

**Tractament de les tuberculosis dites
quirúrgiques dins l'ambient hospitalari**

pel

Dr. PERE ALCOVER SUREDA

SOLAMENT per a correspondre a la gentilesa que suposa de la vostra part, haver volgut reunir-vos a Mallorca per a la celebració d'aquest certamen i creient obligat homenatge la col·laboració d'algun de nosaltres en les vostres tasques, és pel que m'atreveixo d'exposar a la vostra consideració aquest aplec de notes i suggestions. No espereu trobar-hi res de nou ni prou interessant perquè m'autoritzi a distreure la vostra atenció durant aquests breus instants; interpreteu la meva gosadia aparenta com un acte d'agraïment pel vostre gest de germanor i deixeu que presenti aquest treball a la vostra crítica amb la major modèstia.

Durant llarg temps fou sostinguda la lluita entre la doctrina intervencionista i la conservadora pel tractament de les òsteo-artritis tuberculosos; no cal fer història, tots la sabeu millor que jo, però a la fi, guardant cadascú les seves notes d'apassionat, es féu la llum veient-se que amb la intervenció s'aconsegueix el guariment més ràpid, però amb més sacrifici de la integritat anatòmica: Aquesta és la visió que jo tinc avui del problema; a uns malalts, per la seva edat, posició social, treball a què es dediquen, etc., els convé de perdre temps i estalviar teixit, i a uns altres al revés.

Els malalts d'hospital (tal com es mantenen encara avui dins el nostre país, gairebé tots aquests establiments), són de la primera categoria, o sigui, dels que no els convé gaire perdre el temps, us toca guanyar-lo, malgrat veure's obligats a sacrificar alguna més longitud del seu membre malalt, que compensaran fàcilment amb un aparell ortopèdic, pot ésser ben rudimentari: Això constitueix el principi general que ha de regir la nostra actuació a presència d'un malalt adult.

Un incís; quan em refereixo a intervencions aquí, entenc que es tracta de reseccions o amputacions i no a gratats, extirpació de seqüestres, empelts i altres maneres d'intentar el guariment sense extirpar tot o quasi tot el teixit malalt.

Entenent per adult el qui ha depassat els 23 anys, el meu criteri és, com pot ésser el de tots els qui tracten aquesta mena de malalts dins dels hospitals, francament intervencionista; únicament un estat general molt precari, complicacions greus de pit, ronyó, fetge, etc., o, al contrari, el caràcter incipient de la lesió, de la qual la imatge radiogràfica demostra apenes alteracions del contorn, sense reacció exagerada de les parts blanques o, per últim, algunes localitzacions que semblen beneficiar millor que les altres dels procediments conservadors, ens deturen d'aconsellar-la.

La ressecció ha de fer-se amb la idea de suprimir la totalitat del focus tuberculós; aquesta és, almenys, la meua preocupació; no ha aconseguit de tranquil·litzar-me la idea, exposada per firmes sobrerament autoritzades, de què l'extirpació parcial d'un procés tuberculós beneficiï el que resta i fins i tot els altres que pugui haver-hi de diferents localitzacions, com si es tractés d'un procés d'autovacunació per les toxines lliurades dintre del torrent circulatori o que la font més important de toxines en un malalt en certa manera acostumat a defensar-se'n, permeti l'aplicació de tots els seus esforços a dominar els processos menys virulents i en triomfi; em demano, encara, quines podran ésser les conseqüències de conservar aquesta part de teixit malalt, si l'organisme no ha aconseguit encara l'estat al·lèrgic necessari per defensar-se d'una generalització i quins mitjans tenim per mesurar aquest poder de defensa, si no és la tardana comprovació del seu fracàs, així com també havem de preveure la seva possible disminució per accidents que compliquin la intervenció mateixa, tal una supuració prolongada. Dos casos que demostren la raó d'aquesta prevenció actual nostra:

1er. Un home, de 32 anys, que em consulta per una artritis tuberculosa del genoll esquerre; el seu estat general és bo, però no se li féu l'exploració detallada de l'aparell respiratori; la radiografia demostra una destrucció del còndil intern, més reduïda a l'altre i alteracions superficials de la tuberositat de la tibia.

