacion, de su diagnóstico y de su pronóstico, y en fin, concluiré indicando el tratamiento que se debe seguir, tanto para evitar el desarrollo de la enfermedad, cuanto para combatirla una vez que ya ha estallado.

Vivamente impresionado por la terminacion siempre fatal de todas las enfermas que he tenido oportunidad de ver, aconsejo al hablar del tratamiento, que en lugar de dejar morir desauciadas un gran número de enfermas, se deberia tentar el tratamiento quirúrgico por la laparotomia que, segun el eminente cirujano de Lóndres, Lawson Tait, le ha dado tan buenos resultados en nueve casos de peritonitis agudas, logrando salvar á todos sus enfermos.

ANATOMIA PATOLOGICA

Las alteraciones orgánicas que la necropsia nos hace descubrir en las mujeres muertas de peritonitis puerperal, son de dos clases. Las unas, tienen por sitio la serosa peritoneal, y con diferencias más ó ménos grandes, son iguales á las que se encuentran en las inflamaciones simples de la pleu-

ra, el peritoneo ó de cualesquiera otra serosa; las otras, por el contraaio, son extraperitoneales y ocupan órganos más ó ménos lejanos de la gran serosa abdominal.

El *aspecto* luciente y pulido del peritoneo desaparece á causa de la descamacion epitelial que sufre. Su superficie se hace pegajosa, y las asas intestinales se aglutinan las unas con las otras y aun con los órganos vecinos.

La *red vascular* subserosa aumenta considerablemente y á tal punto, algunas veces, que llegan á apreciarse vasos en sitios donde normalmente no se les distinguiria á simple vista. Sin embargo, este aumento de vascularizacion está lejos de ser constante y muchas veces se ven casos en que la rubicundez peritoneal es apenas marcada, ó que tan solo es apreciable en la parte de la serosa que cubre los órganos contenidos en la pequeña pélvis.

El *proceso inflamatorio* está desigualmente distribuido en las diferentes regiones del peritoneo, observándose puntos en que la flogósis apenas se inicia, mientras que en otros ha llegado ya á su mayor apogeo. Aun en las peritonitis perfectamente genralizadas, la inflamacion predomina siempre en la cavidad pelviana, y en especial sobre el útero.

El *exudado* que se encuentra en la peritonitis puerperal, puede ser fibrinoso, sero-fibrinoso, sanguinolento, ó por fin, purulento; pero lo más

comun es que sea de esta última clase, especialmente cuando se trata de formas epidémicas y malignas. Las otras formas de exudado no se encuentran sino exepcionalmente, y aun en este caso, no de un modo general sino en pequeños espacios de la serosa inflamada. Podemos, pues, considerar el exudado purulento como el dominante en la peritonitis puerperal, y esto ya hace distinguir esta clase de inflamacion de las otras ocasionadas por causas comunes. Una otra diferencia capital entre estas dos clases de exudados, es la frecuencia de micro-organismos especiales y semejantes á los que en el dia se consideran productos de la fiebre puerperal en el derrame de la peritonitis que estudiamos.

La *cantidad de líquido* derramado en la cavidad peritoneal es mayor que en toda otra peritonitis. Sin embargo, esta abundancia no siempre es constante, observándose casos en que por todo derrrame existen unos pocos gramos de líquido. Todo depende de la marcha más ó menos rápida de la enfermedad. Una peritonitis que ha producido la muerte en pocas horas no puede tener el mismo derrame sino excepcionalmente, que otra que ha dejado vivir á la paciente varios dias.

El *aspecto* del derrame peritoneal es amarillento y lechoso á causa dela gran cantidad de glóbulos de pús que contiene; de aquí su semejanza grosera con la leche. Seguramente esta apariencia

del derrame, unida á la abundancia y á la poca vascularizacion del peritoneo inflamado, han inducido á algunos médicos del último siglo á aplicar la teoria de la metástasis lechosa, en la produccion de los accidentes puerperales.

Las *falsas membranas* que se encuentran en todas partes y casi sobre todos los órganos de la cavidad abdominal, tienen un espesor más ó ménos grande y están depositadas en mayor cantidad en la cara anterior y posterior del útero. Estas falsas membranas están dispuestas de varios modos. Ya forman una simple capa en la superficie de un órgano, ya se extienden de una víscera á otra formando especies de puentes, ó ya en fin, flotan libremente en el líquido que llena la cavidad abdominal ó sus partes declives.

En ciertas regiones, forman las falsas membranas por su aglomeracion, masas informes que se pueden tomar con la mano, de un color amarillento y verdoso, de consistencia blanduzca y en fin, desprovistas completamente de vasos.

Las *lesiones extraperitoneales*, que son verdaderamente especiales á la peritonitis puerperal, tienen por asiento el aparato útero-ovárico, las partes genitales externas, y por fin, órganos más ó ménos lejanos del peritoneo, pero influenciados todos por los procesos sépticos y piohémicos que desempeñan un tan gran papel en el desarrollo de las afecciones puerperales.

El útero, en lugar de tener sus dimensiones normales, presenta un aumento de volúmen considerable, aun en los casos en que la muerte haya sobrevenido en una época lejana del parto. Practicando corte en distintas direcciones de este órgano, encontramos que sus numerosos vasos sanguíneos y linfáticos, y especialmente estos últimos, contienen pús en más ó ménos gran cantidad. Se observa generalmente esto en los vasos que surcan su superficie y que están en contacto inmediato con la serosa peritoneal. Hácia la superficie interna del útero, en el punto de implantacion de la placenta, se nota muy á menudo una vasta herida cubierta de un detritus grisáceo y sanioso que un ligero chorro de agua hace desaparecer.

Los ovarios y las trompas, cuando la inflamacion ha durado algun tiempo, se presentan infiltrados de pús, que á veces forma verdaderos focos.

El intestino, sumamente distendido por gases, rechaza el diafragma hácia la cavidad toráxica y levanta las paredes abdominales ántero-laterales de un modo á veces sorprendente. Las túnicas intestinales, infiltradas, aumentan de espesor, y el intestino disminuye notablemente de longitud.

Las lesiones de la pleura no son raras en mujeres muertas de peritonitis puerperal, y esto se explica por el adosamiento de estas dos serosas

que solo están separadas por el diafragma, y además por la comunicacion directa de sus vasos linfáticos por medio de los estómatas del centro frénico.

El pulmon algunas veces presenta tambien sus alteraciones, tales como infartos, congestiones, abcesos, etc.; y en el aparato circulatorio tambien en ciertos casos se observan inflamaciones del pericardio y especialmente del endocardio.

La lesion anatómica más importante y que más debe fijar nuestra atencion, es la *inflamacion supurada de los vasos uterinos.* Esta no falta nunca, y sobre este punto están todos los autores de perfecto acuerdo. La divergencia comienza cuando se trata de especificar si son los linfáticos ó las venas, los vasos de que se trata. En efecto, los unos con Cruveilhier, Lucas-Championnière, Siredey y Leopold, quieren que la linfangitis uterina sea la lesion predominante en todas las autopsias, mientras que Béhier, Tarnier, Hervieux y otros, hacen de la flebitis la acompañante más comun de la peritonitis.

Los estudios más modernos vienen á dar la razon á los primeros, y en el dia es fácil distinguir los linfáticos, tanto por su trayecto, que se le ha podido seguir hasta la cisterna de Pecquet, en donde se ha encontrado á veces una gran cantidad de pús, cuanto por el aspecto maonoliforme que presentan, por la consistencia de sus paredes

que son apenas resistentes, por el color blanquecino que afectan, y en fin, por sus relaciones con los tejidos vecinos que son completamente diferentes de las que tienen las venas que, como sabemos, carecen de paredes propias.

ETIOLOGIA Y PATOGENIA

Siendo la peritonitis puerperal una de las muchas formas bajo las cuales se presenta la fiebre puerperal; ó mejor dicho, constituyendo la inflamacion del peritoneo uno de los muchos procesos mórbidos que se reunen bajo la denominacion comun de fiebre puerperal, su etiologia no tiene nada de especial y que no sea comun á todos ellos.

En la peritonitis puerperal, así como tambien en las demás afecciones puerperales, intervienen siempre para su produccion, tres factores distintos: la recien parida de una parte, un principio infeccioso de otra, y en fin, entre estos dos, un agente de trasmision.

