

ALGUNOS DATOS PERSONALES SOBRE VACUNOTERAPIA Y PENICILINOTERAPIA LOCALES EN EL TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES UTEROANEXIALES *

Por el Dr. ANTONIO CORNILLON,
• académico de número.

Hace unos veinte años, aproximadamente, al azar de mis lecturas, me enteré de las teorías de Besredka, que afirman la mayor eficacia de la vacunoterapia, cuando ésta utiliza las mismas vías de penetración en el organismo, que las que siguieron los gérmenes productores de la infección que se trata de curar.

En aplicación de estas teorías se recomendó, entonces, el uso de las vacunas ingeridas por vía bucal, en el tratamiento de las infecciones radicadas en el intestino o de las infecciones generales de origen intestinal; como por ejemplo la bilivacuna y el tiforal, en el tratamiento y la profilaxis de la fiebre tifoidea; y como todas las vacunas anticolibacilares ingeridas en el tratamiento de las infecciones intestinales, o de las que hayan tenido su punto de partida en este órgano.

En esta misma época, me tocó atender a una enferma de 34 años de edad, con salpingitis bilateral; con fiebre alta; con empastamiento doloroso de todo el bajo vientre; con facies demacrada y mal estado general. Esta enferma estaba renuente a someterse a cualquier intervención quirúrgica, en vista de los peligros graves que ésta representaba y del pronóstico sombrío que sobre su caso habían emitido varios cirujanos. Decidí, entonces, aplazar la intervención, y emplear un tratamiento temporizador: reposo completo, aplicaciones de hielo, inyecciones tónicas y calmantes, dieta, etc.; completado por inyecciones de una vacuna polivalente contra

* Trabajo de turno reglamentario, leído en la sesión del 29 de octubre de 1947.

la metritis y sus complicaciones anexas. Apliqué esta vacuna, a la vez en inyecciones intramusculares y en inyecciones locales en los fondos de saco vaginales, alternando cada día las dos categorías de inyecciones, y aumentando paulatinamente las dosis.

Al cabo de una semana, la mejoría fué muy marcada; la fiebre cedió; el empastamiento del bajo vientre disminuyó; el dolor casi desapareció; volvió el apetito y mejoró el estado general. Después de tres semanas, la enferma empezó a levantarse y la desaparición del empastamiento permitió apreciar, fácilmente, la disminución rápida del volumen de la matriz y de sus anexos.

Las inyecciones locales de la misma polivacuna fueron continuadas durante dos meses más, y dos veces por semana; completadas por aplicaciones de tópicos vaginales antisépticos y resolutivos, y por aplicaciones de diatermia, mientras la enferma había vuelto a sus ocupaciones habituales de costura en máquina y de sus quehaceres domésticos.

Al cabo de tres meses de tratamiento, la matriz y sus anexos habían vuelto a un volumen, una consistencia y una movilidad casi normales y la palpación no despertaba dolor alguno. La enferma, dada de alta, volvió, durante el año siguiente, varias veces a la consulta, sin presentar síntoma alguno de recaída.

Alentado por estos resultados halagadores, seguí aplicando, desde entonces, este tratamiento a todos los casos similares que se me presentaron y siempre con buenos resultados.

Debo advertir, sin embargo, que en algunos casos, la regresión de la inflamación de los órganos pélvicos no fué absolutamente completa, y que en estos casos una intervención quirúrgica (como ablación de una trompa o de un anexo, liberación de algunas adherencias, etc.), fué necesaria para completar el tratamiento y devolver a la enferma su aptitud al trabajo, con supresión de los dolores y de las molestias que son las secuelas habituales de estas infecciones.

A este respecto, he notado una diferencia notable entre los tumores quísticos por infección de las trompas, que se reducen más completamente y más rápidamente, y los derrames peritoneales del fondo de saco de Douglas, que casi siempre necesitan, temprano, una colpotomía posterior para canalizar el contenido de la colección purulenta.

De todas maneras, en todos los casos en que una intervención fué necesaria, ésta, después de la vacunoterapia local, fué mucho más con-

servadora que si se hubiera verificado en pleno período agudo de la infección.

