

TRACTAMENT DE LES SEPTICÈMIES PUERPERALS

pel Dr. B. GUILERA

Difícilment trobaríem, al meu entendre, dintre la Medecina de nostres dies qüestió més complexa que aquesta, subjecta a debat.

Quàn podrem certificar de septicèmica una infecció puerperal? No crec ociosa aquesta pregunta tenint, com tinc, per segur que moltes vegades èxits brillants atribuïts a medicacions diverses no han sigut referents a veritables septicèmies amb bacterihèmia sinó a toxihèmies més o menys intenses.

És ben cert que a mida que la bacteriologia aplicada a la clínica ha perfeccionat els seus medis de cultiu i tècnica bacterioscòpica, han passat a ésser considerades com a bacterihèmies toxihèmies diverses, emprò no tenim dret a borrar de la nosologia la toxihèmia pura.

Tampoc avui podem oposar la piohèmia a la septicèmia com en temps de Piorry sinó que devem considerar la primera com una modalitat de la segona, doncs en realitat no és altra cosa que una septicèmia amb focus metastàsics, no existint entre ambdúes diferència de naturalesa sinó de grau o modo d'infecció.

Mes com en el terror de la clínica, únic en que'l metge pràctic pot moure's molt sovint sense disposar de la valiosa i imprescindible ajuda del laboratori, seria freqüentment impossible fixar una veritable diferenciació entre toxihèmia pura, septicèmia propiament dita o bacterihèmia i sèptic-piohèmia o piohèmia o, millor dit, bacterihèmia amb abscessos metastàsics, al tractar en nostra ponència de la terapèutica de les dites septicèmies puerperals ho farem seguint un criteri purament clínic.

Considerarem com a septicèmies les formes greus de infec-

ció puerperal quin quadre sindròmic d'alta volada testifiquen la freqüència de pols exagerada, la febre generalment alta i irregular, esgarrifances, trastorns del sistema nerviós (llengua seca, set, desgana, meteorisme, diarrea, etc.), epistaxis, disnea tòxica, canvi de la fisomia en llur expressió i color, alteracions renals, etc., conjunt sindròmic inexpressiu en llurs detalls, mes altament afirmatiu en son conjunt per al clínic convençut de que davant del malalt és precis apendre a diagnosticar «la fruita abans de que's vegi, per la seva olor...», com en delitosa conversa havia, moltes voltes, repetit el mestre Dr. Pere Esquerdo en la seva visita de l'Hospital de Sta. Creu.

Sempre doncs que del balanç dels símptomes poguem deduir la versemblança d'una generalització, siga primitiva o secundària, a una forma d'infecció localitzada convé sense perdre temps complir les següents indicacions aplicables a tots els casos de septicèmia:

1.^{er} Plantejar el tractament general propi d'aquestes, sense abandonar ni oblidar el local pertinent en cada cas i modalitat, i

2.^{on} Procurar fixar la naturalesa de la infecció, o siga el gèrmèn o gèrmens causants de la mateixa, i la porta d'entrada.

Sols la bacteriologia pot resoldre aquesta urgent necessitat clínica: la hemocultura i exàmen de les secrecions loquials per *frottis* i cultiu, són avui d'absoluta precisió per a confirmar el diagnòstic de bacterièmia, agent causal i possibilitat o no d'un tractament específic.

IMPORTÀNCIA DE L'EXÀMEN BACTERIOLÒGIC I CITOLÒGIC DE LA SANG, EN EL TRACTAMENT DE LES SEPTICÈMIES PUERPERALS

La inseguretat del diagnòstic clínic en els primers moments o dies d'iniciada una forma generalitzada d'infecció, la resol sovint la hemocultura; en prop de la mitat dels casos segons treballs d'aquests últims anys; per altra banda, ella ha permès consolidar el criteri que ja la observació clínica i exàmen bacteriològic dels loquis havien establert, això és, el polimorfisme de les septicèmies, la seva no especificitat.

L'estreptococ piògen, considerat un temps com únic agent causal, ha sigut destronat de son absolut reialme i comparteix amb altres espècies bacterianes el domini de la patologia puerperal.

El paper importantíssim dels anaerobis des dels treballs de Krönig i Menge i Halle i Veillon ha anat afirmant-se fins adquirir son actual relleu.

L'estafilococ, el coli-bacil, el gonococ, el neumococ, etcètera, han sortit de l'injustificat oblit que en els primers temps els tinguéren com a factors de bacterihèmia i les associacions de aerobis i anaerobis, les infeccions dites mixtes, gracies a la hemocultura, han sigut plenament confirmades.

Les modificacions que respecte al nombre de gèrmens, llur augment, aparició o desaparició de la sang, han ocorregut en virtut o davant de un determinat tractament, han sigut anotades i estudiada la *virulència* del gèrmen en el decurs del procés morbós: aixís mateix hem vist confirmat el criteri clínic de la menor greuetat de la bacterihèmia post-abortio comparada amb la post-partum.

Dit aixó, convé fixar-nos en la necessitat de no volguer caure en la exageració d'alguns, qui volen regular les normes terapèutiques segons la interpretació que ells ens donen dels resultats obtinguts en el laboratori, no sempre admesos sense reparos o negats per altres observadors.

Sabem positivament que casos d'hemocultura negativa han acabat amb mort de la partera i coneixem també les formes dites de septicèmia bacteriològica sense símptomes clínics ostensibles; la bacterihèmia, doncs, no sempre caracteritza la septicèmia.

Schotsmüller arriba a formular la següent afirmació: no existeix infecció local que no s'acompanyi de bacterihèmia encara que mínima en general.

La multiplicació dels gèrmens dins la sang que, segons alguns autors, seria el que caracteritzaria la septicèmia, no és pas admesa per altres que *in vivo* la neguen: tals, Bondy (Breslau), Pönler (Dresde), Schotsmüller, etc.

Respecte a l'exàmen citològic i indexopsònic, llur importància com indicació del dany existent, llur intensitat, valua diagnòstica, pronòstica i modificacions determinades per un determinat pla curatiu, és innegable, malgrat estem encara sols al començ de la resolució dels intrincats problemes biològics que es plantegen.

La fórmula leucocitària, la comprovació o ausencia de la hiperleucocitosis, la hipoglobulia ràpida i progresiva de les formes greus, són dades ben apreciables per a orientar-nos en la greu lluita establerta.

Per aquests estudis sabem que la hipoglobulia progressiva és un mal signe de pronòstic, la falta de hipèrleucocitosis així com la disminució o desaparició dels eosinòfils són expressió de escasses forces defensives.

No són constants els resultats obtinguts pels distints observadors emprò els fets recollits són ja prou per a, junt amb una acurada observació clínica, servir-nos per a controlar l'acció terapèutica d'una dada medicació.

En resúm, les dades adquirides per aquests treballs de laboratori són molt dignes de tenir-se en compte, i encara que estem molt lluny de poguer fonamentar exclusivament sobre elles el pronòstic i tractament de les septicèmies, convé persistir per aquest camí ja que sembla pot conduir-nos a donar base científica a la terapèutica quina millor guia segueix, essent encara la observació clínica ben conduïda.

PLÁ DE TREBALL

Distingirem dos parts: 1.^a el tractament profilàctic i 2.^a el dit curatiu; subdividint aquest en tres grups: a) el de les formes agudes, primitives, sense aparent localització prèvia. b) el de les secundàries a una localització ben determinada i c) el de les formes piohèmiques.

Mes abans de començar, em sembla interessant per a cotejar les idees d'abans amb les actuals i medir amb una ullada el camí recorregut, donar un breu resúm de l'infantament de la profilàxia obstètrica.

La història de les epidèmies de febre puerperal havia començat al mateix temps que's fundà el primer Institut de Maternitat a l'Hôtel Dieu, de París al segle XVII, i si ja allavors els cirurgians es preocupaven de protegir els seus malalts contra les complicacions sèptiques de les ferides, els tocòlegs restaven desorientats i esmaperduts. Els coetanis d'Ambros Paré i successors, ens parlen sí de febre puerperal, mes rès ens diuen respecte a llur prevenció.

Al 1666 Portal ens conta que feu un rentat amb un decuit de fonoll per a combatre la pudor dels loquis, Mauriceau i Peu ens diuen solzament que la supressió dels loquis i llur retenció originen funestes conseqüències, Cosme Viardel, més actiu, fa tres vegades al dia una injecció amb un decuit d'una munió de plantes: malva, parietaria, malví, camamilla i d'altres, hi ba-

reja aloes, mel rosada i una petita quantitat de bon esperit de ví.

En realitat la veritable terapèutica preventiva començà quan el geni de Semmelweis a mitjans del passat segle, valentment afirmà i demostrà que «la substància orgànic-animal descomposta que absorbida produeix la febre puerperal ve, en la major part dels casos portada a la dona des de fòra. Llavors hi ha infecció d'origen extern. Aquests són els casos que representen les epidèmies de febre puerperal evitables. En rares circumstàncies la substància orgànic-animal descomposta que absorbida produeix la febre puerperal es forma en l'organisme atacat. Aquests són els casos d'auto-infecció i no tots poden ésser evitats.»