La *recien parida* llega al fin de la gestacion con sus fuerzas más ó ménos deprimidas. Los sufrimientos físicos y morales han disminuido en ella su poder de resistencia, y las modificaciones su-

fridas por los humores y los tejidos de la economia favorecen el desarrollo de los gérmenes mórbidos. Por otra parte, la placenta al desprenderse ha dejado una herida cribada de pequeñas aberturas que comunican con los vasos venosos y linfáticos que durante el embarazo han adquirido un inmenso desarrollo. A menudo tambien, existen heridas y desgarraduras en el cuello, en la vulva y el periné.

Todas estas soluciones de continuidad de los tejidos son la puerta de entrada de los gérmenes infecciosos, y por consiguiente el orígen primitivo de la inflamacion del peritoneo.

La naturaleza del *principio infeccioso* no es todavia bien conocida, y á pesar de que hay muchas probabilidades de que se trate de un micro-organismo especial, son necesarios nuevos estudios para resolver esta cuestion de un modo definitivo.

Los *agentes de trasmision* son múltiples; pero los más importantes son las personas que dan sus cuidados á la puérpera, los instrumentos que se usan para terminar el parto y, en fin, en ciertos casos excepcionales, el mismo aire cargado de los elementos contagiosos.

Para hacer la patogenia de la peritonitis puerperal se ha recurrido á muchas hipótesis.

Los autores más antiguos, guiados por la semejanza grosera que existe entre la leche y el der-

rame peritoneal, quisieron explicar la produccion de la peritonitis en las mujeres de parto por una *metástasis lechosa.* La mejor observacion de los hechos y el tiempo han hecho justicia de esta teoria extravagante, y en el dia no tiene un solo partidario.

Se ha dicho tambien que la inflamacion de la mucosa uterina se comunicaba á la de la trompa y de aquí directamente al peritoneo; pero esta opinion no tiene muchos partidarios. Los hechos clínicos faltan además á esta teoria.

La trasmision del pús de la cavidad uterina, por medio de la trompa, á la cavidad peritoneal, y la inflamacion de la serosa como consecuencia inmediata, tampoco se acepta ni siquiera como un hecho probable. En muchas autopsias se ha notado la luz del conducto de la trompa completamente obstruida, y por consiguiente, era difícil si no imposible la migracion pretendida del pús.

La propagacion de la inflamacion de las venas uterinas al peritoneo ha sido una de las teorias más admitidas, y hoy mismo cuenta con gran número de partidarios respetables por su autoridad. Sin embargo, en estos últimos tiempos ha sido combatida vigorosamente, y á mi juicio, con gran razon. En efecto, si tratamos de profundizar un poco más esta teoria y queremos darnos cuenta del mecanismo íntimo de la produccion de la peritonitis por medio de la flebitis, tropeza-

mos con grandes dificultades y tenemos que recurrir á la hipótesis. No hay que ser, á pesar de todo, exclusivistas, y debemos aceptar, en casos muy limitados es cierto, las teorias de Béhier sobre la influencia de la flebitis en la produccion de la peritonitis.

La teoria más en boga en el dia, y la mejor comprobada por los estudios más modernos, es la que supone que la peritonitis no es sino una complicacion de la inflamacion supurada de los vasos linfáticos. Las relaciones, bien demostradas actualmente, entre los linfáticos y las membranas serosas que poseen estómatas ó pozos de comunicacion, explican la génesis de la peritonitis mucho más naturalmente por la via linfática que por la via venosa.

Basta en efecto, recordar las últimas descripciones que se han dado de la rica red linfática útero-ovárica y sus relaciones con el peritoneo para quedar sorprendidos de la facilidad con que se explica el mecanismo íntimo de la produccion de la peritonitis en los estados puerperales.

Leopold, que es el autor que mejor ha estudiado y descrito los linfáticos del útero, los divide en tres planos enteramente distintos entre sí, pero que comunican anchamente por vastas anastómosis. Estos planos son: el sub-mucoso que representa un gran gánglio extendido en toda la superficie interna del útero; el intra muscular compuesto

de finas ramificaciones que caminan entre las fibras musculares; y por fin, el sub-seroso formado por troncos á veces bastante considerables para poder ser confundidos con las venas, cosa que ha sucedido durante largo tiempo. Toda esta red linfática converge hácia los bordes del útero y forma allí gruesos cordones que siguen por el ligamento ancho y van á desembocar en los gánglios iliacos y lumbares.

He recordado intencionalmente estos datos anatómicos para hacer ver cuan fácil es la propagacion de los gérmenes infecciosos de la herida uterina á la cavidad peritoneal por medio de los vasos linfáticos.

Una prueba evidente de esto, es el hecho de que siempre la peritonitis en su principio es local y comienza por la hojuela visceral que tapiza el útero ó sus anexos, permaneciendo localizada en este sitio ó extendiéndose al resto de la serosa con una rapidez más ó ménos grande. A esto debemos agregar, que las alteraciones más profundas de la serosa causadas por la inflamacion, se encuentran siempre en aquellos puntos en que los vasos linfáticos se hallan más inflamados y llenos de pús.

Sin embargo, la peritonitis no siempre es debida á una linfangitis uterina que tiene su punto de partida en la herida dejada por el desprendimiento de la placenta; algunas veces se ha observado la inflamacion de la serosa abdominal a causa de la

inflamacion de los linfáticos del conducto vulvo-vaginal. En este caso la inflamacion gana primero los gánglios inguinales para propagarse en seguida á los iliacos y lumbares, y por su intermedio, al peritoneo. El punto de partida de la linfangitis ha sido esta vez las heridas y ulceraciones de la vagina, de la vulva ó del periné.

Algunos autores han citado casos en que la peritonitis ha existido sola, sin ninguna linfangitis ni flebitis concomitante. Estos hechos, aunque excepcionales, pueden presentarse, y la explicacion que tienen es que los principios sépticos, por motivos especiales que no alcanzamos á comprender, han podido recorrer los linfáticos sin inflamarlos y llegar á la serosa abdominal en donde recien producen sus efectos irritantes. Sucede aquí lo que á veces se observa despues de una picadura anatómica en una mano en que los gánglios del áxila se inflaman sin que se manifieste la menor alteracion en la vasta red linfática extendida desde la mano hasta los gánglios axilares.

Podemos decir, pues, en conclusion, que en la inmensa mayoria de los casos, la inflamacion del peritoneo es una complicacion de la linfangitis genital; pero haremos notar que desde su aparicion comunica á la enfermedad su fisonomia propia, de tal modo que la enfermedad primitiva, es decir, la linfangitis, se pierde y confunde en su complicacion, identificándose con ella.

SINTOMAS Y MARCHA

La peritonitis, ó mejor dicho, la liufo-peritonitis á causa de ser, como lo hemos dicho, la complicacion más frecuente de la inflamacion de los vasos linfáticos genitales, se presenta bajo dos formas diferentes. Ya es begnina y permanece localizada en la cavidad pelviana, ya se presenta bajo una forma grave y se generaliza prontamente á toda la cavidad peritoneal.

Esta division, creada por Siredey y fundada en la extension de la flegmasia, está tambien de acuerdo con la clíninica, pues representa dos tipos completamente distintos de la enfermedad, tanto por la marcha de los accidentes como por su terminacion. Así pues, voy á estudiar separadamente la *pelvi-peritonitis* ó peritonitis parcial y la peritonitis *generalizada*.

Cuando el proceso flogístico permanece localizado en la cavidad pelviana, se observan los síntomas siguientes. Inmediatamente despues del parto y por lo general al segundo ó tercer dia, excepcionalmente despues del quinto, la enferma siente un *escalofrio* más ó ménos intenso con cas-

tañeteo de dientes y temblor de las extremidades, ó simplemente una sensacion de frio generalizado en todo su cuerpo. Este escalofrio á veces dura pocos minutos; pero tambien sucede que se prolonga demasiado y alcanza á 20 ó 30 minutos, aunque esto sea excepcional.

Conjuntamente con el escalofrio aparece un *dolor* hácia la region sub-umbilical. Este dolor, muy agudo, alcanza su mayor intensidad en poco tiempo, es superficial, espontáneo y el menor movimiento de la enferma lo exaspera notablemente. Despues del segundo ó tercer dia, tiende á disminuir de intensidad y solo entonces es posible practicar la palpacion abdominal sin producir grandes sufrimientos á la paciente.

La *temperatura* tambien se eleva notablemente y puede alcanzar á 39 y 40 grados en pocas horas. Esta elevacion de la temperatura presenta el tipo continuo con remisiones matinales que pueden alcanzar hasta un grado y más.

