Sesión del 14 de mayo de 1921

DISCUSION DEL TEMA DEL DR. PROUBASTA

Comenzada en la sesión del 12 de marzo

EL DR. NUBIOLA

Al intervenir en este debate debo hacerme eco de la intervención que en él ha tenido el doctor Alvaro Esquerdo, que con tanta valentía y entusiasmo juvenil defendía apasionadamente la terapéutica quirúrgica en la infección puerperal. ¡Quién podía pensar, al oirle, que pocos días después debía dejar el mundo de los vivos! Permitidme, señores Académicos, que en este momento le dedique un piadoso recuerdo y exprese el desconsuelo que ha sentido nuestra corporación por la pérdida de tan activo e inteligente compañero, que Dios debe haber acogido en su seno.

Yo no puedo aceptar en modo alguno el criterio que ha sustentado el señor disertante, pues contradice mis convencimientos y no está acorde con los hechos que se ofrecen en la clínica, pero sobre todo adolece de ser sistemático. Yo he combatido en diversas ocasiones estas órdenes emanadas de algunos de los primates de la especialidad, que la generalidad acata servilmente, supeditando el juicio personal a la opinión de otros, siguiendo una corriente, una moda.

Era en el primer año de la Gran guerra, y un amigo, alejado por tal motivo de una de las más renombradas clínicas extranjeras, en la que había permanecido buena temporada, departía conmigo respecto de diversos puntos de la especialidad; y ¿respecto de las infecciones puerperales? Pues, muy sencillo es el tratamiento que he visto emplear: una vejiga de hielo en el hipogastrio, cornezuelo al interior y agua con vino para bebida. No pude menos que echarme a reir. Decir infección puerperal significa agrupar una serie de procesos que tienen el carácter común de las circunstancias en que ocurren, pero que difieren notablemente, y el médico debe puntualizar en cada caso los hechos que concurran para poder establecer la oportuna terapéutica, que nunca será igual para todas las pacientes

Así casos que llegan a ser graves de infección puerperal, aun mortales, dependiendo de una infección perineo-vulvar, y téngase la seguridad de que el lavado y sobre todo el desagüe fácil de la herida podrán evitar muchos inconvenientes y peligros.

Asimismo los traumatismos tan frecuentes en lo que fué orificio uterino, desgarros del cuello, son causa muy frecuente de complicaciones puerperales que al principio pueden parecer de poca significación patológica, pero más tarde la lesión se propaga a los órganos y tejidos yuxtauterinos determinando localizaciones anexiales de curso largo y enojoso y desagradables consecuencias; el lavado vaginal, así como el buen desagüe genital, pueden yugular el proceso y evitar su propagación.

Debo referirme de una manera especial a la endometritis puerperal, pues es la forma clínica más frecuente de las infecciones del puerperio. Téngase en cuenta que en la mayor parte de los casos existe retención mayor o menor de residuos ovulares, que siempre existe subinvolución del órgano, dejando la cavidad uterina de ser virtual, como ocurre en estado puerperal fisiológico y que el dedo que reconozca el interior del órgano puede moverse dentro del mismo como el badajo de una campana. En tales casos yo sostengo que sin traumatismos ni violencias debe el dedo retirar de la pared del útero los restos ovulares que allí existan y deben administrarse irrigaciones uterinas y en ciertos casos estimular tópicamente las defensas naturales, y en algunos establecer un desagüe del mismo. Limpio el útero, entonces será el momento de activar su reducción por la acción de los medicamentos de acción sobre la fibra lisa, especialmente del cornezuelo de centeno.

No es que yo acepte la irrigación uterina sistemática ni mucho menos; bastantes datos tiene el clínico para establecer la conveniencia de dicho tratamiento intrauterino, y también si éste, habiéndose repetido uno, dos o tres días, no demuestra su eficacia, no se deberá ser porfiado, pues la falta de resultados es la demostración palmaria de que el proceso infectivo ya no es asequible por la actuación que ejerzamos en la superficie uterina y deberá, por tanto, emplearse otra táctica. ¡Cuántas veces, como nos decía el doctor Esquerdo, el cuadro de una puérpera con fiebre alta y estado grave desaparece con una o dos irrigaciones de la cavidad uterina! Podrá objetarse que sin irrigaciones también se habrían curado, pero esto no es tan fácil de demostrar, y por otra parte en muchos casos en que se trató primero de una endometritis sobrevinieron después complicaciones anexiales y peritoneales de cuantía pudiendo causar la muerte de la paciente. En cuanto a los peligros de la irrigación intrauterina se han abultado mucho y dependen, en su mayor parte, de mala técnica del práctico, y si recargan a una práctica quirúrgica todas las faltas de procedimiento de quien la practique, no podrá autorizarse ni un cateterismo, ni una inyección hipodérmica.