Desgraciadament feren el buit a l'ardit innovador els més influents tocòlegs de la època i quedaren novament triomfantes les velles i capcioses doctrines entre els tocòlegs del Continent. Sols Simpson, de Edimburg, persistí en la nova i feconda via i al 1851 deia: «cada dia em convenço més de que els cirurgians com els tocòlegs són a voltes perillosos intermediaris per als seus malalts: per la inoculació d'una matèria morbosa produeixen la febre quirúrgica, així com els tocòlegs pels mateixos procediments ocasionen la febre puerperal. El contagi no's fa directament, sinó indirectament, per una tercera persona que en general és el metje o la llevadora.»

Precisant lo abans escrit per Semmelweis afirma «que'l virus inoculable era una *secreció inflammatòria* semblant a la matèria inoculable del cow-pow o de la sífilis»; entre els tocòlegs anglesos trobà bon ressò la idea del contagi i l'estreta connexió etiològica entre l'erisipela i la febre puerperal, fou admesa per gran part d'ells.

La conveniència d'estudiar el mecanisme del contagi la remarcava el gran tocòleg anglès, i feu notar «que en una malaltia com aquesta, són els *medis profilàctics* aquells dels que cal esperar l'*èxit més que dels medis curatius*».

S'apropa el triomf amb la valenta defensa que de la doctrina el contagi, féren en la memorable discussió de l'Acadèmia de Medecina de París al 1858, Danyan i Trousseau, i amb les investigacions clíniques de Tarnier, mes és precís arribar al descobriment de Pasteur al Març de 1879 per a conseguir la prova plena del *contagi viu*: l'immortal bacteriòleg descubreix en els loquis i sang de parterès infectades, l'estreptococ. Des d'aquell

dia memorable la profilàxis i tractament de la sepsis puerperal s'aixequen sobre sòlids fonaments.

TRACTAMENT PREVENTIU DE LES SEPTICÈMIES PUERPERALS

Les investigacions bacteriològiques d'aquests últims 25 anys confirmen plenament lo que la observació clínica venia d'antic demostrant, això és, que l'origen de la septicèmia no és autògen quasi mai, sino quasi constantment heterogeni, la primera i més fonamental regla profilàctica consistirà doncs, en *no infectar* a la dona embarassada o partera. Els mateixos principis que informen la terapèutica preventiva de les septicèmies quirúrgiques, en general han de regir nostra conducta en nostre cas: les septicèmies puerperals no són més que una modalitat d'aquelles amb la condició precisa de radicar llur porta d'entrada en la vulva, vagina, o *uterus*, els casos raríssims de septicèmia per via hematògena, consecutiva a una angina, a una infecció urinària, a un foruncle o els ocorreguts després d'una ruptura de col·lecció supurada anexial, no són propiament septicèmies puerperals.

En quant fa referència doncs, a profilàxis de la hetero-infecció, cap grossa diferència existeix entre la conducta seguida per els cirurgians i els tocòlegs moderns. Sobraria aquí insistir en aquest punt, si ens limitessim a recordar les tècniques aconsellades per a conseguir la asèpsia de les mans i instrumental, del material de cura, robes del llit, bruses, sales de part o cuarto de parir, aigua per a rentats; en una paraula, de tot quant rodeja a la partera o estiga en contacte amb ella. Si no volguessim amb insistència cridar l'atenció sobre fets i conductes lamentables aquells i molt censurables aquèstes, que cada dia observem i perduren injustificadament any darrera any en obstetricia constituïnt respecte a la progressiva evolució de la cirurgia un veritable retrocés.

És avui pràctica generalment seguida aquí i a tot arreu del mon, que el cirurgià operi amb guants de goma i habillat de brusa esterilitzada, convençut de que la asèpsia de les mans no és possible obtenir-la per cap altre medi, i d'altre part, sabem que les mans són l'*instrument* més perillós com a vehícol de contagi, i jo pregunto: quants metjes i quantes llevadores al ésser cridats per a assistir a un part o practicar una intervenció petita o grossa, adoptem aquesta excel·lent mida de protecció?

Quin de nosaltres cubreix llurs robes amb brusa esterilitzada o al menys sortida recentment de la bugada en dites ocasions o per a visitar a una partera?

Per ventura no és el part altra cosa que una auto-intervenció, que una operació que l'organisme de la dona es practica a si mateix?

Per què el meticolós cuidado de que ens rodejem davant d'una intervenció quirúrgica, ha d'ésser oblidat devant de l'auto-intervenció quina sublim finalitat és portar al mon un nou ésser? No estan doncs en joc dos vides? Tenim certessa mai de que el nostre paper serà purament passiu? La indiferència, la poca importància amb que gran nombre de famílies veu acostar-se l'hora de l'infantament, té certa disculpa en la ignocència dels perills que el rodejen més en la llevadora i metge no en té cap.

No oblidem que desgraciadament avui encara com en els temps de Semmelweis i Simpson és la profilàxis nostra més moderna arma per a fer desaparèixer de la patologia obstètrica el negre capítol de la septicèmia, per aitals raons jo voldria portar al convenciment de tots, que la assistència al part tal com avui es practica en la clientela privada, amb pocas excepcions, és defectuosa, no està amb harmonia a les exigències de la tècnica quirúrgica actual i constitueix el principal factor de les septicèmies puerperals.

S'ha dit (Mañueco - Sociedad Ginecológica Española - 1912) que cada any morien a Espanya per infecció puerperal 2,840 dones i en canvi Alemanya amb més de 60 mil·lions d'habitants que contava abans la guerra, en perdia sols 3,478, no sé pas a quin punt poden mereixe'ns confiança aquestes xifres, mes si fossin certes demostrarien que no estem els metges i llevadores exents de culpa. Respecte a Espanya no tinc altres notes de mortalitat, en canvi, respecte a Alemanya, les xifres que dona Weindler són molt més altes: de 7,000 a 8,000 dones morien per infecció puerperal en la clientela privada durant l'any, mortalitat que contrasta fortament amb les brillants estadístiques de les maternitats d'aquell país i món enter.

Notis el canvi radical que en menys de 70 anys han experimentat; llavors Semmelweis, deia: la dona que pareix al carrer sense assistència de ningú, no morirà d'infecció puerperal, en canvi son ingrés a la Maternitat li farà correr greu perill; avui podem dir que la dona assistida a una clínica ben organitzada, té moltes més garanties de salut que a casa seva.

Lo que acabem d'exposar ens porta lògicament a proclamar:

1.^{er} És necessari una reforma radical en la ensenyança de les llevadores aixecant son nivell intel·lectual i cultura mèdica de conformitat a l'estat actual de la obtetricia.

2.^{on} És necessari que'ls metges prediquem amb l'exemple revestint de la deguda solemnitat, podriem dir, nostre assistència al part, i

3.^{er} Seria fer bona obra preventiva instruir a la dona pròxima a ésser mare, dels perills que la volten si la existència al part és defectuosa o dolenta i de les completes garanties que li ofereix una assistència correcta.

Després de lo dit breument referent al tractament preventiu de la septicèmia per hetero-infecció, convé'ns preguntar, si existeix la infecció generalitzada ocasionada per gèrmens autògens, es a dir, per micro-organismes preexistents en els òrgans genitals de l'embarassada sana o partera normal.

Aquesta qüestió de l'origen autògen de certes infeccions puerperals, ha sigut el cavall de batalla durant molts anys amb diverses oscil·lacions en prò o en contra. Recordem que ja abans dels treballs de Pasteur i Koch, era admesa la possibilitat de l'auto-infecció per Semmelweis que netament establí que en un limitat nombre de casos, en rares circumstàncies, deia ell, la substància orgànica-animal descomposta capaç de produir la febre puerperal s'origina en l'organisme atacat. Aquests eren els casos que anomenava d'auto-infecció i no tots podien ésser evitats.

Avui després de les moltes i sovint contradictòries opinions, fonamentades totes elles en estudis bacteriològics i clínics, podem continuar afirmant la possibilitat encara que com a cosa rara i excepcional de l'auto-infecció verdadera o espontània i de la ja menys excepcional varietat d'aquesta; la dita *auto-infecció artificial* per transport, siga per la mà o instruments asèptics en sí dels gèrmens de les vies genitals inferiors a la part alta o *zona pura* del canal genital.

Entenem no deuen considerar-se com casos d'auto-infecció els originats per el transport, siga per la mateixa dona o per altre persona des de la pell als genitals i menys encara estendre el concepte als produïts per gèrmens *exògens* transportats per

material sèptic (robes, teles, cànules, etc.) a les vies genitals per la propia partera, així tampoc els casos de infecció hematògena amb porta d'entrada extragenital (angina, antrax, erisipela, etc.) o consecutives a difusió de focus sèptics preexistents al veïnatge de l'aparell genital o en annexes (ovaritis i salpingitis supurades).