El *pulso* sufre alteraciones paralelas á las de la temperatura. La radial late de 100 á 120 veces por minuto, y durante todo el período agudo de la enfermedad, se nota que el pulso es pequeño, duro y concentrado. Coincidiendo con la disminucion de la temperatura observada, todas las mañanas, se aprecia una disminucion de 10 ó 15 pulsaciones por minuto.

La *fiebre* una vez establecida, se notan los sín-

tomas de todo estado febril: malestar considerable, postracion, cefalálgia intensa, insomnio, ó al contrario, sueño intranquilo, y por fin síntomas gastro-intestinales, algunos de los cuales son especiales á la peritonitis puerperal.

La *cara* de la enferma expresa en el más alto grado el sufrimiento. En un principio está palida; pero luego se enciende y de seca que estaba, se cubre de un sudor á veces abundante.

La falta de *apetito* es constante, la sed es viva y la lengua se cubre de una capa epitelial abundante, especialmente á su base.

Las *náuseas y los vómitos* se presentan á veces, aunque no son comunes en esta forma de peritonitis. Las materias vomitadas consisten primeramente en alimentos y líquidos ingeridos; pero despues se hacen biliosas.

No hay *diarrea*; por el contrario se observa la constipacion. El vientre se abulta hácia su parte inferior; á veces, sin embargo, este abultamiento se extiende á la region sapra-umbilical sin que el proceso flogístico haya invadido esta region del peritoneo.

La *posicion* que ocupa la paciente, es el decúbito dorsal, con los muslos doblados sobre la pélvis para relajar de este modo las paredes abdominales y disminuir así sus sufrimientos.

La secrecion *láctea* disminuye visiblemente cuando la peritonitis sobreviene despues de esta-

blecida ya esta funcion; en el caso contrario las mamas permanecen fláxidas y la leche no aparece. Los *lóquios* tambien se suspenden por completo ó tan solo disminuyen de cantidad, tomando entonces un olor pútrido.

La peritonitis llegada á este estado y despues de un tiempo más ó ménos largo, se termina de dos maneras. Ya se establece un trabajo de *resolucion*, ya se forma un foco de *supuracion* que va á abrirse paso al exterior por los órganos vecinos.

En el primer caso, despues de una ó dos semanas, la enfermedad entra en una nueva faz. La temperatura baja y se mantiene entre 38 y 39 grados; el pulso se hace ménos frecuente, y el dolor que hasta entonces molestaba á la enferma disminuye notablemente y le permite moverse libremente en su cama.

Al mismo tiempo que esto sucede con los síntomas existentes desde un principio de la enfermedad, un nuevo fenómeno se presenta y domina la escena mórbida. Me refiero á la aparicion de un *tumor* que se presenta en un principio bajo una forma difusa y mal limitada; pero que despues se hace más neto y de contornos perfectamente marcados.

Este tumor lo constituyen los órganos genitales internos reunidos con algunas asas intestinales por medio de falsas membranas más ó ménos abundantes. Ocupa generalmente el fondo del saco

recto-uterino y uno ó los dos lados del útero. Su superficie es desigual y abollada; su consistencia es dura y resistente en ciertos puntos, blanda y fluctuante en otros. A veces, suele apreciarse una crepitacion más ó ménos gruesa que nos hace distinguir la parte del tumor formada por el intestino.

El *tacto vaginal* nos suministra datos más exactos sobre este tumor. Al principio se nota un empastamiento general y difuso, que luego, poco á poco, constituye un verdadero tumor. Este tumor hace creer en una látero-flexion ó en una retro-fleccion; pero combinando el tacto vaginal con la palpacion abdominal, se reconoce bien pronto el error y se ve que el tumor es completamente independiente del útero del cual está separado por un surco más ó ménos profundo. En la generalidad de los casos, ocupa el fondo del saco posterior é imprime al útero cambios de direccion en relacion con su volúmen y situacion. Algunas veces, ocupa un lado del útero y tiene la forma de un creciente que abraza el cuello por su parte media.

El *volúmen* de este tumor varia desde el de una almendra hasta el tamaño de un puño. Su *consistencia*, al principio pastosa, se hace luego dura como la de un cuerpo fibroso. Despues de un tiempo más ó ménos largo, pero que siempre se cuenta por meses, este tumor sufre cambios pro-

fundos y concluye por desaparecer casi por completo. Cuando esto ha sucedido, el dolor, la fiebre, la inmovilidad del útero, etc., desaparecen poco á poco; el apetito renace, y en fin, la inflamacion peritoneal termina por resolucion, dejando vestigios más ó ménos sérios.

En el caso en que el tumor termina por supuracion, las cosas no siguen una marcha tan favorable. El volúmen del tumor no disminuye y el estado general en lugar de mejorar sigue siempre malo. La fiebre no desaparece; todas las tardes hay una elevacion notable de la temperatura. El apetito no vuelve y de tarde en tarde se dejan sentir hácia el bajo vientre puntadas más ó ménos vivas que nos indican que el proceso inflamatorio no ha terminado aun y que, por el contrario, tiende á invadir los órganos vecinos.

Cuando es la vejiga el órgano invadido, se notan, disuria y tenesmo vesical; si por el contrario es el recto, el tenesmo rectal es el síntoma dominante.

El tumor, en un principio duro, se hace cada dia más blando y fluctuante; al cabo de un tiempo más ó ménos largo se abre en uno de los órganos contenidos en la pequeña pélvis, saliendo entonces por el recto, la vagina ó la uretra una cantidad de pús en relacion con el tamaño del tumor.

Si el orificio de comunicacion es bastante amplio y está situado en un punto declive, el tumor

se vacia completamente y la curacion se hace con gran prontitud; pero si estas condiciones no existen, el tumor nunca se agota completamente, y entonces se observan alternativas de aumento y disminucion de su volúmen, acompañadas de mejorias pasajeras en el estado general de la enferma. Despues de un tiempo más ó ménos largo, la curacion se establece como en el caso anterior, ó por el contrario, la paciente agotada por esta larga supuracion se tuberculiza, ó muere por septicemia ó infeccion purulenta, ó en fin, por simple aniquilamiento de sus fuerzas.

Tal es la sintomatologia, marcha y terminacion de la pelvi-peritonitis puerperal; ocupémonos ahora de la peritonitis generalizada.

Como en la peritonitis parcial, la peritonitis generalizada comienza por la parte de la serosa que tapiza los órganos de la pequeña pélvis. Para hacerse general y extenderse á toda la serosa, hay dos maneras. Ya el proceso flogístico toma una marcha rapidísima é invade casi instantáneamente todo el peritoneo, ya por el contrario, la flojosis primeramente circunscrita en la pelvis, invade de un momento á otro toda la serosa, y la enfermedad que antes parecia iba á ser local, se generaliza.

Esta clase de peritonitis es la manifestacion mas frecuente de la septicemia puerperal. Así es la que más se observa en casos de epidemias, y es la única que he observado este año, en los

casos de peritonitis puerperal que se han presentado en nuestra Maternidad.

La *invasion* de la enfermedad tiene lugar generalmente en los dos ó tres primeros dias que siguen al parto. Algunas veces, sin embargo, estalla algunas horas despues del alumbramiento, cosa que sucedió, por ejemplo, con una de nuestras enfermas del Hospital, en la que cuatro horas despues de expulsada la placenta, se inició con violencia tal la enfermedad, que terminó con la vida de la paciente en 35 horas. Se citan casos tambien, en que la peritonitis se declaró aun durante el trabajo del parto; pero estos hechos son excepcionales y solo se observan durante las epidemias muy intensas.

El primer fenómeno que nos anuncia la invasion de la enfermad es un *escalofrio*, prescindiendo, por cierto, de ciertos prodromos que el médico debe siempre tener presente, como ser, la fetidez y disminucion de los loquios, el mal aspecto que toman las heridas de la vulva ó de la vagina, etc. Este escalofrio es generalmente único y tan intenso que no es raro se sacuda fuertemente la cama de la enferma. Algunas veces, el escalofrio es múltiple, especialmente cuando, de parcial que era en un principio la peritonitis, se generaliza al resto de la serosa.

La duracion del escalofrio es de 15 á 30 minutos; algunas veces es más y otras ménos, sucediendo

tambien, que llega hasta no aparecer bien caracterizado y sentir tan solo la enferma, una gran sensacion de frio en todo su cuerpo.