Ressecció que deixa part de la tibia infiltrada per respectar l'articulació tibio-peronea, el fèmur sembla sà. Al cap de vuit dies es suprimeix el drenatge; la ferida presenta molt bon aspecte; al novè es produeix una reacció febril que augmenta al següent, sense que hi hagi dolors a la regió intervinguda; al cap de tres dies de febre faig una exploració i de la part posterior surt pús; la

ferida  s oberta i s'installen uns quants tubs de carril per irrigar amb líquid de Dakin.

La infecció queda detinguda i, als tres mesos, el malalt camina pel carrer sense aparell. Als 20 dies sofreix una contusió i torci  del genoll operat, per una caiguda; retorna la febre i la supuració, que es tracta de la mateixa manera, però amb menys d'èxit; fa aparició una localització tuberculosa de pulmó i mor al cap de 4 mesos de llit, amb les llagues obertes.

20n. Una altra artritis de genoll en un noi de 17 anys, d'aspecte prou tranquil·litzador, i els internistes del seu poble afirmen que el pit està sa. Resecc ; cicatritza per primera intenció. L'aspecte de les superfícies  ssees, després de ressecat, és bo; no sembla que hi hagi res més infiltrat. Als dotze dies, febre de 38, vespertina, i pèrdua de la gana, que pocs dies abans tenia; en explorar el genoll, no puc trobar cap mena de procés supuratiu. La febre persisteix i el faig explorar pel meu amic Vanrell, que descobreix una invasió dels dos pulmons, nodular difusa, de tipus broncopneum nic, segurament provocada per una reinfecció per via hematògena. El malalt retorna a casa seva i mor als 4 mesos, amb la ferida ben closa i sense altra complicació que el no haver consolidat les superfícies  ssees.

Els dos malalts foren operats fora de l'Hospital, l'un a la meua clínica i l'altre al seu domicili particular; romangueren dins cambres que reunien excel·lents condicions higièniques i sense perills de contaminació, la qual cosa fa suposar que es tracta d'una auto-reinfecció. El primer cas pot haver-se produït per causa de la llarga supuració depauperant; però el segon no podem comptar m s que amb una debilitació del poder defensiu que aprofit  una resta d'infecció tuberculosa acantonada al teixit de l'os que semblava sa.

He dit abans que admetia tres casos d'excepció per al tractament quirúrgic de la tuberculosi òsteo-articular en els adults.

La primera és la contra-indicació general per tota altra intervenció que no sigui de caràcter necessàriament urgent; només cabria intentar l'amputació, si, essent la lesió visceral poc avançada, podem preveure per ella un curs favorable, després de suprimir un procés supuratiu de l'esquelet; em sembla que no cal argumentar-la.

La segona és defensable, havent observat bastants casos de guarits definitivament amb poques despeses de temps i de diners;

especialment està justificada aquesta actitud quan es pot ajudar el tractament fet dintre de l'hospital amb sojorns a la campanya subjectes a la immobilització i als banys de sol; podria citar bastants de casos que demostren l'èxit possible i que no detallo per no fatigar-vos i perquè tots n'havem observat més que jo; només diré que per a aquests considero un auxili de prou valor el tractament per la tuberculina i pels raigs X. Per últim, quan, després de 5 ó 6 mesos de tractament, no es nota cap variació en sentit favorable, crec millor d'acudir a la intervenció. Jo no sabria aconsellar altra cosa a un treballador adult. A Leysin, vaig conèixer un malaít de Rollier, que s'estava tractant una lesió d'aquest gènere feia 5 anys, ben bronzat i ben eixerit, fent joguines que venia per pagar la pensió i un mica també per fer el guariment de treball, i anys després, quan als 90 dies de feta la intervenció he vist regar les mongetes a un pagès de La Pobla, he sentit llàstima d'aquell soldat suís, i pena en recordar la seva heroica filosofia, esperant el guariment per anquilosi, amb l'únic avantatge de conservar la total longitud del membre, que una vegada perduda s'hauria compensat amb tres dits de sol.