Amb tot i les limitacions que acabem de fer, el fet de trobar-se durant l'embaràs i puerperi amb freqüència i nombre molt distint en varietat segons els diversos observadors i amb el mateix segons la tècnica seguida, gèrmens de virulència més o menys atenuada però no extingida fins el punt de que amb circumstàncies favorables no puguin readquirir-la i augmentar-la fà que en principi es degui, al meu entendre, admetre com a cosa possible la infecció autògena. És veritat que està ben demostrada la força bactericida del tap mucós del coll uterí, limit i barrera de la zona *impura*, de la vagina amb llurs secrecions, com evidenciaren Wastard i Döderlein; no ho es menys que els experiments atrevits de Krönig demostraren sa suficiència davant gèrmens habituals causants de infeccions puerperals més el nombre de experiments no és prou nombrós per a indicar sempre passin les coses de la mateixa manera i el temps necessari a n'aquesta auto-esterilització siga sols de dos dies com a màxim.

Per altra banda el ben definit paper patògen que els anaerobis tenen ja avui dia, autoritza a creure que els saprofits anaerobis trobats pel mateix Krönig en la vagina de parteres normals, puguin, en circumstàncies favorables de terreny i medi, originar una infecció, localitzada quasi sempre, més no impossible de constituir una verdadara septicèmia amb hemocultura positiva.

Segons Schotmüller i Hussy, totes les infeccions autògenes espontànies estarien compreses en el grup de les infeccions anaerobies.

Finalment, íntimament relacionat amb aquesta escabrosa qüestió de l'auto-infecció, està el problema de la gonocèmia: de tots és sapiguda la freqüència del contagi gonocòcic, especialment en els centres populosos, la rebeldia de sa curació, la persistència veritablement desesperant del gonococ en els fons de sac glandulars del coll uterí i folicols peri-uretrals pot niuar i conservar ses propietats patògenes llarguíssim temps: els traumatismes puerperals i les especials condicions de terreny en aquest

estat podrà oferir ocasió per a una agudització i sembla que podrà donar origen a una especial modalitat de la infecció puerperal quasi sempre localitzada, mes quina possibilitat de generalització constituïnt una veritable septicèmia gonocòcica, reconeixent sa extrema raresa, no podem negar.

Com resúm de lo que acabem d'exposar, diré, que al meu judici, procedeix admetre, fent constar no obstant sa escassa freqüència, la possibilitat de la infecció autògena i de la gonocèmia.

Per a el tractament profilàctic de les septicèmies d'aquest origen, quin pla seguir?

És necessària la desinfecció profilàctica de les vies genitals?

Teòricament no tindria dubte la resposta, mes el problema no és tan fàcil de resoldre com a primera vista sembla.

La infecció obstètrica no és més, com havem dit abans, que una modalitat de la infecció quirúrgica i tot operador es preocupa a més de la seva asèpsia personal, instrumental, objectes de cura, local, medi ambient, etc., de la purgació del camp operatori. Per què, doncs, es dirà, dubtar ni un moment en seguir idèntica conducta en la especial auto-intervenció que anomenem part?

I no obstant, no sols dubten, sinó que practiquen en aquest concret cas distinta conducta molts i molts meritíssims tocòlegs de tots els països.

Tenen per abonar-la varies raons:

1.^a En la embarassada o partera normal no creuen possible o veritablement excepcional la infecció d'origen autògen.

2.^a Les condicions anatomo-fisiològiques del camp operatori a desinfectar, són distintes de les de la pell i no és possible realitzar en la vagina i coll uterí lo mateix que podem fer i fem sobre la pell.

3.^a La vagina i coll uterí amb la integritat de son epiteli i secreccions, així les un dia admeses per Döderlein com a anormals, tenen en la embarassada normal un poder bactericida reconegut suficient sempre, segons alguns, o quasi sempre, cosa que no succeeix amb la pell.

4.^a La antisèpsia vaginal és de tècnica menys senzilla i fàcil que la de la pell, i no essent possible practicar-la personalment el tocòleg o baix la seva vigilància per persona competent més que en limitat nombre de casos, la seva aplicació esdevé en la pràctica més perillosa que aventatjosa; i

5.^a La clínica ensenya que sense lavatges vaginals, amb l'asèpsia rigurosa del tocòleg, desinfecció dels genitals externs

i correcta assistència al part, s'obtenen tan bons resultats com els millors obtinguts en clíniques ben organitzades on es practica l'antisèpsia vaginal profilàctica.

Al meu personal entendre, un criteri abstencionista condicionat és el millor camí; aixís, sols creiem utilíssima l'antisèpsia vaginal en el cas d'infecció gonocòcica clínica o microscòpicament demostrada en els de papilomes de la vagina i càncer del coll uterí, és a dir, en casos netament patològics o que poden considerar-se tals, per exemple: quan s'han practicat reconeixements sense precaucions suficients o el coït dintre dels 2 ó 3 últims dies. No creiem possible obtenir una asèpsia de la regió, clar està, més sí una asèpsia relativa pràcticament suficient i una preparació del terreny més hostil a la flora microbiana.

Moltíssima més transcendència que l'antisèpsia de la vagina en la profilaxis de la septicèmia, té una curosa assistència al part, asèpsia del tocòleg, pocs tactes i asèpticament practicats.

SERUMTERÀPIA I VACUNOTERÀPIA PREVENTIVES I CURATIVES

L'ideal de fer refractari l'organisme durant la septicèmia d'origen quirúrgic i obstètric, és recent, i, malgrat els esforços realitzats, està molt lluny encara d'ésser assolit.

Respecte a la serumteràpia preventiva, sols he usat el sèrum antiestreptocòcic de l'Institut Pasteur, a la dosi de 20 i 40 c. c. repetida a les 12 ó 24 hores per via subcutània en casos en que era molt probable esdevingués una infecció, i com resúm del modo de pensar, dic que estic completament convençut de la seva inoqüitat en el regular nombre de casos en que havem seguit aquesta conducta, en la Maternitat mai s'han presentat complicacions sèptiques greus, mes d'aquest últim fet em guardaré de deduir-ne la seva eficàcia, algunes autoritats com Pinard recomanant insistentment el seu us, mes el criteri actual dominant és el de que els resultats no són concluents.

Respecte al valor curatiu de la serumteràpia en la septicèmia puerperal, és encara més dubtosa la seva eficàcia.

Els moderns sèrums polivalents Aronshon, Tavel, etc., usats molt freqüentment a Alemanya, en la septicèmia estreptocòcica no han donat resultats concluents; excèptics es manifesten també la majoria d'autors anglesos i francesos i entre nosaltres també domina igual desconfiança; vegis si no lo consignat pels

doctors Nubiola i Umbert en les «Converses Mèdiques» de l'any 1917.

Això no obstant, en els casos en que tinguem seguretat o forta presumpció de que's tracta d'una estreptococèmia, opino, convé sense perdre temps assajar aquests recursos acudint als sèrums polivalents de preferència tipu Höchs o Leclainche o Wellcome o Pasteur.

Sols tinc experiència dels de Pasteur i Wellcome i encara que mai he notat una acció brillant com a complement del tractament, seguiré recomanant el seu us.

En quant als sèrums anti-estafilocòcics i anti-coli bacilars aplicats en nostre cas, no s'hi ha concedit cap valor pràctic, i jo, per ma part, no he pogut formar criteri amb observacions propies.

Pinard, partidari d'aprofitar sempre la serumteràpia dita curativa en les infeccions puerperals, dóna el sèrum antiestrep-tocòcic Pasteur, a la dosi de 80 c. c. al dia en dos injeccions, una al matí i altra a la tarda, repetides durant tres dies i si la milloria és poca o nula, aconsella reprendre les mateixes dosis fins la desaparició dels símptomes infecciosos, Funck-Brentano i Masson són també partidaris de les dosis masives.

Com a conclusió de lo publicat i vist devant aquests últims anys. faig meua la conclusió de Corwelaire. «La serumteràpia anti-estreptocòcica mereix ésser conservada en el tractament de les formes greus d'infecció puerperal».

Respecte a la vacunoteràpia preventiva estem en el període d'assaig i les seves grosses dificultats salten a la vista. Contra quin o contra quines gèrmens vacunarà la embarassada?

Si per la relativa major freqüència de les estreptococèmies ens dirigim a la vacuna anti-estreptocòcica, serà indiferent vacunar contra una o altra de les múltiples varietats del dit microbi?

El Dr. Macau en son recent treball sobre profilaxia de la febre puerperal, ens conta que en la clínica de Bumm es dóna preferència a les vacunes obtingudes amb estreptococs procedents de greus bacterihèmies puerperals; els resultats semblen bons: les dosis, molt més altes que les abans injectades, fòren des d'un principi de 50, 100, 250 i fins 500 mil·lions de gèrmens per c. c., no observant quasi mai trastorns dignes d'anotar i obtenir-se, en canvi, un descens de morbiditat tant més marcat quant major era la quantitat inicial de gèrmens injectats.

També pels resultats clínics obtinguts s'en diuen satisfets Romme i Zangermeister. Dieulafoy la preconitzà per analogia als bons resultats obtinguts amb la vacuna anti-estafilocòcica de Wright, segons ell creia.

