
Terapéutica Obstétrica

Tratamiento de las Infecciones Piógenas en Obstetricia ,

La fiebre puerperal es la consecuencia de la infección de la herida placentaria o de cualquier otra herida situada en el canal genital y producida durante el parto o el aborto.

Esta definición enunciada por nosotros hace ya algunos años y de acuerdo con el concepto de la época se mantiene hoy con todo su vigor, pues ningún hecho nuevo ha venido a destruirla y más bien se ha consolidado, porque la mayoría, por no decir todos, la han aceptado.

No hay ninguna diferencia entre la infección puerperal y la infección post-operatoria, y si bien su sintomatología tiene características propias, éstas son debidas al órgano en la que se desarrolla generalmente; de una constitución anatómica especial, que si bien es cierto impone a ésta mayor gravedad cuando la virulencia del germen es muy grande, tiene también defensas importantes que en la mayoría de los casos detienen el avance de la infección localizándola.

Esto es de observación constante, las septicemias puerperales son de una gravedad inusita-

da, de una rapidez de evolución algunas veces sorprendentes pero son felizmente raras, la mayoría, la enorme mayoría de las veces, la infección queda localizada y evoluciona dentro de los términos normales en que evoluciona cualquier herida séptica.

Esto es debido indudablemente al útero mismo, que por su constitución puede defenderse, puesto que el organismo en general no está en mejores condiciones que aquel que no ha resistido la prueba del embarazo, todo lo contrario, está en déficit, y si no la gravedad de cualquier trastorno intercurrente.

La infección puerperal es casi siempre producida por un germen de los del grupo llamados sépticos y por lo tanto son los piógenos, la mayoría de las veces sus causantes.

De todos ellos el estreptococo en primera línea, con sus variedades y sus modalidades tan poco características que a veces es difícil identificarlo y ha hecho dudar sobre su especificidad.

El estafilococo lo sigue en frecuencia y gravedad; dominando ellos dos. casi podemos

decir en absoluto, puesto que los restantes: gonococo, neumococo, bacilo coli, anaerobios, etc., se observan puros muy rara vez.

Esta tendencia a la curación espontánea que evidentemente tiene la infección puerperal es una adquisición relativamente reciente y ha modificado los conceptos fundamentales del tratamiento, en tal forma que lo que eran dogmas hace 20 años han pasado hoy a ser prejuicio* y, como tales, se mantienen todavía en algunas escuelas que no tienen la suficiente energía para eliminarlos, ejemplo: el curataje.

La consecuencia inmediata de la mejor observación clínica que nos permitió darnos cuenta de esta tendencia a la localización, fue la eliminación de toda terapéutica activa, y si bien esto es una de las grandes conquistas modernas, no hay duda, que nos impide evitar en algunos casos la generalización, lo que se conseguiría tratando de ser precoces en el empleo de ciertas armas que si bien no son específicas, pueden, sin duda alguna evitarla, aumentando las defensas del organismo, por ejemplo: la proteínaoterapia o la inmunotransfusión.

También influye indudablemente la característica de los casos clínicos y nos hace muy exigentes en la apreciación de los éxitos que diariamente se publican atribuidos a uno u otro de los

métodos en boga; sólo las grandes cifras y el prolijo control bacteriológico, pueden hoy día influir en el espíritu del especialista, para, si no convencerlo, inclinarlo al análisis desapasionado.

Con qué escepticismo recibimos la enunciación de un nuevo medicamento que se lanza al comercio con la prueba de una corta serie de casos, mal observados y peor presentados.

Círculo vicioso; sabemos que la enorme mayoría curan a pesar de los tratamientos porque la infección permanece localizada y que las que no se localizan, no tienen todavía un tratamiento eficaz y si se salvan, lo que es muy raro, lo hacen porque el organismo ha sabido defenderse.

