

Mortalitat fetal

pel

Dr. S. Dexeus i Font

ALGUNES DADES ESTADÍSTIQUES

A Espanya, neixen:

• L'any 1920,	623.339	fetus vius i	16.778	morts
" 1921,	648.892	" "	17.705	"
" 1922,	656.093	" "	17.551	"
" 1923,	662.576	" "	18.674	"

El promig anual és per cada 1.000 habitants, 30'37 de nascuts vius i 0'83 de nascuts morts i per cada 100 fetus vius 2'7 % de morts.

* * *

A la província de Barcelona, neixen l'any 1921, 33.899 fetus vius per 1.730 de morts.

A Girona, 8.006 de vius per 272 de morts.

A Lleida, 7.974 de vius per 89 de morts.

A Tarragona, 7.939 de vius per 213 de morts.

Les estadístiques dels anys 1922, 1923, 1924, 1925, 1926 que hem pogut consultar, donen les següents xifres:

Any 1922

Barcelona	32.769	vius i	1.659	morts
Girona... ..	7.096	" i	229	"
Lleida	7.649	" i	76	"
Tarragona	7.392	" i	215	"

Any 1923

Barcelona	34.704	vius i	1.720	morts
Girona... ..	7.304	" i	278	"
Lleida	7.584	" i	106	"
Tarragona	7.342	" i	215	"

Any 1924

Barcelona	34.818	vius i	1.759	morts
Girona... ..	6.908	" i	237	"
Lleida	7.263	" i	124	"
Tarragona	7.064	" i	184	"

Any 1925

Barcelona	35.522	vius i	1.794	morts
Girona... ..	6.848	" i	237	"
Lleida	7.112	" i	128	"
Tarragona	6.592	" i	189	"

Any 1926

Barcelona	35.292	vius i	1.520	morts
Girona... ..	6.845	" i	241	"
Lleida	7.060	" i	151	"
Tarragona	6.469	" i	191	"

Any 1921

(Capitals)

Barcelona	17.953	vius i	1.179	morts
Girona... ..	377	" i	16	"
Lleida	709	" i	26	"
Tarragona	593	" i	34	"

Any 1922

Barcelona	17.612	vius i	1.101	morts
Girona... ..	406	" i	17	"
Lleida	711	" i	18	"
Tarragona	563	" i	24	"

Any 1923

Barcelona	18.290	vius i	1.138	morts
Girona... ..	417	" i	28	"
Lleida... ..	795	" i	28	"
Tarragona	563	" i	34	"

Any 1924

Barcelona	18.212	vius i	1.052	morts
Girona... ..	404	" i	19	"
Lleida	820	" i	30	"
Tarragona	605	" i	26	"

Any 1925

Barcelona	18.860	vius i	1.140	morts
Girona... ..	401	" i	25	"
Lleida	918	" i	25	"
Tarragona	605	" i	41	"

Any 1926

Barcelona	18.641	vius i	894	morts
Girona... ..	380	" i	23	"
Lleida	886	" i	41	"
Tarragona	601	" i	41	"

RESUMINT:

Anys 1921 a 1926 (Províncies)

Barcelona	207.004	vius i	10.188	morts = 4'6 %
Girona	43.003	" i	1.494	" = 3'3 "
Lleida	44.642	" i	674	" = 1'4 "
Tarragona	42.848	" i	1.206	" = 2'7 "

Anys 1921 a 1926 (Capitals)

Barcelona.	109.568	vius i	6.504	morts = 5'6 %
Girona	2.285	" i	128	" = 5'3 "
Lleida	4.531	" i	167	" = 3'6 "
Tarragona	3.530	" i	205	" = 5'4 "

o sigui que les ciutats tenen una morti-natalitat superior al camp. Aquest fet és general a les quatre províncies catalanes. La diferència és menys notable en la província de Barcelona, i, en canvi, la més accentuada es la província de Tarragona. Com explicar aquest fet? Alguns invoquen la presència dels centres hospitalaris a les grans ciutats, on són portades les greus distòcies. Aquesta explicació em sembla inversemblant per les províncies catalanes, excepte Barcelona, puix que les Maternitats de llurs capitals tenen un nombre de parts al cap de l'any que es conta per desenes i d'un valor, per tant, petit per influir en l'estadística general.

Crec més aviat, que cal invocar altres factors per explicar la més petita morti-natalitat al camp. Jo he pensat en la possibilitat de què un cert nombre de fetus morts al camp siguin enterrats sense donar-ne coneixement legal, manera expeditiva per la gent del camp d'eliminar mals de cap i despeses.

El cap del Servei d'estadística de l'Ajuntament de Barcelona, senyor Cramouse, consultat sobre aquest punt, no negà la seva possibilitat, però el creu un factor poc important. La seva opinió, força valuosa, ha d'ésser tinguda en compte.

Cal cercar, doncs, en altres causes l'explicació d'aquest fet paradoxal.