Es per ara prematur afirmar res en concret: sols una vegada comprovada inductablement la seva inoquïtat i precisada la seva tècnica encara en estudi, podrem aconsellar la vacunoteràpia anti-estreptocòcica preventiva en alguns casos; tals, els de inserció baixa de la placenta, pelvis estreta, embarassades residents en medi infectat o sospitós per haver existit un cas d'èrisipela o escarlatina, es a dir, en embarassades pròximes a parir en medi contaminat o subjectes a provables intervencions obstètriques.

En quant a la vacunoteràpia preventiva anti-estafiloc i anti-coli-bacilar no han sigut encara aplicades a la obstètrica, que jo sapiga. Respecte al valor terapèutic de la vacunoteràpia en les septicèmies puerperals són molt escasos els fets recollits, sols alguns autors anglesos i americans les han usat; de lo fins ara observat es dedueix que no són aplicables a les formes agudes; en aquestes resulta inútil, ineficaç i tal volta perjudicial (Calderon) en canvi en les formes lentes o cròniques tindrà favorable acció i més encara si són ús và associat al del sèrum; les vacunes autògenes són preferibles a les manufacturades Montes (de Manila) entre 29 casos quina hemocultura resulta negativa en 19, positiva amb estreptococs en 9 i positiva amb b. coli en 1 usà les vacunes antiestreptocòciques en 12 i obtingué 9 curacions i 3 morts, no especifica en son treball si aquestes curacions es refereixen a casos amb hemocultura positiva o negativa ni altres dades que permetin justificar el valor curatiu del mètode. Aquestes vacunes deuen usar-se amb grans precaucions. La primera dosi no deu passar de 5.000.000 (Berkeley) de una a altra injecció han de passar, al menys, dos dies i si es ben tolerat el tractament anirà gradualment augmentant la dosi hasta 30.000.000 i mes (Berkeley) al repetir les injeccions deu escullir-se l'hora de febre més baixa.

Per a el metge pràctic, aquestes noves medicacions, encara en estudi, no són recomanables.

Com a medi d'estimular la fagocitosis i detenir o dificultar la pululació de l'estreptococ, s'han assaijat diverses substàncies de boga efimera totes elles tals la yodipina que al Dr. Segarra (de Madrid), entre altres, havia recomanat i la Fagocitina de Ro-

senberg bastant usada abans a Alemanya. Les observacions recollides per Czyzewicz en infeccions puerperals i com preventives en parteres no infectades li demostraren sa completa ineficàcia malgrat el comprovat augment de leucocits.

No gaire més confiança m'inspiren les injeccions de nucleinat sódic que provocà una exaltació de la fagocitosis a les 6 o 8 hores, la leucocitosis que determina es de tipo monuclear: pot usar-se en injeccions subcutànies o intra-muscular com el *nucleatol* o en forma de solució d'àcid nucleínic al 10 % en quantitat de 20 c. c. afegits a 250 grams de solució fisiològica matí i tarda.

Per a determinar una forta leucocitolisis artificial ha sigut recomanat per A. Döderlein i Manonkin la irradiació a alta dosis de la melsa dos vegades en 3 dies de interval.

ABCÉS DE FIXACIÓ (MÉTODE DE FOCHIER)

El fonament d'aquest medi el troben ja en la medicina Hipocràtica «l'abcés crític» de la antiga medecina. Per a explicar la acció del mètode de Fochier s'han donat nombroses hipòtesis: per exaltació de la diapedesis i acció fagocitòria dels leucòcits (Chantemesse) per l'augment del poder bactericida del serum (La Torre), per la acció antisèptica vigoritzant i estimuladora de la essencia de trementina (Fabre), per una veritable fixació de venenos circulants (Carlès i Arnozan), siga la que siga la seva acció, disfruta encara aquest procediment de certa estima i després de vinticin anys té ardents partidaris.

Entre nosaltres, el nostre mestre inolvidable Pfr. Fargas, rara vegada deixava de emprar-lo i cosa que el temps ha confirmat, li reconeixia gran valor pronòstic.

En les septicèmies que un ben dirigit tractament local i general no jugulen o modifiquen favorablement després de 2 o 3 dies, soc partidari de no deixar de usar-lo i fins ara m'en trobo ben satisfet; no és que estigui molt segur de la seva acció curativa, però amb freqüència, he vist casos en que, com sembla, existeix quelcom més que un fet de coincidència entre la milloria i l'abcés de Fochier.

En quant al seu valor pronòstic n'estic plenament convençut; he vist sols un cas en que havent resultat negatives dos injeccions de 2 c. c. de essencia de trementina, la partera curà i un altre cas en que havent donat reacció positiva, morí als 15 dies

de puerperi, en dos casos malgrat la formació de l'abcés he vist presentar-se més tard flebitis sèptica doble en un d'ells ambdós acabats per curació. La quantitat a injectar és de 2 grams, alguns recomanen dosis més grosses 3 o 5 grams mes no aconsello arribar-hi, sino es nota reacció a les 12 hores o tot lo més 24 hores dono altra nova injecció de 2 c. c. la promptitut, i intensitat de la reacció és una dada pronòstica; el lloc d'elecció és per mi la cara externa de la cuixa, crec convenient retrasar tot lo possible la seva incisió i si perdura els símptomes de infecció generalitzada sense clara localització, és convenient abans de procedir a la evacuació de l'abcés provocar-ne un altre.

Entre 113 observacions recollides per Casadevánt en que's formà abcés curaren 104 i moriren 9. en canvi entre 26 casos mortals sols en 9 s'havia format abcés; de modo que la curació s'obté el 92 % quan es forma l'abcés i quan no es forma quasi constantment acaba perdentse la partera.

Aquest sol fet ben comprovat d'ésser un excelent guia pronòstic fà aquest medi digne d'estima, mes quelcom ha d'influir en la curació malgrat no ens siga ben explicat el seu mecanisme.

Una lleugera albuminuria no és al meu entendre una contraindicació i sens perjudici l'he usat; en canvi estimo ben fonamentades les contraindicacions que tothom admet quan es tracta de diabètics o teixits adematosos o quant per evolució natural del procés sèptic es forma una localització espontània.

El censurable descuit de no fer hemocultures en tots els casos en que siga possible fer-la, no ha permés afirmar encara quina relació tenen la especie microbiana causal i el procés reaccional del Fochier, però segons Brindeau les formes mes especialment tributàries serien les piohèmiques. La cura de l'abcés obert ha d'ésser curosament feta i el tòpic que millors resultats m'ha donat en els casos de grossa mortificació de teixits ha sigut el decuit de quina alcanforat.

Acabaré recomanant als meus companys prescindeixin dels inconvenients que alguns carreguen al mètode de Fochier i no desprecin les seves positives aventatges.

MEDICACIÓ COLOIDAL

Els coloides metalics i especialment el colargol han tingut un moment de gran boga en el tractament de tota classe de infeccions, mes estem ja lluny dels desmesurats entusiasmes

d'alguns; els fets acumulats i el temps han modificat nostre criteri.

La naturalesa del metall seria segons Robin indiferent, mes aixó no està d'acord amb l'estudi fet per Bosan i Maulat per a els qui contra l'estreptococ seria el platino el més actiu.

Bonnaire i Jeannin alabant les injeccions intravenoses de colargol al 1 % a la dosis de 10 a 15 c. c. única o repetida cada 2, 3, o 4 o més dies segons els efectes notats; amb aquest medi obtingueren un 76 % de curacions en casos de infecció post-partum; l'electro-argol semblaria menys eficaç i en alguns casos ha determinat hemorràgies greus lo qual indica debem procedir amb certa cautela en prodigar aquest medi terapèutic que a resumides comptes sembla té un valor mediocre.

Albrecht que ha fet del colargol un estudi molt extens i seriós en la infecció puerperal el creu completament inútil en els casos de bacterihèmia, en canvi, el té per eficaç en els casos de tiintoxicació passatgera de quadre aparatós que sembla de septicèmia.

La via intravenosa seria la millor segons uns, en canvi Robin la creu indiferent; jo no he vist que la intravenosa fos realment superior a la sub-cutània o intra-muscular.

Es convenient recordar que les injeccions intra-venoses de colargol i de electro-argol poden produir hemorràgies greus: al 1906, Cohn, descrigué un cas de hemorràgia cerebral mortal una hora després d'una injecció intravenosa de 35 cms. de plata coloidal i alguns casos de hemorragies uterines; al 1908 Bonnaire i Jeannin contaven fets de hemorragies gingivals i uterines, Pinard en un cas vegé apareixer hematemesis i epistaxis i en altre una tumoració al costat del uterus que 36 hores abans no existia; Potocki al 1910 atribuí al colargol per via intravenosa la formació d'un trombus vulvo-vaginal al 3.^{er} dia de puerperi i a les poques hores d'injectats 15 cms. de colargol a les venes del braç, morint la malalta al 7.^e de puerperi i Tissier ha vist també accidents hemorràgis greus. Es per tant prudent no prodigar sense mirament un medi a voltes perillós i fer com aconsella Jeannin una hora abans de la injecció intravenosa de colargol, una de subcutànea amb 10 c. c. de sèrum de cavall.

