

CONTRIBUCIÓ A L'ESTUDI DEL PUERPERI NORMAL.  
I CONCEPTE DE LES  
PETITES INFECCIONS PUERPERALS

pel Dr. DOMINGO AGUSTÍ I PLANELL

Professor auxiliar d'Obstetrícia de la Facultat de Medicina de Barcelona

El concepte de la normalitat en el puerperi en l'íntim mecanisme de la regressió anàtomofisiològica de l'aparell genital, no està actualment ben definit, i tindria gran importància clínica el fer-ho, perquè d'ell deuria dependre, la conducta a seguir amb les parteres i la profilàxia de les complicacions puerperals infectives o d'altra mena.

Els mitjans que ens poden servir per a caracteritzar el puerperi normal i la infecció puerperal, pertanyen a dos grups: els bacteriològics i els clínics.

Sembla, a primera impressió, que els mitjans bacteriològics haurien d'ésser coneloents; si la infecció puerperal, com tota infecció, és causada per gèrmens, de trobar-los en l'úter de la partera seria suficient per a classificar el puerperi com infectat i la seva absència per a considerar-lo normal.

Però no passa així, sinó tot el contrari; passant lleugera revista dels principals treballs bacteriològics dintre de l'especialitat tocològica, veurem que la confusió existent condueix a considerar amb preferència als mitjans clínics.

DÖDERLEIN, en 1887, va demostrar que la cavitat uterina era estèril en el puerperi normal. Molt prompte va sofrir aquest concepte radical transformació.

BURCKARDT trobà que els loquis uterins, examinats al segon dia del puerperi, contenien microbis en el 85 % dels casos i que solament eren estèrils els primers dies després del part.

DÖDERLEIN també trobà després que els loquis uterins de 250 parteres normals, contenien microbis el 83 % dels casos.

SCHEIB senyala flora bacteriana en l'úter de la partera normal del quart al sisè dia, que després, en les següents setmanes, recobra lentament l'asepticitat habitual.

FRANZEN, BUMM i ZWEIFEL, admeten que molt ràpidament, després del part, és invadida per gèrmens la cavitat uterina.

DÖDERLEIN, BURCKARDT i MAX, han dit, posteriorment, que l'úter de la partera és solament estèril en les primeres 24 hores.

FRANZ, STOLZ, SIEGWART i altres autors, àdhuc en les primeres 24 hores després del part, han trobat gèrmens en l'úter del 50 % al 72 % dels casos.

FABRE ha demostrat en molts casos la presència d'un estreptococ hemolitzant en el loqui de la partera normal, inofensiu en una partera determinada, però que, inoculat a una altra, pot ocasionar-li la mort ràpidament; d'aquí el gros perill, que alguns casos, àdhuc en apariència normals, poden ésser causa de greu contagi.

WATWIG i BILY han pogut demostrar en la flora bacteriana de puerperis normals, la presència de bactèries que no existien en l'embaràs i el canvi de reacció, d'acidosa o alcalina, del medi vaginal.

STAHLER-VINKLER, VOGEL, STOLZ, SCHEIB i altres autors han demostrat també l'emigració de bactèries de la vagina a l'úter, en parteres normals i que no havien sigut tractades durant el part.

KEHRER provoca flemons en els flancs, vacunant a parteres normals amb el seu propi loqui.

LIKewise inocula animals amb loqui de partera normal i ha observat alguns casos d'infecció seguits de mort.

MARÈ i CHIRIÈ opinen que no és impossible que puguin trobar-se gèrmens patògens en totes les parteres, amb freqüència ja després del quart dia i que poden existir sense febre.

De tots aquests fets, sembla resultar que, bacteriològicament parlant, tots els puerperis serien anormals o infectats.

Ja en el camp dels mitjans clínics tenim com a dades de ju-

dici els signes i símptomes que ens subministren la temperatura, el pols, la involució uterina i els loquis.