Mientras dura el escalofrio, en vano se hace todo lo posible para calentar á la enferma; solo despues de mucho trabajo y á fuerza de bebidas calientes y estimulantes, y con una gran cantidad de abrigo, se triunfa de esta espantosa sensacion de frio.

Conjuntamente con el escalofrio, se manifiestan el *dolor* y la *fiebre*. Suele suceder, sin embargo, que este órden se altere y que el dolor aparezca algun tiempo antes del escalofrio y de la fiebre. Esto es, sin embargo, exepcional.

El *dolor* localizado primeramente en la region sub-umbilical no tarda en extenderse por toda la superficie del abdómen. Es espontáneo, extremadamente agudo y tan atroz que las enfermas no pueden soportar ni siquiera el peso de sus ropas sobre el vientre. Exasperado por todo movimiento, por la tos, el estornudo y las inspiraciones profundas, la enferma busca entonces una posicion en su lecho que le ofrezca mayor alivio, tomando el decúbito dorsal con la cabeza levantada y los muslos doblados sobre su vientre.

Este dolor alcanza su máximo de intensidad desde el principio de la enfermedad. En los dias siguientes disminuye notablemente y hasta llega á desaparecer. Esta disminucion que pudiera hacer

creer en una mejoria es más bien un signo de funesto augurio.

Bajo la influencia del dolor, la enferma toma una expresion de sufrimiento; su cara palidece, sus facciones se alteran, la nariz se afila, los ojos se hunden en las órbitas y en fin las comisuras bucales tiradas de cada lado, dan á la cara el aspecto de la risa sardónica.

La *fiebre* aparece concurrentemente con el dolor y el escalofrio; bajo su influencia la circulacion se acelera y el pulso late 120, 140 y aun 160 veces por minuto.

Lleno, fuerte y blando en un principio, se hace pequeño y muy frecuente, y hasta incontable, á medida que la enfermedad avanza. En general presenta una ligera disminucion hácia la mañana; pero siempre permanece arriba de 100 pulsaciones por minuto.

La *temperatura* desde un principio alcanza á 40 y 41 grados, experimentando siempre por la tarde una exacerbacion y por la mañana una ligera disminucion. Esta alta temperatura se mantiene durante toda la enfermedad y solo en los últimos períodos, sufre una disminucion notable, hasta llegar á veces, debajo de la normal. El *pulso* no marcha siempre á la par de la temperatura; en el período de estado de la enfermedad, es frecuente observar, que á temperaturas iguales, no corresponden un número igual de pulsaciones. En el perío-

do último, esta disociacion de la temperatura y del pulso, es más constante y marcada; con temperaturas normales ó inferiores á la normal, se nota, que el número de pulsaciones es muy superior al que deberia existir en estas circunstancias. Llega á veces, á ser tal la rapidez del pulso en estos momentos, que se hace imposible contarlo y más bien parecen vibraciones arteriales que verdaderas pulsaciones.

El dolor de la peritonitis no siempre tiene la fisonomia que le hemos descrito anteriormente. En una gran cantidad de casos no presenta esta violencia especial que aterra, es poco intenso y á veces, casi pasa desapercibido por la paciente. Estas peritonitis puerperales *indoloras* han llamado siempre la atencion de los autores que han tratado de explicar este fenómeno, asemejándolo á los que suelen observarse despues de las ovariotomias. En efecto, despues de esta operacion, no es raro ver desarrollarse peritonitis que se las llama *latentes* por lo poco ó nada dolorosas que son. Para explicar esto, se dice que siendo el dolor producido por la distension y compresion de los nervios del peritoneo, ya estos están acostumbrados, á causa del tumor ovárico, á sufrir esta distension sin que se manifieste dolor alguno. Igual cosa sucede, se dice, con la peritonitis puerperal. Durante el embarazo, los nervios del peritoneo han sufrido una gran distension; así, pues, no reaccionan dolorosa-

mente cuando son de nuevo distendidos por una peritonitis.

Sea cual fuere el valor real de esta explicacion, no debemos perder de vista en este caso, que para verificarse el parto ha sido necesario una gran *hemorragia nerviosa*, que siempre embota las reacciones nerviosas del organismo, y ademas, que el principio infeccioso productor de la fiebre puerperal, introducido y distribuido en todo el organismo, acarrea una gran depresion en las funciones nerviosas.

El *vientre* al mismo tiempo que se pone doloroso, se abulta notablemente y se timpaniza á causa de la distinsion del intestino paralizado. Este aumento del volúmen del vientre, se hace cada vez mayor hasta tomar á veces, proporciones extraordinarias.

Se observa siempre que el abultamiento del vientre marcha en sentido inverso del dolor. Cuanto mayor es aquel, tanto menor es este, y cuando la timpanitis ha alcanzado su mayor grado, el dolor ha desaparecido casi por completo. Este es un contraste notable y un signo pronóstico muy grave.

Las *perturbaciones digestivas* que se notan constantemente en la peritonitis puerperal, son los vómitos y las alternativas de constipacion y diarrea.

Los *vómitos* no faltan sino raras veces y aparecen generalmente despues que la enfermedad está perfectamente declarada. Algunas veces, son pre-

cedidos de un período más ó menos largo, de náuseas. Las materias vomitadas consisten en un principio en alimentos y mucosidades estomacales incoloras; luego los vómitos se hacen biliosos y muy líquidos, asemejándose entonces á un caldo de yerbas. Lo que verdaderamente tienen de característico estos vómitos de la peritonitis puerperal, es la facilidad con que se producen y su notable abundancia. Al principio van acompañadas de los esfuerzos naturales del vómito; pero despues se producen como por una verdadera regurjitacion y sin fatiga alguna para la enferma. Esta en efecto, acostada sobre su dorso, no hace más que dar vuelta un poco su cabeza y arrojar con la mayor facilidad por su boca grandes cantidades de líquidos.

El intervalo que separa los vómitos es al principio bastante largo; pero á medida que la enfermedad avanza, se hacen más cortos y llega un momento en que los vómitos se hacen casi incesantes. De este modo persisten durante toda la enfermedad ó, sin causa apreciable, se suspenden por un tiempo más ó ménos largo, para volver á aparecer de nuevo despues de un tiempo variable.

El *hipo* es habitual é indica siempre la gravedad de la enfermedad.

Contrariamente á lo que pasa en las otras formas de peritonitis, no es raro observar la *diarrea* en la peritonitis puerperal. Las deposiciones son

líquidas, biliosas y horriblemente fétidas. A veces, sucede que su aparicion acarrea una disminucion ó una suspension de los vómitos, reapareciendo estos una vez que por el tratamiento se han hecho desaparecer estos movimientos de vientre.

En un principio voluntarias, las deposiciones se hacen despues involuntarias y casi constituidas por bilis y mucosidades sanguinolentas.

La *sed* es viva y la enferma ingiere grandes cantidades de agua que luego es devuelta por los vómitos.

La *lengua*, en un principio húmeda y cubierta de un barniz mucoso abundante, se hace á medida que avanza la enfermedad, seca, roja, puntiaguda y se cubre de fuliginosidades. Los labios, encias y carrillos, se recubren de materias negruzcas y fuliginosas, mezcladas de pequeñas estrias sanguinolentas.

En ciertos casos la paciente presenta un tinte ictérico en su cara y especialmente en sus conjuntivas, debido á que la serosa perihepática se halla tambien inflamada.

El *apetito* desaparece en la generalidad de los casos; la enferma si come es por complacer á las personas que la rodean. Sin embargo, se observan casos en que, al decir de las enfermas, el apetito se halla aumentado.

Este fenómeno que se manifiesta á menudo en el último grado de la enfermedad, es más bien el

resultado de perversiones en las funciones cerebrales.

El *desarrollo considerable del vientre* que acompaña siempre estas perturbaciones digestivas, es siempre un fenómeno inicial y especial á la peritonitis puerperal. La piel del abdómen se encuentra generalmente surcada de venas, tanto más aparentes cuanto más dificultada se encuentre la respiracion. Está además tendida y luciente.

El *diafragma*, rechazado hácia la cavidad torácica y paralizado por la inflamacion muchas veces de las dos serosas que cubren sus dos caras, acarrea una gran díspnea que cada vez toma mayor incremento. La respiracion toma el carácter supracostal, ofreciéndose entónces un notable contraste entre la inmovilidad absoluta de la parte inferior del torax y los movimientos rápidos y acelerados de su parte superior.