L'or coloidal es l'últim entrat a la palestra calurosamen alabat per M.^{dm} Chauveau en la infecció puerperal: usa la via venosa i dosis de $\frac{1}{2}$ a 2 c. cms. si la temperatura arriba o passa de 38°5.

Els casos recollits son encara molt escassos per a formar criteri, a mi no hem diuen gran cosa els relatats, mes les reaccions violentes senyalades per alguns, conviden a guardar una prudent reserva; es diu que son inofensives i de curta duració malgrat sa violència però no han deixat de despertar inquietuts i produir colapses que han obligat a usar l'eter i oli camforat.

Dels coloidals usats per mi es el *lantol* el que m'ha semblat més actiu en la infecció puerperal; l'he donat a la dosis de 3 a 6 cms. cada dia o cada dos dies per via venosa o intramuscular indiferentment.

Cuneo i Rolland creuen que l'or coloide es mostra mes actiu en les infeccions per anaerobis que en les produïdes per piogens.

En resum el valor curatiu de la medicació coloidal es mediocre, a falta d'altres medis és recomanable s'ensaji amb certa prudència i sense insistir si despres de les primeres injeccions no es nota reacció tèrmica signe sembla de bon pronòstic i una milloria del estat general.

No tinc experiència personal del *argogron*, maridatge de la plata coloidal i el blau de metile que donat junt amb sèrum per via intravenosa donaria segons vegé a Berna el Dr. Macau esplendits resultats.

Les solucions salines fisiològiques, especialment quan han tingut lloc pèrdues hemàtiques superiors a lo normal o es nota hipotensió i flaqueja la diuresis, és un medi valíós per a sostenir defenses i facilitar la eliminació de tòxics a la dòsis d'uns 400 ó 500 grams mati i tarda; alguna vegada he donat el sèrum-rhum recomenat per Engel, i altres el sèrum-glucosat al 47 ‰, generalment per via subcutània, havent observat un cas de gangrena immediata (abans de les 12 hores) consecutiva a la injecció de 400 grams de sèrum glucosat amb 20 gotes de solució de adrenalina que acabà per la curació; el fet es repetí amb altre injecció subcutània donada al dia següent i no crec pugui ésser atribuïda a falta d'esterilització.

El sèrum trementinat recomanat per Fabre, té l'inconvenient d'ésser dolorós i no em sembla més eficaç que'ls altres; Fabre recomana el seu ús a la dòsis de 400 grams de sèrum salí que conté un c. c. d'esència, mati i tarda, obtenint-se, segons ell,

resultats favorables en el 50 % de bacterihèmies estreptocòciques.

La medicació general aplicable al fi de sostenir forces i facilitar la eliminació de tòxics pels emuntoris naturals, és idèntica a totes les septicèmies: la balneació tèbia, l'oli camforat i tòxics cardíacs, el vi generós, l'ergotina i la quinina, etc., són excelents recursos.

Avui segurament a tots ens produeixen un somriure d'incredulitat les drogues en altre temps usades com a *específics* de la septicèmia: el benzoat sòdic recomanat per Klebs, el muriat de ferro tingut com a profilàctic per Simpson, el permanganat i carbonat sòdics aconsellats per Huter i Tomasi, l'àcid sulfúric a la dosi de 2 grams per 500 d'aigua ensucrada al dia, creia Schroeder que produïa molt favorables efectes, l'ipecaquana de ús corrent durant uns anys com testifica la tesi de Tarnier, els purgants, el tartre emètic, els mercurials quin ús s'ha conservat fins nostres dies, etc.; en la febre piohèmica fóren alabats la tintura d'aconit, l'oli d'ametlles amargantes, els iodics, el mercuri, l'oli de trementina del que Fabre en fà ara ús sistemàtic... segurament el temps no reserva millor sort a molts dels remeis que ara tenen entusiastes panegiristes.

TRACTAMENT LOCAL DE LES SEPTICÈMIES PUERPERALS

Per a establir-lo amb la deguda correcció convé tenir en compte una pila de circumstàncies: una distinció deu establir-se entre la septicèmia post-partum i la post-avortum: precisament per a oblidar les diverses condicions en que evolucionen, es sostenen discussions enutjoses que aparenten forta discrepància de criteris i en el fondo coincideixen.

Davant d'una septicèmia post-avortum convé precisar si existeix o no existeix *retenció*.

Si l'exploració completa del cas junt amb les dades recollides per l'interrogatori porten el convenciment de que no existeix retenció i per altra part tot fa creure que la porta d'entrada és uterina, la conducta, al meu entendre, recomenable és la següent: prèvia desinfecció vulvo-vaginal, aplicació de valves, fixar el coll i dilatar-lo amb Hegars si no està suficientment obert; toc amb glicerina creosotada al $\frac{1}{10}$ seguit d'un lavatge ute-

rí amb sonda de Fritsch o Doleris amb solució salina calenta o Dakin o permanganat al $\frac{1}{2} \text{‰}$ i, finalment, deixar un drenatge amb glassa xopada d'essència de trementina que's retira a les 24 hores o 36; si's nota millora, mes persisteix el greu quadre de tòxi-infecció, renovo la cura altra vegada i després ja no insisteixo, deixo en repós complet l'úterus infectat. Si no esdevé millora, ans al contrari sembla empitjorar la malalta després de la primera cura de tanteig, no repeteixo la segona i em redueixo a mantenir el drenatge natural per la posició de Fowler i la ergotina, a dos o tres rentats vaginals al dia amb solució salina normal, Dakin o permanganat al $\frac{1}{2} \text{‰}$ o qualsevulla altre solució antisèptica buscant l'efecte mecànic d'arrosegament més que la acció antisèptica.

Junt amb aquest tractament local estableixo el general de les septicèmies: lantol, sèrum antiestreptocòcic, medicació tònica, injeccions d'oli camforat, etc., amotllant-se a las condicions particulars de cada cas.

Si aquests casos de septicèmia post-avortum, sense retenció, els veiem quan ja porten dies d'iniciats i l'úterus, malgrat haver sigut el lloc inicial de la infecció, no dóna símptomes, prescindeixo de tot tractament intra-uterí.

El raspat uterí no és aconsellable en aquests casos i pot ésser i ha sigut origen d'aggravacions fulminants i de mort.

Si existeix retenció demostrable per la persistència de la hemorràgia, o tacte combinat, aconsello intervenir procedint a l'evacuació uterina amb la major suavitat, és a dir, procurant causar el menor traumatisme possible. ¿Sembla facil l'extracció digital? Si és així, preferir-la a la cullereta, deixar després un drenatge al modo indicat en el cas anterior i llavors el cas queda inclòs en els compresos en el grup anterior.

Amb freqüència l'extracció digital és difícil, ens quedem en dubte respecte a la persistència o no, de restes de caduca o placenta, llavors aconsello completar la obra del dit amb la cullereta, la pinsa-cullera de Bonnaire és, per mi, un model excel·lent; cura consecutiva igual.

L'anestèsia, quan es tracta d'extracció digital, és molt sovint necessària, en canvi el raspat és ben tolerat quasi sempre sense anestèsia.

No soc partidari després del raspat de noves cures tòpiques intrauterines ni de lavatges; el drenatge siga per tubu de goma al modo recomanat pel Dr. A. Esquerdo, sia metàl·lics de Mou-

chotte tenen indicacions excepcionals; sols quan la situació anormal de l'úter pertorba o dificulta el drenatge normal espontàni de l'úterus és convenient el seu ús; en tots els demés s'en pot i convé prescindir-ne.

Avui per avui accepto les idees de Krömer i crec és encara prematur fonamentar el tractament d'aquests casos amb les dades bacteriològiques que dongui l'exàmen dels loquis i hemocultura, i considero la ràpida evacuació de l'úter com el millor medi per a contrarrestar la començada infecció general.

No obstant són molt dignes de meditació les idees que respecte aquest punt ha exposat Winter i llur escola; la possibilitat d'una agravació després de tota maniobra intrauterina, especialment del raspat, és innegable. Còm saber per endavant quàn tindrà lloc aquesta agravació? Semblaria que la constatació d'estreptococs hemolítics en cultiu pur reclamaria una conducta d'abstenció; la estadística de Winter és plenament justificadora d'aquesta conducta, mes com fins el present els resultats vistos per mi, seguint una terapèutica activa local han sigut excel·lents i no puc dir si en ells hi intervingueren o no estreptococs hemolítics, aconsello persistir en recomanar l'evacuació prompte de l'úterus després de l'avort incomplet, malgrat existeixi síndrome septicèmic.

Sols, al meu entendre, convé no oblidar la conveniència de injectar 40 c. c. de sèrum antiestreptocòcic, 12 hores abans de la intervenció i repetir la dosís 12 hores després; insisteixo també en la necessitat de reduir al mínim el traumatisme operatori i preferir, quan siga possible, el dit a la cullereta i de aquestes les poc tallantes, com la de Bonnaire per exemple.