A Barcelona, la seva població de procedència forana, la de pas, gent que generalment viuen en deplorables condicions higièniques, poden donar lògicament un augment de la morti-natalitat. Remarco, de totes mares el fet de què la majoria de les embarassades d'aquesta categoria, estan subjectes a una vigilància mèdica, puix que inscrites a la Beneficència Municipal són ateses per un servei organitzat i compost de gent entrenada.

Avui per avui, doncs, no m'atreveixo a donar una explicació concreta d'aquest fet, però em permeto d'insinuar la sospita de què convindria aproximar-lo de l'observat actualment per la majoria d'autors alemanys, els quals després de la famosa proposició de Max-Hirsch publiquen dades estadístiques, els uns en pro, els altres en contra, de la tan debatuda tesi.

Semblen observar els esmentats obstetres que la mortalitat materna i fetal, és senzillament igual en els parts assistits a les clíniques com en els atesos en el carrer i en el camp.

Seria prudent no fer-se massa il·lusions respecte a l'eficàcia de la nostra actual terapèutica obstètrica, i és possible que tingui tan-

ta garantia, globalment, la dona de l'alta muntanya lleidatana com la ciutadana de la nostra metròpoli.

Afegim de totes maneres com a possible justificació d'aquests fets, que les ciutadanes són en general menys bones paridores que les dones del camp.

Les estadístiques dels nosocomis ofereixen una mortí-natalitat superior a l'assenyalada. L'any 1926, per 1.000 nats vius hi hagueren 53 fetus morts. En canvi, en els nosocomis, aquesta xifra pujà a 95. L'any 1928, de 1.250 nats vius, n'hi hagué 53'31 per mil de morts. En els nosocomis, aquesta xifra fou de 48. L'any 1929, per 1.000 vius hi hagué 53 morts. En els nosocomis, 90.

Per a l'estudi i la confecció d'aquesta Ponència m'he valgut de les dades de l'Obra Maternal de l'Institut de la Dona que Treballa. Es tracta de dades que encara que no molt nombroses, han estat correctament estudiades.

Dono a continuació l'esmentada estadística:

Nombre de parts: 2.051. (Des del gener del 1921 a 30 de juny del 1929.)

Fetus morts, 88; o sigui, 4'2 per 100.

Morts abans de començar el part	32
Morts durant el part... ..	27
Morts durant els 8 primers dies	29

* * *

Fetus morts abans del part: 32

Lues i macerats	12
Lues no macerats... ..	1
Macerat amb 4 voltes de cordó	1
Nefritis crònica	2
Prematur de setè mes... ..	1
Macerats per causa desconeguda	10
Tuberculosi... ..	1
Hidrocefàlia	1
Albuminúria gravídica	2
Hipermaduresa; excés de volum fetal	1

Fetus morts durant el part: 29

Per placenta prèvia	2
" infecció amniòtica i hipertonia uterina... ..	1

Per procedència de cordó	3
" procedència de cordó en estreta pèlvica... ..	I
" estretor pèlvica. Part ràpid. Fòrceps	I
" part d'anques. Part fàcil i ràpid	I
" lues	I
" apoplexia utero-placentària	I
" hemorràgia per trencament de vas funicular en inserció velamentosa	I
" prematuritat	I
" distòcia d'espalles	2
" tetanisme uterí	I
" trauma obstètric	2
" duració excessiva (3 dies). Inèrcia. Part es- pontani	I
" duració excessiva. Fòrceps	I
" assistència defectuosa... ..	2
" causa desconeguda... ..	5

Fetus morts després del part: 29

Per prematuritat	6
" " i lues	3
" " i bessons	2
" trauma obstètric (probable lesió meningo-en- cefàlica després de part operatori)	6
" lesió meningo-encefàlica després del part es- pontani... ..	2
" lues	I
" esclerema als 5 dies després de versió in- terna en estretor pèlvica... ..	I
" asfíxia blanca després de part d'anques	I
" assistència defectuosa. (Cesàrea per estretor, asfíxia blanca i manca de personal per a reanimar-lo.)	I
" neumònia	I
" neumònia als 12 dies. Mala conformació: intestí abocat a la vagina... ..	I
" monstrositat fetal	"
" cianosi congènita	I
" causa desconeguda... ..	2

La mortí-natalitat a la meua visita de l'Obra Maternal de l'Institut de la Dona que Treballa, és netament inferior a la pròpia de la ciutat de Barcelona.

L'any 1920, per exemple, hi hagueren per 16.429 fetus vius, 1.114 fetus morts, o sigui, el 6 %. Semblaria així obtenir-se netament un descens de la mortí-natalitat amb un Servei de previsió mèdico-social com és el nostre.