En muchos casos, contribuyen á hacer más intensa esta díspnea, las complicaciones que frecuentemente se presentan del lado de los órganos cardio-pulmonares. En efecto, no es raro en la peritonitis puerperal, ver derrames pleurales, congestiones pulmonares, núcleos neumónicos ó apopléticos, endocarditis, y en fin, pericarditis con vastos derrames, complicando la inflamacion primitiva del peritoneo. Generalmente estas complicaciones pasan desapercibidas á causa de la predominancia de los síntomas peritoneales y por

lo difícil que es hacer, en estos casos, un buen exámen, á causa de las dificultades que presenta el mover las enfermas.

Los *lóquios* presentan generalmente en los casos de anto-infeccion, un olor fétido y característico. Su cantidad experimenta siempre una disminucion notable y hasta llegan á suspenderse por completo en ciertos casos.

En cuanto á la secrecion *láctea*, disminuye y hasta desaparece si esta funcion se ha establecido ya cuando la peritonitis estalla. En el caso contrario, no se establece y los senos no se abultan.

Las funciones *cerebrales* no sufren una perturbacion tan grande como tenderia á indicarlo la gravedad de la enfermedad. Al principio se nota cefalálgia; pero desaparece generalmente pronto. La inteligencia se conserva intacta y solo al último período aparece el delirio. Este delirio es unas veces agitado; pero en la generalidad de los casos es más bien un sub-delirio.

Mientras no aparece este delirio, la enferma conserva su inteligencia perfecta. Contesta claramente á todas las preguntas que se le hace, se inquieta por su salud, y la menor mejoria que nota la alegra y la hace concebir la idea de una pronta curacion. Sucede, á veces, que la enferma acusa un cierto bienestar á causa de la desaparicion del dolor, de los vómitos y de la diarrea, que la hacen ver ya una pronta curacion; pero su estado gene-

ral y su pulso nos indican más bien una terminacion fatal é inminente y dan un desmentido á sus palabras.

Cuando el delirio es agudo, se ve las enfermas agitarse, cambiar frecuentemente de posicion en su cama, hablar, vociferar, y en fin, tratar de levantarse y caminar. Despues de éste período de excitacion, viene el de depresion. Las pacientes caen en un estado comatoso del que salen dificilmente á fuerza de excitaciones para caer bien luego en un verdadero coma que las conduce á la muerte.

Cuando el delirio es tranquilo, las enfermas, quietas en sus lechos, pronuncian palabras incoherentes y poco á poco van extinguiéndose hasta que llega la muerte en la mayor tranquilidad.

El delirio, como se ve, pues, es un signo de muy mal augurio y generalmente aparece 15 á 20 horas antes de la muerte. .

La *fisonomia* de la enferma que en un principio indicaba el dolor y la angustia, pierde en este período, á causa del estado comatoso, toda expresion, y se vuelve, por decirlo así, cadavérica. La voz se extingue, la palabra se hace dificil á causa de la sequedad de la lengua y por falta de fuerzas de la enferma; en fin, el cuerpo se enfria y se cubre de un sudor helado y viscoso.

Tales son los síntomas, marcha y terminacion de la peritonitis puerperal generalizada á toda la serosa abdominal.

DIAGNÓSTICO

Reconocer una peritonitis puerperal generalizada ó una circunscrita á la cavidad pelviana en su período de invasion ó de agudeza, es cosa fácil; pero no sucede lo mismo cuando se trata de una pelvi-peritonitis que ha pasado ya de su periodo agudo y ha dejado tan solo como consecuencia de ella, un tumor peri-uterino más ó ménos grande.

Cuando en los primeros dias del puerperio y muy raramente cuando durante el parto, se produce un escalofrio acompañado de alta fiebre, gran dolor en la region del bajo vientre, náuseas, vómitos copiosos y en fin, cuando la cara de la paciente toma esa fisonomia hipocrática especial que hemos descrito anteriormente, el diagnóstico de peritonitis es casi fatal.

Pero no basta reconocer su existencia; es necesario tratar de saber si la inflamacion va á permanecer local durante toda la evolucion de la enfermedad, ó si, por el contario, va á generalizarse é invadir, más ó ménos rápidamente, toda la cavidad abdominal. Hacer esta distincion es

cosa imposible, en la mayoria de los casos; solo el origen esporádico ó epidémico de la enfermedad pueden suministrarnos algunos datos en que poder asentar nuestro juicio. En efecto, en el primer caso, la peritonitis es casi siempre local; mientras que en el segundo, hay grandes probabilidades de que se generalice. Casi siempre tenemos pues, que esperar que la marcha de la enfermedad nos dé los elementos que en un principio nos faltaban para hacer esta distincion.

Cuando el elemento dolor falta del cuadro sintomatológico de la peritonitis, no es fácil equivocarse tampoco.

Basta estar prevenido que, en el estado puerperal, las inflamaciones de la serosa abdominal no tienen muchas veces ese cuadro aterrador producido por el más espantoso de los dolores conocidos, para evitar el error. Por otra parte, el dolor siempre existe en un principio, y cuando por los progresos de la enfermedad desaparece, entonces ya hay otros signos que no permiten la duda.

Los cólicos hepáticos y nefríticos, las neuralgias lumbo-abdominales, la gastralgia, la pseudo-peritonitis de las histéricas, el reumatismo de las paredes abdominales y su inflamacion flegmonosa, etc., que si bien es cierto pueden confundirse con una peritonitis de causa comun, no pueden serlo de ningun modo con una peritonitis puerperal.

La naturaleza de estas enfermedades, de una parte, y las circúnstancias especiales en que estalla la peritonitis puerperal, por otra, hacen la confusion imposible, especialmente si se pone un poco de atencion.

En cuanto á la peritonitis parcial ó pelviperitonitis, solo puede ser confundida en su período de tumor con el flemon de los ligamentos anchos, llamado tambien adeno-flemon para hacer recordar su orígen que es la inflamacion de los ganglios contenidos en el espesor de dichos ligamentos. En efecto, estas dos enfermedades se desarrollan bajo la influencia del estado puerperal y despues de su periodo agudo terminan por la formacion de un tumor peri-uterino. Existen, sin embargo, muchos signos que examinados con atencion, nos permiten distinguir perfectamente estas dos afecciones.

La peritonitis comienza generalmente en los pocos dias que siguen al parto, mientras que el flemon no se manifiesta sino despues de muchos dias.

El dolor es en la peritonitis, superficial, espontáneo y muy agudo desde el principio de la enfermedad para disminuir en seguida; en el flemon es, por el contrario, profundo, hay muchas veces necesidad de ir á buscarlo para descubrirlo y, en fin, va aumentando de intensidad á medida que la enfermedad progresa y especialmente si va á terminar por supuracion.

La palpacion abdominal y el tacto vaginal nos demuestran un tumor que, en el caso de peritonitis, es de contornos bien limitados y está casi siempre situado detrás del útero; mientras que, en el flemon, sus contornos son difusos y ocupa un lado de la matriz siempre. Cuando la peritonitis forma un tumor á los lados del útero, entonces es más fácil la confusion. Sin embargo, en este caso, el tumor de la peritonitis envia prolongaciones hácia atrás y adelante, y á la manera de un creciente abraza el cuello del útero. En el flemon nada de esto sucede, y en caso de extenderse, el tumor lo hace hácia los huesos de la pélvis, formando entonces con ellos una sola masa sin ningun surco de separacion. Esta fusion nunca existe en la pelvi-peritonitis.

Cuando el flemon se extiende al tejido celular de la fosa iliaca, la actitud de la enferma es característica y muy diferente de la de la peritonitis. Acostada sobre su dorso con el muslo correspondiente en flexion sobre la pelvis para relajar el músculo psoas, en el primer caso; en el segundo, por el contrario, los muslos estén en extension y la paciente puede ocupar indiferentemente cualesquiera posicion.

En los casos en que termina por supuracion la enfermedad, tambien existen signos que permiten hacer el diagnóstico exacto.

Cuando se trata de un flemon, el pús trata de

abrirse camino por cualquier punto de la pared abdominal y especialmente por la region inguinal. El pús de la peritonitis nunca se abre paso al través de esta pared, buscando para salir al exterior uño de los organos contenidos en la pequeña pelvis, y muy especialmente la vagina y el recto.

PRONÓSTICO

El pronóstico de la peritonitis puerperal varia esencialmente segun las formas de la enfermedad. Cuando la inflamacion es general, la terminacion fatal es casi segura, mientras que, cuando es local, una terminacion favorable es la regla.