La temperatura general de la partera tampoc és un signe de gran precisió, sembla que hauria de poder dir-se que el puerperi en què la temperatura axil·lar no passa de  $37^{\circ}$  (grau màxim que la fisiologia ens senyala com a normal), és el puerperi que devem considerar com a normal, però no passa així moltes vegades la temperatura s'enlaira per damunt de  $37^{\circ}$ , i no per això els fenòmens íntims genitals del puerperi sofreixen alteració. En primer lloc, sabem per la fisiologia que el calor animal és produït per les reaccions químiques metabòliques exotèrmiques, principalment per les oxidacions d'origen muscular, i que molt freqüentment, després de parts treballosos, durant les primeres dotze o quinze hores, el termòmetre marca uns dècims i fins un grau i més per sobre de la normal, i que tots els autors estan conformes en el concepte de febre de fatiga o de treball; també en moltes ocasions i d'un modo especial en els primers dies del puerperi, observem el fet d'un intens tremolor de fred, seguit de gran ascensió tèrmica i abundant sudació, al mateix temps que amb la consegüent freqüència de pols i que al dia següent tot ha retornat a la més absoluta normalitat, aquesta febre no és infectiva puerperal, va acompanyada de cruïment general, no notem ni en aquell dia ni en el següents cap alteració en l'estat dels genitals interns, i deu atribuir-se a una especial susceptibilitat de la partera a les variacions de temperatura o a l'ocasió d'un refredament, ja que no és estrany que en les sales de l'hospital s'observi de vegades més d'una partera en aquestes condicions en determinades variacions atmosfèriques, i el tractament de la qual pot ésser un senzill sudorífic. Altres vegades pot la partera, en dies més avançats del puerperi, sofrir també un accés febril soptat i intens, precedit també de tremolors de fred, la qual febre remet en els dies següents i és una infecció mamària, fàcil de diagnosticar i que devem separar-la de les infeccions propiament genitals. Queda un punt especial per a tractar, el de la hipertèrmia considerada com fisiològica per la majoria d'autors, en el dia de la pujada dels pits per el tercer i quart dia del puerperi i en especial en les dones nervioses, una xifra màxima serà  $37^{\circ}3$  segons FABRE,  $38^{\circ}$  segons MAYGRIER i RECASENS i  $38^{\circ}5$  segons BUMM, i que, com veurem en altre lloc d'aquest article, no és considerada per nosaltres com a fisiològica.

El pois és un element de judici clínic que té gran importància per a limitar els dos grups de puerperis; en el normal és lent (bradicàrdia fisiològica) en el 25 % dels casos, segons FALASCHI, el 63 % segons OLSHAUSEN i el 72 % segons VARNIER, lentitud que és més accentuada en les múltiples, que comença unes hores després del deslliurament i pot durar alguns dies i que fluctuen generalment entre 60 i 70 pulsacions per minut, essent en alguns casos extremadament lent, 42 pulsacions per minut en un cas citat per NÚBIOLA i fent ressaltar dit autor, i també FABRE, que precisament aquesta bradicàrdia és un excel·lent signe de bon pronòstic per a la marxa del puerperi. En els altres casos en què no existeix bradicàrdia i sense deixar d'ésser normals, no passen de 80 pulsacions per minut. El fenomen clínic de la pujada del pit, generalment no modifica el ritme del pols. Tingui's present que en els casos d'anèmia posthemorràgica, el pols és freqüent, com a defensa orgànica obeint al fisiologisme regulador respiratori i circulatori.

La involució uterina es un treball de reducció de l'úter, degut, segons la generalitat dels autors, a la repressió d'algunes de les fibres musculars hipertrofiades o neoformades durant la gestació i a l'atròfia i desaparició d'altres, a més, junt tot això amb la retractilitat i contractilitat de la fibra muscular uterina; aquests fenòmens donen lloc a que trobant-se el fons de l'úter, després del deslliurament, poc més o menys a nivell del melic, disminueixi en alçària aproximadament 1 cm. per 24 hores essent aquesta reducció més lenta passats quatre o cinc dies i trobant-se el fons de l'úter a nivell del pubis, unes vegades dels 9 als 12 dies, i altres dels 12 als 15 dies. Moltes causes poden donar lloc a subinvolució i sense alterar la normalitat del puerperi, en primer lloc la multiparitat és una de elles, és un fet comprovat en clínica que en les grans múltiples i especialment si els embarassos han sigut molt apropats, el treball de reducció uterina es fa amb gran lentitud; lo mateix que en els casos de gros embaràs (gemelar, hidroamnis, fetus gran), igualment en les desviacions uterines, que congestionan l'úter, augmenten son volum, i dificulten el treball de reabsorció de productes de desintregació muscular; i també en les primíparas d'edat, especialment en les que porten alguns anys de matrimoni estèril, sabut és que les excitacions genitals no completes i no seguides de gestació son causa de desenrotll de miomes, i també en nostre cas podrien ésser molt bé la causa