Círculo vicioso he dicho; porque si bien es cierto que no hay un tratamiento específico, hay elementos capaces de despertar en el organismo defensas inesperadas, ¿por qué mecanismo?; se ignora. Innumerables teorías. . nada más que teorías, pero el hecho real existe.

Círculo vicioso digo; porque esperando esa evolución feliz que es lo más frecuente, perdemos tiempo antes de iniciar los tratamientos mencionados y la lucha se entabla en condiciones desventajosas, cuando convencidos acudimos a ellos.

Si la bacteriología pudiera auxiliarnos y pudiéramos saber

cuándo la virulencia de un germen es grande o las defensas del organismo faltan en absoluto. no nos pasaría eso, pero nada a ese respecto se ha conseguido y todos los métodos han fracasado.

Wright, sin embargo, cree haber resuelto el segundo postulado y en eso fundamenta su inmuno transfusión que estudiamos *en* detalle.

El mecanismo, la manera de actuar, de estos medicamentos, directos, es por otra parte tan difícil de interpretar, está sujeto a tantas modalidades, depende tan exclusivamente del individuo, que sus éxitos o sus fracasos no nos convencen, no son demostrativos y si bien los aceptamos no estamos del todo satisfechos.

Si no fuera así, no nos explicaríamos la enorme variedad de métodos terapéuticos, medicamentos, etc., cuyos éxitos diariamente se publican.

La literatura sobre este capítulo es inmensa; el último trabajo de Koehler: "La terapéutica de la infección puerperal". nos trae una bibliografía que sin pretender ser completa recoge más de mil fichas.

Esto demuestra que ningún tratamiento deja satisfecho; si existiera uno que nos conformara, a otro capítulo dedicarían los estudiosos sus energías, considerando el problema resuelto, con todas las reticencias que son necesarias en medicina.

No; el problema no está aún resuelto, pero no por eso debemos negar la evidencia, hay casos en que la acción del medicamento o medio terapéutico es manifiesta e indubitable.

Nuestro escepticismo, hijo de la observación ya larga y en condiciones de poder apreciar, se ha defendido con todas sus energías y nos ha costado hacer una declaración como la anterior, pues son tan pocos los casos en que nos ha sido dado constatar un éxito que en el largo número pasan casi desapercibidos. En cambio, aquellos en que hemos visto que la reacción saludable no se presentaba y en que hemos palpado la inocuidad de ellos, son, en cambio, numerosos.

Y eso que la inteligencia humana se ha aguzado al máximo y al hacer la síntesis de lo que se ha hecho, parece que no quedara nada por hacer.

Se ha llegado a excesos tales, que al leerlos parece imposible que un cerebro consciente pueda pensar en la eficacia de lo recomendado.

Para justificar nuestro aserto nos referiremos sólo a dos de ellos: Gheorgiu recomienda sistemáticamente practicar el alumbramiento artificial para tener la seguridad de que en el útero no quedan restos, y Várela (Méjico), recomienda tres escobillonajes o raspados seguidos con intervalos de 24 horas, para asegu-

rar después, el fracaso del tratamiento local.

Convencidos en la actualidad, la mayor parte de los investigadores, de que es inútil pretender destruir los gérmenes, ni debilitarlos en su puerta de entrada, la terapéutica de la infección puerperal ha hecho—como dice **Sígart**—una conversión y se dedica toda ella a aumentar las defensas orgánicas para en esa forma destruir indirectamente la fuerza agresiva de las bacterias.

CAPÍTULO I

¿Cómo podemos actuar en presencia de una herida infectada?

Siguiendo a **Wright**, diremos:

1o.— Tratando de **eliminar** mecánicamente el foco séptico.

2o.:— Tratando de destruir ya sea "**in situ**", ya sea en la sangre, los gérmenes por medios químicos.

3o.— Utilizando las defensas

del organismo sin pretender aumentarlas.

4o.— Tratando de aumentar ya sea activa o pasivamente las defensas del organismo.