En la peritonitis generalizada, la muerte sobreviene, ya sea por una asfixia mecánica causada por la parálisis y el rechazamiento del diafragma hácia la cavidad torácica, unido á veces, con complicaciones pulmonar y pleurales; ya se produce esta terminacion fatal por una verdadera infeccion de todo el organismo. En este último caso, sobre-

pasa entonces los efectos de la enfermedad general á los producidos por la inflamacion del peritoneo.

Cuando la enferma sucumbe por efectos solos de la peritonitis, conserva su inteligencia hasta casi el fin de la enfermedad; mientras que, cuando esto sucede por efectos de la infeccion general, las facultades intelectuales sufren dos órdenes de perturbaciones. Ya se manifiestan signos de depresion cada vez crecientes y que terminan por el coma, ya se producen fenómenos completamente distintos, manifestándose entónces un delirio agitado con todos sus caracteres, ó por el contrario, un delirio tranquilo que dura hasta los últimos instantes. Sucede á menudo que estas dos formas de delirio se combinen, reemplazando siempre la forma tranquila á la forma agitada despues de un tiempo más ó ménos largo.

La pelvi-peritonitis, si bien es cierto termina en la generalidad de los casos por la curacion, debemos sin embargo ser reservados en nuestro pronóstico á causa de que de un momento á otro puede generalizarse y tener fatales consecuencias. Por otra parte, aun permaneciendo local la inflamacion, sucede á veces que, por circunstancias diversas, la supuracion no se agota y la enferma despues de mucho resistir á su enfermedad sucumbe al fin á causa de la infeccion pútrida ó purulenta ó simplemente á un agotamiento completo de sus fuerzas. Se observa, á veces tambien, que en estas

condiciones las mugeres se tuberculizan y mueren de tísis pulmonar.

El pronóstico de la pelvi-peritonitis no es tan favorable aun bajo otra faz. Una curacion perfecta, en el sentido extricto de esta palabra, casi no existe y por lo general la curacion es incompleta. En efecto, por perfecta que sea la resolucion de la inflamacion del peritoneo, quedan siempre falsas membranas en cantidad más ó ménos grande que envuelven los órganos de la pequeña pelvis é interrumpen sus funciones normales.

Estos accidentes lejanos de la pelvi-peritonitis son los que no debemos perder de vista al hacer el pronóstico de la enfermedad que estudiamos.

Cuando el tumor peri-uterino se ha abierto del lado de la vejiga, aunque esto suceda muy raramente á causa de que en la generalidad de los casos ocupa el fondo de saco recto-uterino, se observan cistitis pertinaces, tenesmo vesical, y á veces, propagándose la inflamacion á los uréteres y pelvis de los riñones, se desarrollan pielo-nefritis de graves consecuencias.

El recto es mas frecuentemente afectado de accidentes lejanos. Además de presentarse rectitis tenaces acompañadas de un tenesmo rectal sumamente incómodo á las enfermas, se notan abcesos frecuentes á las márgenes del ano, que son el punto de partida de fístulas, y en fin, las bridas que forman las falsas membrenas, estrechan el

calibre de este órgano y producen todos los accidentes de una estrechez y hasta de una estrangulacion intestinal.

El sistema genital es el que sufre mayores iuconvenientes. Englobados en efecto, por las falsas membranas, el útero, las trompas y los ovarios, pierden sus relaciones naturales y esenciales para su perfecto funcionamiento. Las dislocaciones del útero son comunes, el pabellon de la trompa atado, si se puede decir así, por las falsas membranas no puede adaptarse bien al ovario y recibir el óvulo que se desprende; en fin, el ovario se atrofia y experimenta perturbaciones profundas en sus funciones. Por todas estas razones, la esterilidad es frecuente despues de una pelviperitonitis puerperal. Agreguemos á esto las contínuas perturbaciones de la menstruacion y los grandes peligros que corren las mugeres que se hacen embarazadas en estas circunstancias en que el órgano de la gestacion está unido á los órganos vecinos por bridas más ó ménos vasculares, y comprenderemos cuan sérias son las consecuencias lejanas de la peritonitis parcial.

Por otra parte, siendo el orígen más frecuente de la peritonitis la inflamacion de los vasos linfáticos uterinos, inflamacion que trae consigo su obliteracion, y como es natural, la dificultad en la circulacion y nutricion del órgano, no es raro observar, como consecuencia de esto, metritis paren-

quimatosas crónicas que amargan grandemente la vida de la enferma.

Las complicaciones nerviosas no son tampoco raras; las neuralgias ileo-lumbares y el histerismo bajo todas sus formas, se producen algunas veces, á causa de los contínuos sufrimientos ocasionados por tantos desórdenes en el aparato genital.

En conclusion, pues, podemos decir que la peritonitis parcial es una afeccion grave, no porque termine por la muerte, sinó por las multiples é importantes complicaciones que puede tener.

TRATAMIEMTO

El tratamiento de la peritonitis puerperal se lo puede dividir en profiláctico y curativo. Por el primero, tratamos de evitar el desarrollo de la enfermedad y por el segundo, combatir á esta una vez que ha estallado.

El tratamiento profiláctico consiste en observar la más estricta antisepcia durante los últimos dias del embarazo, durante el parto, y en fin, du-

rante los primeros dias del puerperio. De esta manera podremos estar seguros que los micro-organismos productores de la fiebre puerperal, no van á introducirse en los órganos de la parturienta.

Las inyecciones vaginales antisépticas en los últimos diez dias del embarazo; una completa desinfeccion de todos los objetos que deben estar en contacto con las parturientas, y muy especialmente, de los instrumentos que haya necesidad de usar para la terminacion del parto, y de las manos de las personas encargadas de la asistencia de la enferma; y en fin, una higiene la más minuciosa y cuidados de limpieza la más prolija, tales son, en pocas palabras, los medios de que dispone el médico para oponerse al desarrollo de la peritonitis puerperal y tambien de todas las enfermedades puerperales.

Se comprende fácilmente, despues de todo esto, cuán importantes son las precauciones antisépticas mientras exista el cúmulo de circunstancias que colocan á la mujer de parto en tan malas condiciones con respecto á los micro-organismos productores de la fiebre puerperal. Por otra parte, esto nos dá una idea de los grandes beneficios que nos proporcionan los conocimientos modernos sobre la naturaleza infecciosa de las enfermedades puerperales.

El tratamiento curativo de la peritonitis es el que más nos debe ocupar, tanto porque general-

mente es llamado el médico despues que estalla la enfermedad, cuanto por lo rebelde de esta á los innumerables medios que se han propuesto para su curacion.

La indicacion suprema, en presencia de una peritonitis que recien comienza, es tratar de limitar la inflamacion á la menor extension posible de serosa y evitar de esta manera que la enfermedad de local se haga general en toda la serosa abdominal.

Para conseguir este objeto, varios medios podemos emplear. En primer lugar, hay que tener á la enferma en la más completa quietud, privándosele todo movimiento ó cambio de posicion en su cama. Esta inmovilidad tiene suma importancia y muchas veces con ella sola se llega á evitar la propagacion de la enfermedad. En seguida, si la paciente es robusta, se aplicarán sanguijuelas al hipogastro en número de diez á veinte, segun sea necesario. Un mayor número es peligroso á causa de la gran cantidad de sangre que harian perder á la enferma que, por el contrario, necesita conservar sus fuerzas para poder resistir á tan séria enfermedad.

Las sangrias generales no se usan por estas razones y además por estar reconocido que no tienen ninguna influencia sobre la marcha de la peritonitis, ni sobre ninguno de sus síntomas.

Las ventosas escarificadas son por el contrario

muy útiles. Además de poderse medir perfectamente la cantidad de sangre que extraen, ejercen, por la congestian local que producen, una accion revulsiva muy benéfica. Sin embargo, tienen sus inconvenientes que hacen, en ciertos casos, su aplicacion imposible. Cuando el vientre, por ejemplo, está muy distendido y doloroso, la aplicacion de ventosas produce dolores tan vivos, que generalmente las pacientes se niegan á su aplicacion.

La sangria local no solamente se opone al progreso de la inflamacion, sino que obra poderosamente sobre el dolor que calma notable y casi instantáneamente.

Un otro medio muy poderoso para circunscribir la inflamacion y oponerse á su marcha invasora, es el hielo aplicado sobre el abdómen de una manera contínua, y ni siquiera interrumpida por un instante. Este método del uso del frio, tiene sus partidarios y adversarios decididos; mientras unos alaban su empleo, los otros lo prescriben, porque tan solo presenta inconvenientes.