d'hipertròfia muscular uterina (úter miomatós) que dificultarà en el puerperi la ràpida reducció de l'úter. No oblidem que la repleció del recte i especialment de la bufeta poden ésser causa d'elevació de l'úter per desplaçament, però en aquests casos l'amplària de l'úter no correspon a l'alçada del fons i a més, és sumament movable, devegades piloteja. L'úter ha recobrat les dimensions normals i ha regenerat completament la mucosa cap a la 5.<sup>a</sup> - 6.<sup>a</sup> setmana després del part unes vegades, i altres cap a la 7.<sup>a</sup> - 8.<sup>a</sup> setmana. L'úter no infectat a més dels caràcters uterins, no és dolorós a la pressió (recordem el fenomen normal dels dolors de sobrepant) i és movable, signe aquest últim de que existeix normalitat en el seus lligams i atmòsfera cel·lular que el rodeja.

El loqui normal és cruent o sangnós durant els primers dies del puerperi, es l'anomenat loqui sangnós, i és serosangnós en els següents dies, fins al 6.<sup>e</sup> - 8.<sup>o</sup>, no essent normal el que siga serosangnós posat a just temps; per a reparèixer després, en el 12<sup>o</sup> - 15 dia, altra pèrdua sangosa, que dura dos o tres dies, i que es creu que correspon a la primera ovulació després de la gestació. El loqui normal, a més dels caràcters anteriors, deu recordar-se que no és espès ni enganxós, deu ésser roig, rosat o groguenc, segons el dia del puerperi, degut a la barreja amb distintes proporcions de sang i sèrum. i mai deu ésser fètid ni purulent.

¿Quin concepte clínic devem tenir de l'infecció puerperal? Les grans infeccions puerperals es diagnostiquen sense necessitat d'aguditzar el sentit clínic, les septicèmies, les piohèmies, les peritonitis, les anexitis i cel·lulitis, les grans flebitis (flegmasia alba-dolens), les metritis i endometritis totals, donen lloc a quadres clínics que s'aparten en gran manera de les ratlles generals marcades; però les anomenades per NUBIOLA «petites infeccions puerperals» com l'endometritis limitada a una petita zona, flebitis acantonada a un sol trombus venós uterí dels mateixos que fisiològicament es formen després del deslliurament a nivell de la zona placentària, l'infecció localitzada en algun punt del coll uterí, en alguna erosió o ferida de les que correntment tenen lloc en el període de dilatació, etc.; tots aquests quadres infectius, tan localitzats, produïts per gèrmens banals, i en moltes ocasions ben aïllats per excel·lents defenses de

teixits veïns, donaran lloc a tan escassos i velats símptomes clínics, que amb facilitat poden passar inadvertits.

La temperatura pot no ésser superior als límits marcats per la generalitat dels autors per al puerperí normal, ni tampoc tenir més duració, d'aquí un greu perill, el creure que la pujada del pit amb el seu malestar general és causa de febre; sembla que no es dona importància a la hipertèrmia del tercer al quart dia de puerperi, hipertèrmia que crida l'atenció, que si és fisiològica no siga més constant, en 1,796 històries clíniques revisades de puerperis de parts de terme de la Clínica d'Obstetrícia de la Facultat de Medicina de Barcelona a càrrec del professor DR. NUBIOLA, he observat 1,022 o sigui el 57 % dels casos, en què la temperatura no ha sobrepassat de 37°; i tinguem també present, que les infeccions puerperals, generalment comencen en aquells dies (a no ésser les grans septicèmies estreptocòciques i les infeccions oculars que comencen abans); perquè els gèrmens sembrats durant el part, o la flora genital quan és causa de patologicisme, necessiten uns dies d'incubació per a produir mal, és a dir, que precisament coincideix amb la pujada del pit, el començament de l'immensa majoria del processos infectius puerperals, i sots la rutinària màscara de la hipertèrmia considerada com a normal, poden amagar-se afeccions de poca importància al començament, i de gravetat i duració després, si amb aquelles parteres no tenim cuidados especials. En nostre concepte, totes les petites elevacions tèrmiques per damunt de 37° en els dies de la pujada del pit, reflexen procés infectiu puerperal, com ens ho confirma l'atenta observació dels altres símptomes clínics.