En efecto, operando en el período agudo de la enfermedad, no es muy excepcional que una colección purulenta tubaria, a su máximo de septicidad y con su contenido bajo fuerte presión, se rompa en el curso de las maniobras para liberar las adherencias y aislar el tumor, y que a pesar de todas las precauciones tomadas para proteger la gran cavidad peritoneal, complicaciones sépticas graves sean la consecuencia de este accidente operatorio.

Estimo, pues, que la pérdida de tiempo ocasionada por el tratamiento de la vacunoterapia local sistemática, está ampliamente compensada:

1º Por el importante porcentaje de curaciones completas obtenidas sin operación:

2º En los casos en que la operación se hace indispensable, por la disminución del riesgo del acto operatorio a causa de la supresión casi completa de la septicidad de las colecciones purulentas que hay que reseca o evacuar;

3º Por la posibilidad de hacer, después de un tratamiento de vacunoterapia local, una operación menos mutilante; cuando parte de los órganos afectados han vuelto a un estado normal y son susceptibles de ser conservados. Esta última ventaja es de trascendental importancia tratándose de mujeres jóvenes, en que la castración provoca una menopausia anticipada de muy penosas consecuencias.

En los dos últimos años, desde la generalización del uso de la penicilina, debida a la disminución del precio de esta droga que la puso al alcance de todas las clases sociales, el tratamiento por penicilina ha disminuído en alto grado la gravedad de la mayoría de las infecciones, y permitido curaciones más frecuentes y más rápidas en casos que solían antes ser considerados como fatales.

Las infecciones úteroanexiales de que me estoy ocupando en este trabajo han sido también beneficiadas por este tratamiento por la penicilina.

He podido comprobar, sin embargo, que tratándose de penicilino-terapia como de vacunoterapia, en las infecciones pélvicas de origen geni-

tal, las teorías de Besredka se encuentran igualmente comprobadas, y que el lugar más eficaz para introducir la penicilina en el organismo, es también el lugar de penetración de los gérmenes infectantes.

En varias de estas enfermas, he asociado las inyecciones diarias de 30,000 unidades de penicilina en los fondos de saco vaginales, al tratamiento habitual por inyecciones intramusculares de 30,000 a 40,000 unidades cada 3 horas, o por inyecciones cada 12 horas de 200,000 ó 300,000 unidades en solución oleosa. Los resultados obtenidos han sido excelentes y, con un tratamiento consecutivo de vacunación local y general, varias de estas enfermas han podido evitar una operación mutilante.

En estos últimos días, he atendido una enferma que presentaba una colección purulenta voluminosa en el fondo de saco de Douglas; con síntomas locales y generales alarmantes. Sometida durante cinco días a un tratamiento local en los fondos de saco vaginales, y general, por inyecciones intramusculares de penicilina y de polivacuna; la colección fué en seguida canalizada por colpotomía posterior, dando salida a un litro de líquido purulento. Tres días después, la enferma se levantó, y a los ocho días de la operación pudo hacer, sin molestias, el viaje en automóvil hasta la costa de Veracruz, donde tiene su residencia.

CONCLUSIONES.

En los casos de infecciones pélvicas de origen genital he llegado a la conclusión de que, en la mayoría de los casos, se obtienen los mejores resultados si se siguen las reglas generales siguientes:

1ª En el período agudo, además del tratamiento clásico de reposo, hielo, dieta y la medicación sintomática, emplear las inyecciones de penicilina por vía intramuscular, asociadas con las inyecciones en los fondos de saco vaginales.

2ª Al terminar el tratamiento de penicilina, seguir con el tratamiento general y local de vacunación por medio de autovacuna o de stock-vacuna.

3ª Intervenir quirúrgicamente lo menos posible durante el período agudo. Esperar a que la calentura haya bajado, que la inflamación haya retrocedido hasta donde sea posible, con el fin de reducir al mínimo la gravedad del acto operatorio, y hacer la operación menos mutilante.

4ª En mujeres jóvenes, cuando la situación económica de la paciente le permite un tratamiento y un reposo prolongados, aplazar la operación mientras se siga obteniendo mejoría por el tratamiento arriba indicado. En un porcentaje interesante de casos, se tendrá la grata sorpresa de ver a la enferma aliviarse sin operación mutilante o con sólo una operación sencilla, benigna y conservadora.