Referint-me a la tercera, em sembla evident la diferència que hi ha entre ressecar una costella, que no té cap conseqüència, o practicar la mateixa intervenció al tarsi o, sobretot, al canell, on obtenim un resultat funcional molt imperfecte, el que constitueix motiu sobrat per actuar amb més prudència, esgotant, abans d'arribar-hi, tots els recursos de la terapèutica conservadora; aquestes lesions, a jutjar per la meva experiència, donen un tant per cent de generalitzacions més crescut que cap altre, però a canvi d'això, responen més ràpidament i millor que la major part de les altres al tractament conservador (immobilització, R. X. i hiperhèmia activa); jo n'he quedat bastant satisfet en alguns casos recents i aquestes observacions, de l'exactitud de les quals no puc respondre en definitiva perquè la meva estadística és massa reduïda, han fet que m'esforci a fer curta la permanència d'aquests malalts dins l'ambient hospitalari i que procuri que es traslladin els que no hi estan en un indret el més apropiat possible per al tractament higiènic, tenint en compte que facin amb bones condicions relatives el guariment d'aire i sol.

Per als infants, el problema es complica seriosament. Tenen a favor del tractament espectant: rer. Que no tenen cap més tre-

ball a què dedicar-se, que seguir el seu guariment, duri el que vulgui.

2on. Que, interessant quasi sempre la infecció tuberculosa el cartílag de conjugació i els punts d'ossificació, si en fem una extirpació àmplia, el membre no podrà comptar amb els dits elements per al creixement, i a l'escurçament degut a la intervenció s'hi afegirà el que es derivi de la dita absència dels punts generadors de l'os futur.

3er. Que són més fàcils de dominar per una reclusió llarga dintre l'aparell d'immobilització i que la seva pell, el sistema muscular, digestiu i nerviós s'hi adapten millor que els d'un adult.

Els és contrària perquè estan en l'edat propícia per una reinfecció interessant els pulmons o les meninges, i per més que ells són ja uns infectats, no essent-ho clínicament del pit, hi poden esdevenir fàcilment per reinfecció endògena o exògena, després d'una llarga permanència dintre d'un lloc com el que ocupen els nostres serveis hospitalaris.

Jo procuro de fer-los seguir un règim mixt d'hospital i camp, combinació que es fa molt dificultosa quan es tracta d'un fistulitzat, perquè si no està afecte d'infecció secundària, que ja és estrany, hi estarà dins breu temps i llavors s'ha de recórrer als desbridaments, gratatges, hiperhèmia per dutxa de vapor o d'aire calent, guariments antisèptic, etc., tractament difícil i costós a casa seva.

En els casos més favorables de famílies pageses que tenen una caseta a fora vila on poden instal·lar l'infant, podem esperar algun avantatge, però, i els altres? Els que no tenen mitjans d'ésser instal·lats tan sols dins un corral? Els que forçosament han de romandre mesos i mesos o anys dintre el mateix llit de la mateixa sala humida, entremig de corrents d'aire sempre impur i fred, respirant cada nit l'atmosfera enrarida per 20 altres malalts que se la disputen amb respiració fatigosa hores i més hores; que no poden gaudir de cap refinament en l'alimentació que pogués substituir la gana absent per la il·lusió de tastar un plat suculent, de grat aroma i acurada presentació, Què en fem d'aquests que tots sabem que no són tan escassos que no arribin a ésser objecte d'una amarga preocupació, que nosaltres som els primers a sentir?

Jo no puc dir-vos el que s'ha de fer, ni la meva experiència ni la meva autoritat arriben per a tant, però si que puc dir-vos el què he fet i recollir llavors de vosaltres, més autoritzats, consells que em corregeixin dels molts errors que segurament he patit.

Preneu compte, abans de tot, de l'absoluta carència de mitjans d'isolament en que ens trobem a l'Hospital de Palma; de l'absoluta necessitat d'acceptar la barreja de malalts de tota mena de malalties i, com a conseqüència, de què forçosament haig de renunciar a tot intent de tractament higiènic, fins i tot a traslladar els petits malalts al sol que aquí tant abunda, per falta de braços que els transportin; aquest privilegi queda exclusivament reservat als que poden anar-hi pels seus propis mitjans.