L'úter està sempre retardat en sa involució en els casos d'extensa infecció de la regió del cos, l'infecció és la causa més freqüent de la subinvolució; però aquelles petites, limitades i ben aïllades infeccions, poden no ésser causa de subinvolució, per exemple: quant l'infecció radica en alguna erosió del coll i respectant el cos; quan és un petit trombus uterí l'infectat o una petita zona d'endometri, que per retenir algun penjoll de tels ovulars o un tros de cotiledó, hagi donat lloc a que pul·lulin en aquell punt algun germen dels no-més virulents, o algun saprofit; en tots aquestos casos, devem apurar l'exploració, i un lleuger dolor a la pressió, limitat en algun punt de la zona uterina ens descobrirà la localització del procés, unes vegades i amb gran freqüència en la regió de les astes (punt relativament

freqüent de l'inserció placentària); altres vegades en zona baixa, en els casos d'inserció baixa de placenta; altres vegades serà un lleuger dolor periuterí, també a la pressió, que en absència de complicacions anxials, i a més, si va acompanyat de freqüència de pols, ens descobrirà una flebitis d'un tronc periuterí. El dolor uterí a la pressió falta en les infeccions limitades a la porció vaginal del coll.

Poden trobar-se els loquis sense alteració, pot faltar el loqui espès, tèrbol i enganxós, de color fosc, ja terrós o ja axocolatat i fètid, que caracteritza les endometritis puerperals totals i les infeccions també totals del coll uterí, el qual loqui uterí infectiu altera la flora vaginal i converteix tota la filera genital en un tub de cultiu de saprofits anaerobis; en general, en aquells limitats processos infectius, s'altera molt poc l'aspecte i olor loquial, i en moltes ocasions no notem cap desviació de lo marcat com a normal, com passa per exemple, en les petites i limitades flebitis uterines.

En canvi el pols és un element ressort d'importància, com ja hem dit, generalment no l'altera en freqüència la pujada del pit, i la seva lentitud és un excel·lent signe de bon pronòstic per a la marxa del puerperi, i podem afegir d'un modo molt general, que és el signe que més sensiblement reacciona a l'infecció, al propi temps que ens marca la gravetat, pot alterar-se en freqüència abans que aparegui la febre i àdhuc pot existir sense febre; i és tant important el símptoma clínic «freqüència de pols» que pot considerar-se com anormal, a tot puerperi, que en absència d'altres processos infectius (tuberculosi incipient per exemple) i d'anèmia posthemorràgica, presenti més de 80 polsacions per minut; però comptades com sabem, en un període de calma moral i física de la partera, el més petit moviment, o la més lleugera impressió moral, pot ésser causa de taquicàrdia durant uns minuts. És tan important el coneixement de la freqüència del pols, que àdhuc en els casos en què es presenta aïlladament és suficient per a diagnosticar una extensa trombosi venosa (signe de MAHLER), trombosi de les venes uterines que pot passar a les periuterines i ésser causa en algunes ocasions, d'una embòlia mortal.

En comptats casos d'infecció puerperal lleugera, pot faltar la febre i la freqüència de pols; nosaltres hem vist alteracions dels saprofits vaginals, que fins arriben a invadir l'úter i do-

nar lloc a subinvolució i fetidesa loquial, no produint alteració del pols ni de la termogènesi.

Com fa notar NUBIOLA, no deu confondre's el concepte «petita infecció» amb el concepte «bon pronòstic», generalment les dites petites infeccions puerperals són infeccions molt localitzades i produïdes per gèrmens banals, moltes vegades saprofits, però que poden molt bé associar se amb altres patògens, poden preparar-los el terreny, i tots junts en associació microbiana, produir les formes greus i àdhuc mortals de l'infecció puerperal. Aquelles petites hipertèrmies dites fisiològiques, com ja hem fet notar, són considerades per nosaltres com revelació d'un estat infectiu puerperal, i tenint en compte les complicacions per associació microbiana que acabem de senyalar, deuen merèixer tota nostra atenció.

No deurem qualificar de lleu cap forma de procès infectiu puerperal, i la seva evolució depèn, la major part de vegades, de la conducta seguida amb la partera.

Un cas clínic recent que ingressà a nostra clínica de la Facultat de Medicina, servirà d'exemple a lo que sustentem. J. T. de 24 anys, xarampió en l'infantesa i sense altres antecedents patològics; III para, embarassos i parts normals. Després de l'últim part i segons ens refereix la malalta i la família, passà tres dies bé i al 4.<sup>rt</sup> dia va aparèixer febre que durà tres dies, amb fetidesa loquial, després es va posar bé, es va aixecar del llit al 8.<sup>te</sup> dia i al 10 dia, va haver novament de posar-se al llit amb dolors en el baix ventre, vòmits i febre alta, després ingressà en la clínica, fem el diagnòstic de peritonitis puerperal generalitzada, apliquem el tractament convenient i mor als tres dies. En l'autòpsia vàrem comprobar aglutinació de les anses intestinals entre elles i amb l'epíplon, pus en el douglas i l'úter i anexas en perfecte estat de reintegració anatòmica, sense senyals macroscòpics que ens senyalessin el punt d'origen de l'infecció peritoneal. ¿Què va ocórrer en aquest cas? Una infecció benigna al principi, per la seva localització i pels seus gèrmens causals, que desconeguda i sense cuidados especials, va ésser després la causa de complicació i greuge mortal.