No hay duda que mucho se ha exagerado los inconvenientes del frio, y que con una buena aplicacion se llega hasta evitarlos; pero, cierto es tambien que no es raro observar reacciones terribles de la inflamacion peritoneal á causa de la suspension, aun momentánea, de la aplicacion del hielo sobre el vientre. Los inconvenientes producidos

por el agua de condensacion que moja toda la cama de la enferma y la expone al desarrollo de afecciones bronco-pulmonares *á frigore*, se evitan interponiendo entre la piel y la bolsa de cauchut, que contiene el hielo, una franela ó cualesquiera otra tela de algodon, que se la renueva frecuentemente para evitar que se moje demasiado. De esta manera se evita tambien la congelacion y mortificacion de los tegumentos, que tienen que estar tan largo tiempo en contacto incesante con el frio.

La aplicacion del frio tiene tambien una accion notable sobre el dolor, que lo disminuye, y sobre el timpanismo, que se opone hasta cierto punto á su produccion.

El colódion elástico ó resinado, que con tanto entusiasmo se usaba no hace mucho tiempo, es hoy muy pocas veces empleado á causa de su poca eficacia y de las grietas que produce en la piel sobre la cual se aplica y que son el punto de partida de inflamaciones erisipelatosas graves. Tiene, sin embargo, una accion favorable sobre el timpanismo y el dolor, tal vez, por la compresion que produce sobre las paredes del vientre, y el no permitirles distenderse.

Los cáusticos han sido tambien empleados contra la peritonitis en su período de invasion, bajo la forma de cáusticos mónstruos que abarcaban todo el vientre; pero su uso tiene muchísimos

adversarios, y en el dia se prefiere su uso, no en el comienzo de la enfermedad sino á su terminacion, para que obren como resolutivos y no como revulsivos.

Los emolientes y especialmente las cataplasmas laudanizadas, son generalmente empleadas en los casos en que no se puede contar con una suficiente cantidad de hielo para establecer convenientemente la medicacion por el frio. Las cataplasmas deben ser aplicadas con frecuencia y de un modo contínuo durante todo el periodo agudo de la inflamacion, teniendo especial cuidado de no dejar nunca una cataplasma fria sobre el vientre de la enferma.

Las unciones abdominales con pomada mercurial, sola ó adicionada con extracto de belladona, son tambien sobre todo empleadas con frecuencia inmediatamente despues de la aplicacion de las sanguijuelas. Su uso parece haber dado buenos resultados á ciertos autores; pero otros les niegan toda eficacia y más bien les atribuyen inconvenientes.

Llenada la primera y gran indicacion, de oponernos á la generalizacion de la inflamacion usando para esto de los medios indicados anteriormente, las indicaciones terapéuticas que se presentan despues, son puramente sintomáticas y se dirigen á combatir síntomas más ó ménos molestos para la enferma, ó que amenacen, por sí solos, terminar con la vida de la paciente.

El dolor se le combate con el opio empleado á grandes dósis y sin temor alguno; pues se observa una correlacion, en estos casos, entre la intensidad del dolor y la resistencia del organismo á soportar grandes dósis de medicamento. No debemos pues, temer el comenzar el tratamiento por 10, 20 y hasta 30 centígramos de extracto gomoso de opio en las 24 horas. Las inyecciones hipodérmicas en el sitio del dolor producen un alivio instantáneo, y deben usarse cuantas veces sea necesario calmar el dolor y cuando el extracto de opio no sea posible administrarlo por la via estomacal á causa de los vómitos incesantes. Esta medicacion por el opio tiene varias ventajas. Alivia á la enferma haciendo desaparecer sus atroces dolores, y además, se opone á los vómitos y á los movimientos intestinales tan perjudiciales en estos casos, que no solo se oponen á que las falsas membranas se formen y limiten la inflamacion, sino que tienen una gran participación en la extension de esta, á causa de que transportan á los lugares sanos de la serosa, los elementos sépticos é inflamatorios que se encuentran en las partes inflamadas.

Los vómitos tan penibles, á veces, para las enfermas, se combaten especialmente con el hielo dado en pequeños fragmentos para que vayan á disolverse en el mismo estómago. La pocion Riviére es tambien muy empleada y dá buenos

resultados, lo mismo que el agua de Seltz y el vino Champagne helado.

El timpanismo que á veces llega hasta asfixiar á las enfermas, es muy difícil combatirlo y no se conoce un solo medio verdaderamente eficaz. Los ingleses y americanos, usan la trementina que algunas veces dá buenos resultados. La introduccion por el recto de una sonda bastante larga para que llegue á la iliaca y dé salida á los gases intestinales, tambien suele aliviar á las enfermas; pero nunca llega á hacer desaparecer por completo el timpanismo abdominal. En último caso, si la asfixia es inminente, se puede recurrir á la puncion de los intestinos al través de la pared abdominal, por medio de un trócar fino, cosa que se ha hecho algunas veces con éxito.

La fiebre, que por sí sola en algunos casos, es capaz de producir accidentes graves, se la combate con el salicilato de soda, el ácido fénico y especialmente con el sulfato de quinina. En estos últimos tiempos, se ha usado un medicamento nuevo que tiene un gran poder antitérmico y que se le conoce con el nombre de antipirina, obteniéndose de él muy buenos resultados. En ninguna de nuestras enfermas de peritonitis puerperal se ha usado esta sustancia, causa por la cual nada personal puedo decir sobre este medicamento que tanto ha ocupado la ciencia en esta última temporada.

El uso de los purgantes y vomitivos, tan en boga en otros tiempos, está hoy casi abandonado. Solo en los casos que la peritonitis se acompaña de constipacion y hay urgencia en hacerla desaparecer, se recurre á los purgantes y en especial al aceite de ricino ó al calomel asociado á la jalapa. En tésis general, los purgantes tienen más bien una accion nociva que benéfica y hay frecuentemente que renunciar á su uso.

Si por el empleo enérgico y decidido de todos estos medios, logramos circunscribir la inflamacion á la cavidad pelviana, podemos estar muy satisfechos, pues hemos conseguido una gran ventaja La peritonitis parcial, lo hemos dicho ya, cura casi siempre.

Pero si desgraciadamente todos nuestros esfuerzos son impotentes á detener la marcha invasora de la enfermedad y llega esta á propagarse á toda la serosa abdominal, entonces es casi inevitable la muerte y debemos, por consiguiente, redoblar nuestros cuidados. En todo caso, en lugar de permanecer inactivos en presencia de una enferma que necesariamente va á morir, recurriremos al tratamiento quirúrgico, aconsejado por el eminente cirujano inglés Lawson Tait.

Este tratamiento quirúrgico, consiste en abrir anchamente el vientre hácia la línea blanca y en el espacio comprendido entre el púbis y el ombligo, lavar en seguida, lo más minuciosamente po-

sible, todas las partes de la serosa inflamada y en contacto con el pús, y en fin, cerrar la herida y establecer un drenage conveniente para evitar la aglomeracion de pús en la cavidad del peritoneo.

Por medio de este tratamiento que á primera vista parece demasiado atrevido y hasta temerario, Lawson Tait ha logrado salvar un número de enfermos igual al de operados. Nada más natural, por otra parte, que proceder con el peritoneo del mismo modo que se procede con las otras serosas. En el dia, debido á las teorias parasitarias y al método antiséptico que es su consecuencia lógica, no se puede considerar como *delirio quirúrgico* el abrir el vientre y lavar bien el peritoneo para desembarazarlo de esta manera de los millares de gérmenes que contiene y que forzosamente tienen que producir la infeccion general del organismo por su penetracion en el sistema linfático, cuyo orígen sabemos qué representa. La peritonitis, de enfermedad local en un principio, lo hemos dicho ya, se hace general despues, y todo, á causa de haber los gérmenes infecciosos invadido los humores del organismo.

Si por un tratamiento conveniente evitásemos la difusion de los gérmenes, destruyéndolos y oponiéndonos á su reproduccion, seguramente la peritonitis no seria una enfermedad tan temible y nuestras enfermas curarian en gran número.