Per exposar-vos la conducta seguida en aquests casos, he cregut avantatjós fer-ne una esquemàtica classificació i expressar el meu criteri per a cada varietat. Parlarem, per de prompte, dels malalts que presenten una lesió única, clínicament parlant, i localitzada a l'esquelet, els que, segons l'estat d'evolució de la mateixa, podem classificar en la següent forma:

1er. Quan la imatge radiogràfica no acusa alteracions de l'os, ni per l'exploració són perceptibles símptomes de supuració: llavors, immobilitzada la regió amb un vendatge apropiat de guix, exagerant les precaucions per ço que la vigilància és escassa, se li fa una aplicació de teràpia profunda, no assolint mai la dosi eritema i, al cap de 15 ó 20 dies, se li fa una finestra prou ampla per practicar el guariment d'hiperhèmia activa amb la dutxa de vapor o aire calent. Al cap de mesos, si les molèsties persisteixen amb la mateixa intensitat, es repeteix la teràpia i tan aviat com l'estat de la malaltia ho permet, si li redueix el vendatge per començar el tractament ambulatori que permeti al malalt sortir al pati on troba aire i sol; si es tracta d'una localització altra que el membre inferior, es comença abans naturalment i, si l'organització dels serveis ho permet, comencem a treure el malalt el més aviat possible, o se li fan algunes aplicacions de sol d'altura.

2on. La imatge radiogràfica descobreix processos destructius de l'os i apareixen símptomes de supuració; afegim als mitjans indicats les puncions, seguides al cap d'uns 15 dies d'injeccions modificadores, correntment d'éter iodeformat.

3er. Destrucció extensa, formació de seqüestres, procés supuratiu; si el primer, els seqüestres s'han d'extreure i, puix que això obliga a intervenir, si la destrucció és tan extensa que no deixi concebre esperances de poder profitar la conservació de l'epífisi, en faig la ressecció, quedant a l'expectativa de les conseqüències, fatals de vegades i altres no, d'una manera que sembla incongruent, com demostren els dos següents casos:

1er. Un malalt de 13 anys; estat general prou satisfactori, va a l'Hospital pels seus peus, afecte de coxàlgia amb destrucció avançada, segons mostra la radiografia, interessant aparentment només que el cap del fèmur; presenta dues fístules que ragen poc; no té febre: ressecció del cap i gratat lleuger de les fungositats. Al cap de 5 dies, poden ésser suprimits els dos drens. La febre puja des del primer dia, després de la intervenció, a 38° i no baixa; als 10 dies s'inicia una granúlia que se l'emporta al cap de pocs dies més.

2n. Un noi d'uns 4 anys, procedent de Marsella; estat general molt deficient, pàlid i desnutrit; no pot marxar; presenta una coxàlgia amb 5 trajectes fistulosos que ragen un xic més que els de l'anterior; la radiografia mostra una destrucció molt avançada del cap del fèmur; el caire de la cavitat catiloidea està també afectat; no té febre. Intervingut als 8 dies del seu ingrés a l'Hospital, triomfa del xoc amb grans treballs, però a la fi millora i als 2 mesos deixa l'Hospital marxant ajudat per dos bastons; recentment he tingut ocasió de reveure'l i, amb tot i el seu escurçament d'uns 8 centímetres, marxa prou satisfet.

Si l'abcés està fistulitzat i no afecta la lesió una infecció secundària, fem els guariments amb l'èter o l'oli iodoformats, aprofitant per a les cavitats unes anfractuoses la major penetració del primer i, quan s'és aconseguida l'esterilització, s'intenta cloure les fístules amb l'auxili de la pasta de Calot o de Beck tantes vegades com es faci precís. Si l'estat general del malalt és molt precari, en tal cas no cal dir que l'expectació resignada és l'únic que es pot fer.

A presència d'un malalt que presenti lesions diferents, si aquestes lesions afecten totes l'esquelet, podem tractar-les tal com si cada una d'elles fos única, però, si afecten alguna víscera, la qüestió varia. Quan es greu, pren el lloc principal per inspirar la nostra conducta i l'altre passa a segon terme mentre duri la gravetat que desgraciadament no serà gaire; però, si no ho és, el problema és ben diferent; llavors arriba el moment de pensar si s'ha d'extirpar o no i jo no vacil per dir que, per poca esperança que faci concebre el gènere i l'estat d'evolució de la dita lesió visceral i per poc que cregui que l'altra pot entorpir la seva marxa favorable, ha d'ésser suprimida totalment per una intervenció; que més val conservar un infant mutilat que deixar-lo morir.

Resulten per a mi també prou favorables per a la intervenció