L'infecció pot ésser d'origen heterogen i autogen, la primera produïda per gèrmens portats de fora i sembrats en l'aparell genital, la segona pels gèrmens de la flora genital (que poden

canviar les seves condicions de vida pel nou estat del puerperi) o per gèrmens d'altres aparells, que poden arribar a la zona genital.

Tractament antisèptic durant l'embaràs, de totes les infeccions, tant de l'aparell genital com d'altres aparells, principalment de l'urinari i digestiu, que amb ses freqüents colibacilosis, precisament favorides en llur aparició pel transtorn mecànic abdominal de la mateixa gestació, l'alteren molt freqüentment en la bona marxa; asèpsia i antisèpsia en el part, quan menys, com en qualsevol intervenció quirúrgica ginecòlogica per via vaginal.

Res d'irrigacions vaginals ni en l'embaràs, ni en el part, ni el puerperi, sempre que transcorrin normalment; en l'embaràs alterarien la flora genital que segons DÖDERLEIN té un important paper defensiu i quan menys serien inútils; i en el part i puerperi podrien ésser causa de transport de gèrmens a l'interior de l'úter, gèrmens de la flora intravaginal que ja hem dit poden alterar-se en ses condicions de vida i convertir se en patògens, i essent sempre de més importància una infecció uterina del cos que una infecció de zona genital més baixa. Queda reservada l'irrigació vaginal en les parteres, per als casos de fetidesa loquial i a ésser possible, passats els primers dies de puerperi.

Allunyar com a procediments habituals el raspat i escovillonat de l'úter, àdhuc en els casos en què es sospiti una retenció de restes placentaris, en primer lloc per la facilitat amb què generalment s'expulsen d'un modo espontani, i en segon lloc per la dificultat d'extreure'ls, ja que moltes vegades la cullereta rellisca per damunt dels restes i no els extreu; però si referent al raspat no haguéssim de dir res més, seria fins aquí una manipulació sense perill quan no podria ésser útil; però el raspat destrueix la zona leucocitària defensiva al voltant d'un focus infectat, obre boquetes vasculars i limfàtiques i facilita amb tot el transport i invasió de gèrmens a zones més altes; les complicacions parametritis i flebítiques són més freqüents en les parteres infectades tractades pel raspat que en les tractades per mitjans terapèutics. No oblidem que per circumstàncies especials de l'úter puerperal, és possible en tot raspat, i sense defecte de tècnica, el produir una perforació uterina.

Allunyar també com a procediment habitual els reconeixements vaginals i uterins en les parteres, amb ells es facilita

igualmente el transport de gèrmens a zones pures i pot produir-se també traumatismes en aquelles zones leucocitàries defensives.

Tampoc es deu recórrer amb freqüència a l'irrigació uterina, té els mateixos inconvenients, bé que en menys grau, que les altres maniobres uterines que acabem d'estudiar; però a més, i com en el raspat, exigeix mobilitzar l'úters, i això pot agreujar en gran manera una lesió latent anexial o paramètrica; l'irrigació uterina pot donar bons serveis en alguns casos, però a condició que no siga passats molts dies del puerperi ni repetida per molt temps.

Sempre que l'úter no involucioni segons el tipus normal, el ségol banyut serà el medicament indiscutible, tot lo que assolim en reduir l'úter i mantenir-lo petit i descongestionat, serà dificultar el començament d'una infecció o el facilitar la curació si ja existia.

Quan deu la partera deixar el llit? Els clàssics autors francesos les tenien al llit 21 dies, els alemanys i americans han preconitzat el llevar se molt prompte, des dels primers dies, i permeten el caminar des del 5.<sup>è</sup> dia; l'opinió dels primers és exagerada, i sabut és, que entre altres perills, té l'ocasionar en molts casos la retroflexió uterina; la dels segons es sempre perjudicial, predisposa a les desviacions i descensos uterins, que amb la seva congestió faciliten les complicacions puerperals infectives, perquè qui sap si en el dia del part hi ha hagut una sembra microbiana en l'aparell genital, o si la flora genital va a canviar-se en patògena, o lo que és més greu, si existeix una extensa trombosi uterina i periuterina, que com ja sabem, solament pot donar lloc a escassíssims símptomes clínics i l'aixecar-se prompte serà causa d'una embòlia mortal?