Hay más todavia. El derrame purulento pro-

ducido por la inflamacion del peritoneo, en un principio circunscrita, es á su vez causa de agravacion y extension de esta misma inflamacion. En efecto, no hace mucho tiempo se creia que el contacto del aire ó la más insignificante herida del peritoneo eran sumamente peligrosas á causa de las intensas inflamaciones de esta serosa que acarreaba; pero hoy, con los nuevos estudios que se han hecho se tiene la conviccion que no es el aire, las incisiones, las excisiones y aún las cauterizaciones las que producen la inflamacion del peritoneo, sinó que esta es producida por la permanencia en su cavidad, de sustancias sépticas ó de líquidos que, corrompiéndose, inflaman las partes en contacto con ellos.

En vista de esto es, que el principal cuidado que hay que tener al prácticar operaciones en el peritoneo, es evitar cualquier derrame en su cavidad, y una vez producido este, tratar de hacer el mejor y más prolijo lavado.

Se comprenderá fácilmente despues de todo esto los grandes inconvenientes y peligros que presenta la permanencia del derrame en la cavidad peritoneal y lo urgente y necesario que es hacerlo desaparecer. Para conseguir esto, el mejor medio es la laparotomia.

Esta operacion, ejecutada con todos los preceptos de la cirujia moderna en que se lleva hasta los últimos límites el método antiséptico, no presenta

ninguna gravedad. Frecuentemente se hacen, en el dia, vastas incisiones en la pared abdominal, y todos los cirujanos están de acuerdo en los pocos peligros que tienen; así, pues, no se puede alegar que con el tratamiento quirúrgico agravamos más el pronóstico casi fatal de la peritonitis.

Entre tanto, he aquí las palabras con que se expresa el cirujano inglés al aconsejar la gastrotomia como tratamiento de la peritonitis aguda.

" Quiero llamar especialmente la atencion sobre
" nueve casos de peritonitis aguda en los cuales he
" lavado, extraido cuidadosamente el pús y drena-
" do el peritoneo despues de haber abierto su ca-
" vidad. Estos nueve casos todos han curado y
" en uno de ellos al abrir el peritoneo he encon-
" trado que la peritonitis dependia de una inflama-
" cion supurada de las trompas de Falopio. Esta
" enferma ha curado perfectamente y goza actual-
" mente de una excelente salud.

" Tan satisfecho he quedado con el resultado ob-
" tenido en todos los casos, que me he propuesto
" en adelante en todos los casos que se me presen-
" ten de peritonitis, sea cual fuere su naturaleza—
" y aun *puerperal*, aconsejar ó practicar, si esto es
" posible, la incision abdominal, el lavado perfecto
" de la cavidad y su drenage. Si no se ha esperado
" para practicar la operacion que el enfermo esté
" moribundo, espero de este tratamiento el más
" completo éxito.

" Las opiniones que tenemos sobre la peritonitis sufrirán, estoy seguro, grandes modificaciones y concluiremos por tratar las inflamaciones del peritoneo como tratamos actualmente las supuraciones de las otras cavidades y con un éxito casi tan seguro."

El tratamiento quirúrgico mirado bajo distintos puntos de vista no presenta, pues, sino ventajas. Al permitir lavar bien el peritoneo y al oponerse á la estancacion de los líquidos saturados de gérmenes infecciosos, se opone, por una parte, al redoblamiento de la inflamacion peritoneal, y por otra, á la infeccion de todo el organismo y á que la enfermedad de local se haga general y por consiguiente, mucho más grave. Por otra parte, la operacion en sí es poco grave y no agrega, al pronóstico general de la peritonitis ninguna gravedad más; por el contrario, á una enfermedad casi fatalmente mortal la hace curable muchas veces.

Continuemos ahora con el tratamiento médico de la peritonitis puerperal.

En el tratamiento de esta peritonitis no debemos olvidar nunca el estado general de la enferma, pues tiene una gran importancia. A las medidas indicadas anteriormente y que responden todas al padecimiento abdominal, hay pues que agregar una medicacion que se dirija al estado generel del organismo. Esta medicacion consiste en un tratamiento tónico que sostenga las fuerzas de la

enferma, y en el uso de medicamentos capaces de destruir los micro-organismos infecciosos introducidos ya en el interior del organismo. Usaremos, pues, el alcohol bajo sus diferentes formas, la quina, una alimentacion reparadora y que en pequeño volúmen contenga gran cantidad de sustancias facilmente absorbibles y asimilables, y en fin, y como un medicamento de gran importancia, la quinina á grandes dósis, pues á más de tener una accion poderosa sobre la calorificacion y la circulacion, tiene, segun los estudios modernos, un poder antiséptico indiscutible y bien manifiesto. El salicilato de soda y el ácido fénico, tambien han sido empleados á causa de su accion sobre los organismos inferiores y prestan á menudo importantes servicios.

Un hecho que debemos tener siempre presente en el tratamiento de la peritonitis puerperal, es que la enfermedad ha tenido su punto de partida en las heridas de los órganos genitales, tanto internos como externos. Debemos por consiguiente, pues, tratar de que cicatricen cuanto antes todas ellas, y cerrar, de esta manera, la puerta de entrada á nuevas cantidades de gérmenes infecciosos. Los simples cuidados higiénicos son suficientes para conseguir este objeto cuando se trata de soluciones de continuidad del periné y la vulva; pero no sucede así cuando es de la herida uterina que se trata.

Siendo esta generalmente el punto de partida de las linfangitis productoras de la peritonitis-puerperal, debemos tener especial cuidado en que nuevas cantidades de micro-organismos no penetren en los linfáticos ó permanezcan depositados en la superficie saniosa de la herida uterina. Para conseguir este resultado, el mejor medio son las inyecciones uterinas repetidas cuantas veces sea necesario en las 24 horas. Muchas veces este tratamiento tiene una accion heróica, y fiebres puerperales que al principio parecian iban á ser de una gravedad extrema, se transforman, por su sola influencia, en poco tiempo, y moderan la intensidad de sus síntomas. Esta accion benéfica de las inyecciones intra-uterinas es sobre todo manifiesta en los casos de auto-infeccion por fragmentos de placenta ó de las membranas que, detenidos en la cavidad uterina, se corrompen y son el orígen de los accidentes puerperales.

Una precaucion importante que hay que no olvidar al practicar las inyecciones vaginales y uterinas, es mover lo ménos posible á la enferma; para esto se usarán los medios que se crean más oportunos.

La peritonitis una vez localizada definitivamente á la region pelviana, hay que tratar á todo trance que termine por resolucion. Para conseguir esto hay que mantener la paciente siempre quieta en su cama y usar cáusticos volantes repetidos sobre su

la region del hipogastro. En este periodo pueden recien usarse los purgantes para vencer la constipacion que generalmente se presenta y que es necesario hacer desaparecer.

Cuando la pelvi-peritonitis termina por supuracion, en la inmensa mayoria de los casos, hay que dejar obrar á la naturaleza, y solo cuando el tumor es muy grande y produce, por compresion, desórdenes en los órganos vecinos, entonces solamente es necesario intervenir practicando en el recto ó la vagina y en el sitio donde sobresalga más el tumor, una puncion ó una pequeña incision. Aquí tambien se presenta la indicacion de la laparotomia y del drenage como los mejores medios de curar estas peritonitis crónicas que terminan por la formacion de un verdadero abceso intraperitoneal que nunca se agota y que termina con la vida de las enfermas. Si en la peritonitis aguda es racional y muy aceptable el tratamiento quirúrgico, mucho más aun lo es en estas pulvi-peritonitis crónicas que tienen tan malas consecuencias en la generalidad de los casos.

Vº Bº

IGNACIO PIROVANO.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

HISTOLOGIA—Histologia del pulmon.

ANATOMIA—Músculos, nervios, arterias y venas de la laringe.

ANATOMIA TOPOGRÁFICA — Region anti-braquial anterior.

PATOLOGIA GENERAL—¿Cuáles son los caracteres más comunes de la inflamacion?

FISIOLOGIA—¿Cuál es el mecanismo funcional de los nervios vaso-motores?

MATERIA MÉDICA Y TERAPÉUTICA — Antimoniales.

PATOLOGIA EXTERNA — Complicaciones de las luxaciones.

NOSOGRAFIA MÉDICA—¿Qué es angina péctoris, y cómo se cura?

CLÍNICA MÉDICA—¿La sífilis se cura sin específicos?

MEDICINA LEGAL Y TOXICOLOGIA—¿Basta la dosimasia pulmonar hidrostática para determinar si un recien nacido ha respirado aire atmosférico?

OBSTETRICIA—Parto prematuro artificial.

OFTALMOLOGIA—Afecciones de la papila y retina.