Del tractament post-operatori exclueixo tota nova manipulació intrauterina; ni rentats, ni tocs, ni taponament, ni drenatge amb tubus: el repós absolut de l'orgue és per mi el millor antiflogístic.

Aquesta conducta que acabo d'indicar no és aplicable quan la septicèmia post-avortum va acompanyada de flogosis periuterina, la para o peri-metritis constituïda, i la peritonitis, contraindiquen el tractament uterí local, en absolut, quan no existeix el fet de *retenció*, i si aquest està present, sols serà aconsellable la intervenció obligats pel fet hemorràgic, mes en aquestes circumstàncies és sumament perillós tot tractament local actiu.

Resumint el nostre criteri respecte a les indicacions del ras-

pat o tractament local en les septicèmies post-avortum, direm: que no el creiem indicat quan no existeix retenció uterina i sols l'acceptem quan existeix; en els casos dubtosos som partidaris de l'abstenció a menys de poguer intervenir dintre les primeres 48 hores d'iniciats els greus fenòmens generals de septicèmia i llavors, més amb el fi de comprovar si existeixen o no restes retinguts que no amb la pretensió de jugular la infecció.

TRACTAMENT DE LA SEPTICÈMIA POST-PARTUM

Malgrat creguin alguns (Trangott) que la gravetat de la infecció post-avortum sigui igual que la del post-partum i donar les dades per ells recullides idèntiques xifres de mortalitat, és cosa certa que la septicèmia post-partum té major mortalitat i la explicació és fàcil trobar-la principalment en les diferents condicions anatòmiques de la ferida placentària. La sèptic-piohèmia, després del raspat, és rara en l'avort i generalment la sang es cuida pels seus medis naturals de defensa de destruir els gèrmens que hagin penetrat dintre d'ella; en canvi, després del part, les grosses venes fàcilment es trombosen i infecten, l'extensió de superfície denudada és més gran i més apte per la reabsorció.

Abans de plantejar el tractament a seguir en tot cas de septicèmia puerperal, és essencial aclarir o fixar alguns punts:

1.^{er} Quina és la porta de entrada? és única? és múltiple? radica en les vies genitals impures o en la ferida placentària?

2.^{on} Es tracta d'una forma *pútrida* o *sèptica*?

3.^{er} Dades respecte a llur aparició, en el part, primer dia de puerperi o tardana.

4.^{rt} Reconstituir la historia del part i alumbrament i inquirir especialment si hi hagi maniobres operatories, tactes repetits, alumbraments artificials, si placenta, i membranes eren o no completes, etc.

La septicèmia aguda primitiva, forma avui excepcional, afortunadament, fou la que un dia era el terror de les maternitats i desespero dels metges, la que vegeren arreballar en poquíssims dies, a voltes quasi sols hores, dones plenes de joveut, els tocòlegs del segle XIX fins a l'època pasteuriana la que'ns contaren Semmelweis, Símpson, Tarier, amb llur tesis magistral de 1858, Hervieux en son llibre «Les Maladies puerperals», i Serêdey.

Contra aquesta modalitat de septicèmia, rara després del avort i menys després del pàrt, en realitat no teniem tractament digne de tal nom; l'estreptococ es quasi sempre son agent causal i llur invasió es fà per sembra o introducció directa i masiva dins el torrent circulatori per la ferida placentària; el pols, la elevació de la temperatura o la dissociació marcada de ambdós, la cara septicèmia, el síndrome ataxo-adinàmic, a voltes la forma delirant, la disnea tòxica *sine materia*, la diarrea, llengua seca, etc., clarament pregonen la extrema gravetat del cas, el microorganisme no ha deixat rastre en l'interior del seu pas, en canvi l'organisme enter quedà convertit en un verdader caldo de cultiu; la mort és llur final constant.

Davant tal quadre clínic, intentàrem lluitar amb les injeccions intra-venoses de lantol o electro-paladi, el sèrum antiestreptocòcic polivalent, l'abcés de Fochier, la medicació tònica general, solucions salines per via rectal o subcutànies, banys tebis o locions, etc., i un tractament local lo menys traumatitzant possible, la gassa xopada amb esència de trementina deixada fluxament dintre la mateixa 24 o 48 hores; sols per excepció obtindrem un èxit... en aquests casos els rentats uterins i la cullereta són inútils o contraproductes la histerectomia més radical i lògica tampoc faria altre cosa que precipitar el desenllaç...

La septicèmia aguda secundària a una infecció primitiva-ment indicada, és la forma més freqüent en la pràctica.

La major part de les vegades, especialment en les múltiples, és consecutiva a una endometritis, la invasió es fà per via limfàtica de preferència; l'organisme atacat té temps per a iniciar ses defenses, la zona descrita per Bumm es forma i tendeix a consolidar una barrera de aïllament, de reacció leucocitària intensa; els gèrmens que arriben al torrent circulatori ho fan per via més llarga, i els que penetren directament per les venes i llaes, són en més petit nombre; contra aquesta modalitat de septicèmia, quelcom més hi podem fer.

Era norma generalment seguida i encara avui desgraciadament no borrada dels llibres, el aconsellar els rentats uterius a tota partera quina temperatura passi de 38° i son origen fos o semblés ésser d'origen genital, i aquesta pràctica seguida abundantment en la pràctica mèdica, ha causat a voltes i agreujat altres septicèmies puerperals.

Mèrit ha estat de la escola de Winter senyalar llurs perills i

la seva ineficàcia, inclús quan la porta d'entrada ha estat exclusivament uterina.

Mes, quàntes i quàntes vegades s'han practicat rentats uterins a úters no infectats encara, per haver descuidat l'elemental cuidado que té tot cirurgia davant un ferit o traumatitzat de precisar la porta d'entrada de la infecció.

Auvard havia insistit en aquest punt, i Pestalozza, en el Congrés de 1900, feia notar com la porta d'ingrès era única a voltes i altres múltiple.

Com entre 100 casos en 54 la porta era única: d'aquets en 39 era uterina, en 4 cervical i vulvar en 4.

Entre 46 de porta d'ingrès múltiple: 17 eren d'origen vulvo-cervical; 12 cervic-uterí; 5 vulvo-vaginal-coll i uterí; 5 vulva i cervic-uterí; vulvo-vaginal cervic en 2; vulvo-uterí en 2 i cervic-vag.-uterí en 3; de modo que, de entre aquest 46 casos, en 41, el coll uterí hi intervenia.

En la Maternitat de Barcelona, durant els anys 1917 i 1918, entre 792 parteres que he assistit, sols he vist cinc casos en que verosimilment l'úterus havia sigut la porta d'entrada de la infecció, en canvi en nombre molt més freqüent l'origen es troba en una ferida vulvar o en unes vegetacions vulvo-vaginals o ulceracions vaginals o del coll uterí, de modo que en els accidents febrils del puerperi, la porta d'entrada quasi constantment ha radicat en la zona impura del canal genital i sols excepcionalment en la zona alta o pura del mateix; l'oblit d'aquest fet porta innumbrables vegades greus conseqüències, convertint el rentat uterí en agent traumatitzant i vector d'infecció sobre la ferida placentària, fins llavors indemne.

Sols en 4 casos he cregut indicat el rentat uterí i en cap s'ha practicat més de 3 dies; la mortalitat per infecció ha sigut un cas de infecció iniciada abans del part amb hemocultura positiva d'estreptococs abundants; lo que dóna per aquests dos anys, una mortalitat global per infecció de 1'26 per mil.

Establert doncs el diagnòstic clínic de probable septicèmia d'origen obstètric, devem esforçar-nos per una curosa i completa exploració de precisar la probable porta d'entrada i obrar directament sobre d'ella amb tota la promptitut i eficàcia possible.

Quant trobem una ferida vulvo perineal infectada, no pasarem endavant nostra exploració sense la desinfecció previa

de la mateixa amb la tintura de iode o essència de trementina; que opino són els millors tòpics: lo mateix farem cas de trobar en la segona, alguna ulceració o ferida d'aspecte sospitos i finalment inspeccionarem el coll uterí practicant idèntica cura si quelcom anormal hi trobem: el rentat uterí serà donat en les més escrupuloses garanties d'asèpsia a poca pressió (30 centimetres d'altura) i amb una solució calenta de aniòdol al 1 % o oxicianur al $\frac{1}{4}$ p $\frac{1}{100}$ o senzillament amb solució salina normal o líquid de Dakin.

Sols en el cas de no trobar porta d'entrada ostensible en la zona habitualment sèptica em crec autoritzat per a explorar i penetrar en una o altre forma en la zona habitualment pura, cosa que practico de la manera ja indicada al tractar de les septicèmies post-avortum.

Si de la exploració resulta que existeix porta d'entrada en la primera zona, no'm crec autoritzat, pel moment, a penetrar dins l'úterus; prefereixo demorar-ho per 12 o 24 hores i llavors, seguint idèntiques precaucions, practico la cura uterina: embadurnament amb glicerina creosotada al $\frac{1}{10}$ o essència de trementina, rentat i gassa amb esència de trementina.

Sols en el cas d'hemorràgia que sembli perillosa, deixaria de seguir mon criteri abstencionista.