En el primer Congrés de l'Associació de Tocòlegs i Ginecòlegs de Llengua Francesa a Brussel·les (Setembre 1919) es discutí amplament el tema: «Aixecament prompte de les parides i operades» essent ponents BOURCART de Ginebra i BROUHA de Lieja.

BOURCART senyalà els inconvenients de la posició dorsal perllongada, entre ells, l'anèmia, atròfia muscular, dificultat en l'expulsió dels loquis i també el que després del part tingui lloc estasi venal en el sistema de la porta i cava inferior, i amb tot es facilita l'infecció puerperal, per retard en l'involució uterina i s'entorpeixen les funcions intestinals. També senyala l'entor-

piment de la secreció làctea. Malgrat això, considera perillós l'aixecament prompte; diu que té aventatges des del punt de mira de la supressió dels inconvenients del decúbit dorsal perllongat, però que no deu autoritzar-se fins que l'equilibri abdominal estigui restablert i la circulació hagi retornat a la normal. Acaba dient que el retorn a l'equilibri abdominal és favorit des dels primers dies, amb el massatge abdominal vibratori manual (principalment infrahepàtic), i amb el decúbit lateral i fins ventral, i després la posició mig sentada i sentada que favoreix la sortida dels loquis; que té gran importància el reconèixer la situació i estat dels òrgans genitals interns abans d'autoritzar l'aixecament prompte; i que les posicions intermixeltes mig sentada i decúbit lateral, faciliten el pas del decúbit dorsal a la posició vertical. El massatge abdominal, prompte favoreix l'aixecament prompte.

BROUHA fundant-se en els mateixos motius que l'autor anterior, mobilitza passivament des del 3.<sup>er</sup> dia els membres inferiors i ordena la flexió passiva del tronc sobre les cuixes (moviments apoiant-se la partera en els braços de l'infermera); del quint al sisè dia i essent ben faixada la partera, li permet d'estar-se sentada en una butaca, una hora pel matí i altra per la tarda, restant un moment a peu dret i executant lleugeres extensions dels braços i lleugers moviments de circumducció del tronc; al 7.<sup>è</sup> dia seran dues hores pel matí i dues per la tarda i curts passeigs per l'habitació; i des del 8.<sup>è</sup> dia fins la segona setmana, romandrà aixecada gradualment fins la major part del dia. Senyala que amb el seu mètode hi han més ganes de menjar i i fàcil digestió, millor involució uterina i desguàs loquial, perquè el treball muscular abdominal excita la contractilitat uterina, millor regressió de la vagina, periné i abdomen i més aptitud per a l'alletament. De les inculpacions que es fan al mètode, diu que no deu confondre's l'aixecament prompte amb el retorn prematur a la vida habitual; i que el tractament mobilitzador no permet esforços que puguin donar lloc a prolapsar l'úter per la relaxació en què es troben els seus lligams, ni romandre a peu dret des dels primers dies, sinó al contrari, mobilitza lleugerament l'úter i tonifica els lligams, lo mateix que el sol perineal i parets abdominals. Per fi, referint-se a l'embòlia, considera contraïndicada la mobilització prompte en els casos de tromboflebitis infecciosa, però no creu pugui favorir l'aparició de la trombosi asèptica, resultant de l'extensió anor-

mal d'un procés normal que assegura l'obliteració dels vasos de la zona placentària, que l'únic símptoma és la freqüència de pols, sinó al contrari, amb el tractament mobilitzador, no hi ha cap motiu que predisposi a aquella extensa trombosi, ja que activant-se la circulació pelviana i junt amb la més fàcil expulsió dels loquis, s'activa la retracció uterina i dels seus vasos i més bé sembla que siga profilàctic de dita trombosi. Acaba dient que el seu mètode és d'aplicació individual, pot variar en cada partera segons siguin les condicions.

Nosaltres després d'un tractament mobilitzador en una o altra forma (que les parteres d'hospital ho fan clandestinament), i després d'una inspecció atentíssima de l'estat de l'úter i loquis, de la temperatura i d'un modo especial del pols, si tenim el convenciment que tot està en regla, creiem no tindrà cap perill la partera per aixecar-se del llit durant un parell d'hores tots els dies de la segona setmana.