Siguiendo esta clasificación podemos recorrer todos los tratamientos recomendados para la infección puerperal.

Nos parece ésta, más lógica y más de acuerdo con nuestros conocimientos actuales.

Tratando de eliminar mecánicamente el foco séptico

a) Tratamiento quirúrgico local o reducido.

Curetaje.— Pretendiendo extirpar la superficie infectada o los restos placentarios o de caduca, focos primarios de la infección, lo que sería más lógico, nació la idea de raspar la cavidad uterina y este método gozó de gran prestigio durante muchos años.

Preconizado por maestros de la **talla** de Pinard, Doleris, Faure y Wallich, fue uno de los métodos de elección y asociado a los tópicos y a los lavajes intrauterinos, podríamos decir que dominó en la escuela francesa donde aún cuenta con adeptos, aunque ya con ciertas contraindicaciones que no existían en el comienzo.

La escuela alemana, siempre enemiga, ha hecho el proceso de esta pequeña intervención y ha demostrado con grandes estadísticas no sólo el error que representa pretender extirpar en esta **forma** el foco séptico, sino el peligro que significa— pues generalmente destruyendo la barrera leucocitaria de defensa, abre amplias vías de absorción., ya sean linfáticas o sanguíneas.

Los mismos argumentos se pueden aplicar a los procedimientos manuales o con instrumentos no vulnerantes (curetaje digital, escobillonaje, etc.).

b) Tratamiento quirúrgico ampliado.

Histerectomía.— Mucho más lógica y con más carácter científico puesto que tiene antecedente— en cirugía que le dan una posición destacada, sería el método de elección si pudiéramos fijar bien el momento en que debe practicarse y además si pudiéramos saber la virulencia de los gérmenes, o más bien dicho— conocer el resultado de la lucha

que se desarrolla entre el organismo y el agente invasor.

Dos problemas basta ahora insolubles y que no llevan miras de resolverse.

Mientras no lo sepamos, corremos el riesgo de ser, en caso de decidirnos, demasiado precoces; en caso de esperar llegar tarde. Y como se trata de un órgano como el útero, noble por excelencia y cuna de la especie, lo más común es no llegar a tiempo y al intervenir demasiado tarde, dar el golpe de gracia.

Sí bien es difícil indicarla en los casos agudos en que todos los criterios tanto clínicos como bacteriológicos fracasan, puede serlo en presencia de los casos crónicos con repuntes agudos coincidentes con las épocas menstruales en que la virulencia se exagera y en los casos de infección complicada de fibroma, mola, perforación uterina o hemorragia tardía en plena infección (Couvellaire).

Pueden utilizarse las dos vías vaginal o abdominal y sus preferencias aunque han sido ampliamente discutidas no dependen sino de la disciplina quirúrgica del operador.

La escuela francesa ha discutido en estos últimos años sus indicaciones y es muy interesante a este respecto, después de los trabajos de Cotte y Poetvin, presentados al Congreso de Ginecólogos y Parteros de lengua francesa (1921) y su discusión, la

controversia entre Faure y Brindeau en la clínica **Tarnier**; los dos hacen gala de erudición y dejan traslucir en sus argumentos, uno, la tendencia quirúrgica (el ginecólogo) y el otro la tendencia obstétrica, sin llegar a vencerse aunque reconociendo ambos las dificultades que se presentan para fijar su indicación.

Esto es el punto difícil y lo que hace que esta intervención que podía y debía ser **salvadora**, sea cada día más combatida y menos practicada.

Otras intervenciones dirigidas a aislar el foco de la circulación general o a drenarlo

Ligaduras de las venas.— Tiene antecedentes en cirugía en general. Fue Lee, quien realizó la primera ligadura venosa en un caso de herida infectada de la mano (1865).