Aparte de esto existen formas localizadas del tejido celular y del peritoneo pelviano, y aun musculares del psoas, por ejemplo, que pueden determinar y exigir la actuación quirúrgica para desaguar abscesos constituídos que llegan a amenazar la vida de la paciente.

En cuanto a las grandes intervenciones quirúrgicas como la histerectomía y otros actos abdominales, entiendo que no deben proscribirse, pues aun cuando sus indicaciones no son frecuentes en algunos casos pueden representar el único medio de luchar contra un proceso sumamente grave. Así puede darse el caso de un útero fibromatoso puerperal que por su septicidad amenace con una terminación fatal, por grave que sea la intervención, podrá ser la única esperanza posible. Del mismo modo yo puedo recordar un caso operado por el doctor Bonafonte, actual Catedrático de Ginecología, que en un caso de pioemia en el que todos los tratamientos resultaban inútiles, practicó la ligadura de la vena enferma por laparotomía, y ésta nos permitió convencernos de que la flebitis pélvica era la única lesión visible, pues no existía nada ni en útero, ni en anejos, ni en peritoneo. A pesar de haber tolerado muy bien la operación, murió días después la enferma y la autopsia demostró que la intervención se encontraba perfectamente indicada, y quizá adoleció de haber sido poco extensa.

Por lo dicho puede comprenderse que mi criterio está muy en oposición con las afirmaciones hechas por el doctor Proubasta, y considero que ante cada caso de infección puerperal debe averiguarse cuidadosamente la localización de la misma, si ello es posible, y reconociendo con la debida prudencia el aparato genital se puede combatir la lesión diagnosticada por las prácticas tocológicas de que quizá se ha abusado en alguna época, pero que no pueden en la actualidad proscribirse, pues que no contradicen en modo alguno las normas que actualmente rigen en la terapéutica general quirúrgica.

RECTIFICACION

DEL DOCTOR PROUBASTA

No era mi ánimo demostrar que todo tratamiento local en las infecciones puerperales era inútil y perjudicial. Quise hablar exclusivamente del tratamiento quirúrgico; pero ya que mis distinguidos compañeros han llevado la discusión sobre la conveniencia de los tratamientos locales, me veo obligado a seguir por tal camino.

Los tratamientos locales son inútiles por las razones siguientes:

Las enfermedades bacterianas que afectan a las puérperas, pueden ser debidas bien a bacterias saprofíticas o por bacterias parasitarias, virulentas.

Las bacterias parasitarias viven exclusivamente de tejidos muertos (en nuestro caso, trozos retenidos de membranas, placenta o coágulos sanguíneos) o de productos de secreción o exudaciones. Son incapaces de atacar las células vivas y, por tanto, no retrasan en nada la cicatrización de una úlcera puerperal, ni siquiera alteran la marcha de una sutura, sea ésta la de una operación cesárea.

La enfermedad por ellas producida ha tomado distintos nombres: sapremia, intoxicación pútrida, intoxicación traumática pura, fiebre de reabsorción, fiebre de retención, intoxicación puerperal bacteriana.

Los agentes provocadores son los de la putrefacción y algunos microbios que de ordinario son virulentos, pero que facultativamente pueden actuar como saprofitos, como el estrepto o el estáfilo, lo cual tiene una importancia extraordinaria en el examen citológico de los loquios, y quitándole todo valor para decidir la cuantía de una enfermedad puerperal bacteriana.

La falta de poder para atacar a los elementos vivos, hace que los efectos producidos por las bacterias saprofitas sean benignos. A pesar de su benignidad, son a veces de sintomatología muy aparatosa, pues pueden penetrar por el torrente sanguíneo, extenderse por las trompas y aun por el peritoneo, determinando salpingitis y aun peritonitis localizadas. La penetración de las bacterias saprofíticas en la sangre determina fuertes elevaciones de temperatura; pero rápidamente son destruídas.

Entre la 1.ª y 2.ª semana desaparecen espontáneamente todas las alteraciones que provocan las bacterias saprofíticas, y son esta clase de infecciones las que antes creíamos curar mediante las inyecciones intrauterinas.

Las otras alteraciones producidas por bacterias son las verdaderas infecciones puerperales, y son producidas por bacterias virulentas: estrepto, estafilo y coli, y a ellas debemos agregar el gonococo. En estas infecciones el tratamiento local es inútil, pues el microorganismo patógeno, a la media hora, ha penetrado dentro del tejido vivo lo suficiente para que los agentes antisépticos no los ataquen.