La cullereta en la infecció generalitzada post-partum siga de forma septicèmica pura, siga de forma sèptic-piohèmica, està formalment contra-indicada; llur acció no és altre que favorir la penetració masiva de gèrmens dins el torrent circulatori, destruir les poques o moltes defenses naturals que *in actu* ha acumulat l'organisme i a voltes, produir una perforació uterina. Els rentats intra-uterins, intermitents, no parlem de la irrigació contínua, avui ja per tots justament abandonada, són un recurs pobríssim i no exent de perills, moderen transitoriament la febre a voltes, més segons investigacions de Bonnaire i Jeanin no ja l'esterilització ni tan sols una marcada influència tenen en la flora bacteriana: el lavatge uterí sols l'accepto com un temps de la cura local uterina més eficaç que representa l'embadurnament de la cavitat uterina amb iode o glicerina creosotada al $\frac{1}{10}$ o esència de trementina i la colocació per 24 o 48 hores d'un drenatge amb gassa mullada en un d'aquests líquids.

El problema és més delicat de resoldre quan existeix *retenció*: llavors al criteri abstencionista de Winter, Walthard, Sachs, Latzko, podem oposar-hi el d'altres com Guggibbert. Pinard i

Wallich, Champetier de Ribes, Doleris, Pozzi, Andebert, Harting, Munde, etc.

Actualment segueixo creient en la utilitat de procurar la neteja uterina de preferència per *curage* i sols usant la cullera ampla i poc tallant com a complement de la operació; en la tesis de Herault, de 1914, es relacionen 17 casos de septicèmia postpartum, en que es practicà el raspai, amb dos morts; un d'ells per febre tifoidea 20 dies després del part i 10 després del raspai.

Puppel (Könisberg), preten demostrar els escassos efectes de la retenció en les infeccions puerperals per resultar de llurs indagacions que entre 52 casos de mort per infecció puerperal, en 25 hi havia retenció placentària i en 27 no; mes Schröder li feia justament notar que ell, dintre l'abundós material de que havia pogut disposar en 10 anys, sols havia trobat 22 casos de retenció; d'això es despren la raresa d'ells, i si en la seva investigació Puppel havia trobat que quasi s'igualaven les morts amb i sense retenció, el fet provava precisament la gran influència que hi tenia aquèlla.

Tampoc en el moment present crec siga cosa demostrada la necessitat de l'*abstenció* quan es trobin estreptococs hemolítics fins la seva espontània desaparició, puix els resultats obtinguts així en el terreny de la clínica, com el purament bacteriològic, no són decisius per a fallar la qüestió.

Segons Ebeler (de Colonia) i Rosenthal (de Budapest), s'obtenen idèntics resultats, hi hagi o no estreptococs hemolítics. En canvi, altres (Trangott i Benthin) donen xifres més altes de mortalitat si es troben; les estadístiques de Walthard, abstencionista, són equiparables a les de Guggisberg i Patuk, intervencionistes.

Bumm, Varnekros i altres prenen precisament en la presència de l'estreptococ hemolític una indicació d'intervenció prompte: entre 70 casos estudiats per l'últim autor, trobà en 61 bactèries en la sang, i d'aquests, en 20, era l'estreptococ; feu el raspai i en tots els 61 casos resultàren estèrils les hemocultures a l'endemà del raspai; davant d'aquestes contradictòries opinions, és per ara un criteri clínic el que deurà guiar nostres decisions; ens decantarem a la intervenció en els casos que els clínics descriuen com d'infecció *pútrida* i serem molt més prudents en els casos descrits com d'infecció *sèptica*.

Essent cosa certament adquirida que'l raspai no cura sempre i algunes vegades agreuja la situació, era llegítim pensar en

acudir a procediments més radicals i des de finals del segle passat es plantejà el problema de la histerectomia en la infecció puerperal amb la pretensió de suprimir el focu original de la infecció.

Des de llavors, repetides vegades s'ha posat a debat aquesta delicada qüestió de les indicacions de la histerectomia en les infeccions puerperals, no havent-se conseguit encara establir acord.

Ricard, recullia 2.640 casos d'infecció puerperal quina temperatura havia variat entre 38 i 40° ò més i trobava un 4 % de mortalitat; no considerant més que els casos quina temperatura havia passat de 39° i arribat a 40° i més, atribuint llavors la mortalitat global dels 2.640 casos en aquest grup, la mortalitat seria de 13 %; per això, decidit adversari de la histerectomia en les infeccions agudes post-partum, senyalava el fet de que el 90 % aproximadament d'infeccions greus curen sense necessitat d'acudir a un procediment mutilant i perillós.

Price (de Filadelfia), arriba a calificar de crim la histerectomia en la septicèmia, i diu, que si esdevé la curació, és un efecte de l'etzar.

Pinard, en el Congrés de 1903, a Madrid, deia que en la infecció puerperal la indicació racional de la histerectomia, no existeix. Veit, creu que en la septicèmia aguda amb estreptococs a la sang, la histerectomia està contraindicada.

Els resultats obtinguts fins ara, no són encoratjadors: Tuffier, entre 48 casos, senyala 28 curacions. Faure, obtingué 3 curacions entre 20 casos operats. Monchotte, entre 30 casos d'histerectomia per infecció post-avortiva, troba un 56'6 % de curacions; en canvi, després del part, donà el 75 % de morts; i Barbin; en la seva tesis de 1913, inspirada per Begouin, malgrat el seu optimisme relatiu, diu referint-se a les infeccions per estreptococs, que li sembla molt dubtós pugui la histerectomia donar algunes possibilitats de salvació.

En realitat, no trobem base ferma per a fonamentar la indicació de la histerectomia en la septicèmia puerperal; ni amb les dades que el coll uterí obert llur orifici intern després del tercer o quart dia i sub-involució de l'uter, ens donen en els casos d'infecció, com al 1901 cregué Rochard, ni amb les dades tretes de l'observació de les curves tèrmiques ni esfigmogràfiques com defensà Picqué, i després, Vyneberg, ni rès més imprecis que dir com alguns que les indicacions devem deduir-les de l'es-

tat general de la infectada, quan casos intervinguts dins les 48 hores, quasi immediatament després d'iniciats els fenòmens greus d'infecció general, no per això modificaren son curs fins a la mort.

Podríem trobar camí més ferm fundant-nos en dades de Laboratori? La hemocultura i exàmen hemàtic, podrien aclarir el problema?

Tampoc per ara ens han donat rès precis: casos amb hemocultura positiva, han curat amb i sense tractament operatori, i altres, amb hemocultura negativa, han mort; la presència abundant i constància de l'estreptococ, indica, sí, una terminació fatal; però d'això sol, no podem, pels resultats coneguts fins ara, deduir-ne cap clara indicació de la histerectomia; no ho creu aixís Prochownich, per a qui la presència de l'estreptococ a la sang, la llegítima.

La polinucliosis persistent (cap el 90 %) intensa i desaparició dels eosinòfils, seria senyal de que en la lluita establerta, l'organisme decau, i Mouchotte, encara que amb moltes reserves, veuria aquí un motiu d'intervenció per histerectomia, mes tampoc per ara els fets recollits són prou per a decidir la qüestió.

Holmes (de Chicago), opina que'l fracàs del tractament local abans establert, lavatges, taponament, raspat, serà una indicació d'histerectomia, atesa la manca de localització extra-uterina, i segons ell, també la peritonitis o celulitis pèlvica (indicació aquesta última en absolut desacord amb nostre modo de pensar) i, finalment, reconeix que no pot ésser útil en la infecció aguda de marxa ràpida ni en la flebitis sèptica propagada ja fóra de la pelvis.

Resumint: actualment no tenim encara bases fixes per a fonamentar les indicacions de la histerectomia en la terapèutica de les septicèmies puerperals, però em sembla molt acceptable el criteri sostingut per Jeanine i no crec es pugui sistemàticament refusar la per ara i tant en els casos següents:

1.^{er} Quan existeixi retenció total o parcial de placenta, difícil o impossible d'extreure.

2.^{on} Quan coexisteixen lesions traumàtiques de l'úterus o vagina (ruptures de matriu o esquinsos del segment inferior o fons de sac vaginal).

3.^{er} En els casos de tumor fibros esfacelat o càncer delcoll.

4.^{rt} En l'abcés de l'úterus o gangrena quan siga possible fixar tan dificultós diagnòstic.

5.^{nt} En la septicèmia de marxa crònica, de tipo piohèmic, refractària als tractaments usats, i

6.^{sé} En la septicèmia sub-aguda, en que, fracassats els altres medis de tractament, sembli conservar la malalta energia suficient per a intentar com a *última ratio* l'extirpació de l'úterus aparentment única localització de la infecció.

La via alta és la preferible, sols en la septicèmia post-avortum és més ventatjosa la vaginal, assegurar un ampli drenatge i la rapidesa de la intervenció, són condicions essencials per a obtenir èxit.