Posteriormente Freund realizó la operación en un caso de piedad puerperal fundado en la **localización** de las lesiones **anatómo-patológicas** que había encontrado en algunas autopsias y que le demostraron la posibilidad de aislar el foco ligando las venas ováricas, Bum y Trendelenburg se ocupan de la técnica y demuestran la necesidad de ligar, para ser eficaces la hipogástrica, aconsejando el primero, llegar a ella por vía extraperitoneal y el segundo, previa lapa-

rotomía, es decir, transperitoneal.

No son difíciles estas técnicas y pueden realizarse sin grandes dificultades; pero la indicación, el momento oportuno para tener éxito y no quedarse corto o tener que ir a ligar la cava; aunque según algunos autores, **no** ofrece peligro, es lo difícil. Algunos, como Venus, recomiendan la intervención precoz; otros, como Doederlein y Meyer, no admiten la indicación sino en los casos crónicos.

El criterio que puede dar el examen de la sangre es aleatorio, pues no es posible saber cuándo el germen pasa transitoriamente (bacteriana) o permanece en ella (septicemia); operar en el primer caso puede ser innecesario y en el segundo, inútil. El cuadro clínico tampoco nos da un criterio exacto y sólo una observación detenida puede afirmarnos un diagnóstico dudoso. Si esperamos demasiado corremos el riesgo, aún cuando la infección no se haya generalizado, de que existan metástasis o que el trombus esté muy alto y no podamos aislarlo.

También es difícil poder estar seguro de que se trata de una endoflebitis pura; que, es el único caso en que la intervención está indicada, pues si hay periflebitis o los linfáticos están tomados, ésta es inútil.

La técnica transperitoneal es la que cuenta con más simpatías

y con ella la simple ligadura sin resección de vena.

Últimamente, Lutzko y Taylor recomendaron la vía vaginal, pero ésta sólo será posible en los casos en que se opere precozmente.

La escuela francesa recién en los últimos tiempos aceptó esta intervención y fue a raíz de la **discusión** del tema presentado por Morestín y Lejars en el decimocuarto Congreso de Cirugía. Jeannin publicó un extenso y detallado trabajo sobre el tema y hoy día son muchos los cirujanos que la practican (Faure, **Lequeux**, Chomé, etc.).

Laparotomía y drenaje.— De indicación absoluta en los casos de peritonitis generalizada, sólo podemos discutir la técnica más o menos simple, los lavajes de la cavidad con distintos antisépticos, la inyección de éter en plena cavidad y algunos otros.

Estos agregados dependen del criterio de cada uno y a nuestro juicio lo único importante es que la operación produzca el mínimum de choc dado el estado grave del enfermo.

En lo que respecta a la punción vaginal previa para afirmar el diagnóstico suele tener valor y **ser** necesario por excepción.

Los trabajos y las publicaciones al respecto son muy numerosos y de la comparación de sus conclusiones se saca en consecuencia que con la intervención

la mortalidad mejora en un 10 a un 20 por ciento.

Abertura y drenaje de los distintos focos y de la cavidad uterina.— Principio fundamental de la medicina sintetizado en la frase "ubi pus ubi ex vacuo" es en una regla la abertura y el drenaje de cualquier foco purulento situado en la región genital y fácilmente accesible, desde la simple parametritis supurada hasta el flemón del ligamento ancho. La primera utilizando la vía vaginal y el flemón con su incisión inguinal clásica.

Cuando por circunstancias especiales, lo que sucede pocas veces, el útero no drena, es necesario facilitar ese drenaje con la colocación de tubos de los que hay distintos modelos; éstos se deberán cambiar cada 24 horas y generalmente actúan en forma favorable porque modifican la mala posición de la matriz {anteflexión o retroflexión) que son frecuentemente la causa de la retención loquial.

Linfaticostomía.— De Lee publica algunas observaciones de casos en los que con el **fin** de drenar se ha abocado el canal torácico; en su terminación, a la pared.

Entre nosotros el doctor José Dutrey había propuesto este tratamiento y había iniciado experiencias que han sido publicadas.

(Continuará)