La *sèptic-piohèmia*, o *piohèmia puerperal*, és la modalitat de infecció general que sembla més asequible al mètode de Baccelli i Barsony de les injeccions intravenoses de sublimat; entre nosaltres l'ha recomanat entusiàsticament el Dr. Becerro de Bengoa (de Madrid); la dosís és de cinc miligramms per un centímetre cubic d'aigua, dóna generalment dues injeccions al dia i diu que ni la diarrea ni la albuminúria contra-indiquen el seu ús, ja que són efecte de la malaltia i no del medicament: en 30 casos de processos flebítics (no especifica clarament si tots de septicèmia flebítica) obtingué 28 curacions, la milloria es manifesta per la major intermitència dels accessos febrils, baixa de la febre i millora del pols especialment per sa tendència a fer-se menys freqüent.

En 8 casos d'accessos febrils desaparegueren després de la 3.^a a la 6.^a injecció; en 12 precisar de 10 a 20 injeccions, en 5 casos, després d'haver ja deixat el tractament tingué que tornar a rependre'l i en dos, fou precis donar més de 25 injeccions.

La boga dels mercurials en la infecció puerperal en general, és molt antiga, en temps del Pfr. Rull les fregues amb pomada mercurial eren d'us corrent; Souligoux alaba les injeccions intra-musculars de cianur de mercuri que dóna durant set dies a les dosis d'un centígram, amb un centígram de stovaina i un centímetre cúbic d'aigua destilada, suspen el tractament 5 o 7 dies i el repren si persisteix la infecció. En la tesis del seu deixeble E. Giron consten 147 casos greus dels quals 4 moriren en les primeres 24 hores de ingressades a l'Hospital Tenon abans de tot tractament i 3 moriren durant el tractament lo que donaria una mortalitat del 2'06 per 100. Barsony amb el seu procediment tracta 530 casos de infecció puerperal, dels quals moriren 34. Giron recomana vigilar no vingui hipoglobulia i en aquest cas dóna injeccions de suero hemato poietic fresc o de

solució salina creu son contraindicacions la nefritis intensa, alteracions del fetge i anèmia; una diarrea forta o una ràpida desglobulització obligaràn a suspendre el tractament.

En dos parteres luètiques i greument infectades, he usat els mercurials; les dos curaren sense haver acudit a tractament local altre que lavatges vaginals: una després de 3 injeccions intra-musculars d'un centígram de cianur i altres tres intra-venoses de sublimat, d'un centígram amb 10 c. c. de serum fisiològic.

Avui aquest procediment terapèutic no té el predicament que tenia fa pocs anys, mes sempre que la septicèmia evoluciona sobre una luètica el recomano vivament així com també en la forma de septicèmia flebítica anomenada «*tifòdica*» per Siredey.

En la piohèmia es on amb més fè recomano l'us del mètode de Fochier de més valúia, al meu entendre, que els altres recursos medicamentosos exposats, encara que no amb la pretensió de que sigui un recurs mèdic o específic.

En la forma lenta, de marxa crònica de la piohèmia contem avui amb un nou recurs: la intervenció quirúrgica realitzada per primera vegada per Freund al practicar una histerectomia per infecció *post-avortum* em refereixo a la lligadura o resecció de venes trombosades i infectades, dita actualment operació de Trendelenburg per haver-la realitzada i vulgaritzada.

Son encara poc nombrosos els fets recollits: aquí el Professor Bonafonte en publicà un, Warnek sos tres al 1912, Wallau un altre al 1913 en tots malgrat la intervenció es perdé la malalta; Faix al 1906 i al 1912, Vauverts i Pancot han estudiat copiosament aquest nou procediment quirúrgic i dels fets recollits podem ja deduir que és inaplicable en les formes agudes.

Entre els 82 casos recollits per Vauverts i Pancot es contenen 33 curacions, aproximadament doncs el terç dels casos; Faix demostrà que sols en la tercera part dels casos, la intervenció solia ésser suficient, en els restants resultava una operació incompleta; Herff en recullí 37 observacions que donaren un 38 per 100 de curacions, mes malgrat tot, no està clarament demostrada la superioritat del mètode sobre un tractament merament mèdic en quant a resultats curatius.

Les dificultats per a establir la indicació quirúrgica i son compliment són moltes i no fàcils de vencer; notarem algunes:

1.^a Es tracta realment d'una forma piohèmica?

- 2.^a On arriba la zona trombosada?
- 3.^a Deu practicar-se lligadura o resecció venosa?
- 4.^a Es millor via la intra o la extra-peritoneal?
- 5.^a Convé ò no associar a la lligadura de les venes la extirpació de l'uterus?

Per a el diagnòstic el tipus marcadament remitent de la febre, les fortes esgarrifances de fret repetides amb intervals mes o menys curts, la freqüència del pols i son progresiu augment per salts, els símptomes dependents de la producció de petites embolies, el dolor latero-uteri i a voltes la percepció per palpació combinada d'una petita tumuració allargada en forma de cordó sensible, són utilíssimes guies per a el diagnòstic.

La fixació del punt on convé lligar, es cosa també difícil de precisar per això alguns sistematicament lliguen les dos hipogàstriques i espermàtiques, més sovint la lligadura seria insuficient rodejades les venes d'un teixit infectat que faria ilusori el bloqueig establert; s'imposa per tant la extirpació venosa per termo-cauteri seguida del tractament directe del focus flebític; sobra dir que tot això allarga la operació, cosa que en casos semblants agreuja més i més el pronòstic.

Respecte a procediment a seguir el de Bumm es considerat preferible al transperitoneal de Trendelenburg: realment la laparatomia clàssica es la única que pot permetre emmotllar la tècnica operatòria a les condicions particulars de cada cas.

La histerectomia completada per la resecció venosa ha permès obtinguessin 4 éxits a Michels, Vuchery i Kluri (C. Daniel).

Una grossa dificultat radica en escollir el moment de la intervenció; si s'opera prompte, com alguns volen, es indubtable s'operarien molts casos que sense necessitat d'intervenció curarien, si s'opera tard es pot trobar ja invadida la cava o amb lesions perivenoses extenses o endocarditis: si els resultats curatius després de la intervenció fossin clarament superiors no hi hauria motius de vacilació però no és per ara així.

Els casos amb bacterihèmia permanent són fatalment mortals, amb i sense intervenció.

Podriem, doncs, condicionalment acceptar la indicació operatòria davant un cas de marxa crònica amb esgarrifances repetides seguides d'aggravació malgrat els tractaments fins llavors practicats, malalta resistent i amb bacterihèmia transitòria.

Abans de donar per finida ma tasca, permeteu vos diga que sento cert descoratjament produït per el sincer convenciment

de que del balans de nostres actuals recursos terapèutics en sobresurt nostra indefensió per *curar* les septicèmies puerperals: no pequen d'exagerats els que, com Bassony deia al 1908 jutjant imparcialment la qüestió, creuen que és poc sensible el progrés realitzat, des de que fou coneguda la naturalesa de la febre puerperal, en el domini de la terapèutica *curativa* i que avui com en temps de Semmelweis i Simpson és la profilàxi nostra única arma i nostre únic medi de protecció eficaç.

CONCLUSIONS

1.^a El tractament profilàctic és encara avui nostra única arma de defensa eficaç contra les septicèmies puerperals.

2.^a No tenim actualment tractament veritablement curatiu; les medicacions aplicables a les septicèmies puerperals són les mateixes que les seguides en les d'altre origen.

3.^a La seroteràpia actual és d'escassa valúa curativa, mes són us no té perill i sembla aventatjós sovint.

4.^a La vacunoteràpia preventiva no existeix encara i la curativa, d'eficàcia imprecisa és sols recomanable assajarla en les formes d'evolució lenta originades per l'estreptococ.

5.^a El tractament de Fochier té un valor pronòstic quasi decisiu i sembla no desprovist de propietats curatives amb freqüència; les formes piohèmiques són d'un modo particular tributàries del mètode.

6.^a La medicació coloidal prudentment manejada es mostra eficaç quan predomina el factor intoxicació; en conjunt el seu valor és mediocre i son us per via intravenosa no sempre sense perills.

7.^a El tractament local és imprescindible i utilísim encara al començ de les septicèmies: fixar la porta d'entrada i obrar sobre ella amb rapidesa i tota la possible eficaçia són condicions primordials d'èxit.

8.^a El raspat uteri no és recomanable en les septicèmies d'origen uteri sense *retenció*, en canvi no deu condemnar-se quan existeix aquèsta, especialment després de l'avort.

9.^a El tractament local deu procurar no traumatitzar la ferida uterina; els rentats uterins són ineficaços, el drenatge natural preferible a l'us dels tubos, excepte quan una viciosa posició uterina la impossibilita o dificulta.

10.^a La histerectomia no deu ésser sistemàticament rebutjada: llurs limitades indicacions naixen del fracàs dels medis anteriors o de la coexistència d'altres factors (retenció adherent de la placenta, tumor esfacelat etc.)

11.^a La lligadura o resecció de les venes en la piohèmia amb o sense histerectomia complementària troba llur indicació en les formes de marxa crònica, bacterihèmia intermitent i refractària als altres tractaments.