Estudi de les causes més freqüents de mortí-natalitat. Recursos que han d'ésser utilitzats per a evitar-les

Les causes que poden ocasionar la pèrdua de l'ou radiquen, ja sigui en la mare, ja dins de l'ou mateix. Cal dir, tot seguit, que en l'estudi d'aquestes causes és ben difícil de separar les de l'avortament i les del producte de la concepció arribat a l'època de viabilitat.

Les causes maternes poden ésser causes generals i causes locals. Entre les primeres, cal assenyalar en primeríssim terme les infeccions i intoxicacions cròniques: sífilis, nefritis crònica, diabetis, tuberculosi, malalties de les glàndules de secreció interna, totes les malalties infeccioses, etc. Les dues primeres són, sens dubte, les més importants.

Entre les causes maternes locals figuren l'estretor pelviana, l'endometritis, totes les anomalies de conformació genital que poden ocasionar una distòcia i, per tant, la mort fetal, la coexistència amb l'embaràs de fibromes i quistes de l'ovari que poden obrar en igual forma, així com l'importantíssim grup de la pèrdua fetal en el curs d'una distòcia, ja sigui de proporcions mecàniques, ja de dinamisme uterí, i en la qual una intervenció obstètrica va acompanyada de la pèrdua del fill. Està clar que en aquests casos és a vegades difícil el fer la part que cal imputar en la gènesi de la mort fetal a la intervenció i la que pertoca a la distòcia en si.

També com a causes que actuen a través de l'organisme matern s'ha d'assenyalar les emocions brusques, els traumatismes, encara que llur zona de producció no sigui la genital. Totes les causes que lleven ràpidament la vida de la mare (mort per anestèsia, per trencament uterí, per hemorràgia cerebral, per malaltia de cor) ocasionen la pèrdua del fetus en un espai curt, que no sobrepassa en general de 10 a 15 minuts. Assenyalem de pas la diferència que hi ha amb les malalties que actuen durant un temps més o menys llarg sobre els dos organismes, el matern i el fetal (totes les in-

feccions i intoxicacions cròniques, les malalties infectives agudes com la tifoide, la neumònia, la broncopneumònia, etc.) en les quals la causa letal produeix, abans de la mort de la mare, la de l'ou o l'expulsió prematura del mateix.

Les causes d'origen ovular són: 1.^a Les degudes a una acció t xica del mateix ou (toxèmia gravídica) que, ultra lesions maternes múltiples, origina directament o mitjançant aquestes o bé lesions placentàries, la mort fetal. En aquest subgrup podria classificar-s'hi, apart de l'eclàmpsia, l'hematoma retro-placentari; 2.^a Les originades per una inserció viciosa de la placenta (placenta prèvia); 3.^a Les degudes a anomalies o malalties dels anexos fetals (trencament del *seno* circular, trencament prematur de les membranes, l'excés i el defecte en la quantitat de líquid amniòtic, voltes de cordó apretades, tumors placentaris, la procedència del cordó, els nusos del mateix, etc.); 4.^a Les dependents del mateix fetus: excés de volum, vicis de conformació, presentacions vicioses.

Hem de fer, finalment, esment de les causes no definides, entre les quals ha adquirit una certa significació clínica, encara que mancada de tota mena d'orientació etiològica, l'anomenada mort habitual del fetus.

Causas maternes de mort fetal.—Sífilis.—La de major significació és la lues, que obra sobre el producte de la concepció, matant-lo *in utero*, o bé enmalaltint-lo i provocant la seva expulsió prematura i la seva mort en els primers dies de la vida. El curs i evolució del h redo-lu tic nat amb lesions compatibles amb l'existència i sovint amb tares hereditàries que es fan solament aparents després de mesos o anys d'existència, es surt dels límits traçats a aquesta part de la Ponència.

L'acció letal de la sífilis és ben coneguda, no solament com a causa de mort fetal, sinó també com a causa d'avortament, encara que respecte a aquest darrer punt la seva influència és molt discutida. Estudiant la influència de la lues sobre la marxa dels embarassos en les malaltes de la Maternitat de Barcelona, jo vaig trobar en 193 gestacions sifil tiques, 42 per 100 de gastaments o fetus morts i 58 per 100 de fetus de terme i prematurs vius o viables. A m s, en el 23 per 100 dels nats, la sífilis va influir d'una manera clara i evident.

En l'acció de la sífilis sobre l'ou, distingim sempre la diversa influència segons l'edat de la malaltia.  s sabut de temps que les

lues antigues podien permetre la concepció i el desenvolupament de fetus lliures del contagi. La vellesa de la malaltia portaria l'atenuació de la mateixa i per tant la minva del risc del contagi. És realment un fet d'observació clínica corrent en gestacions luètiques successives, la pèrdua del producte per avortament o macerat de terme en les primeres; vénen després els parts prematurs i en les darreres, finalment, productes sans o almenys, aparentment lliures de contagi. La transmissió materno-ovular de la malaltia no és, però, sempre així, ni guarda la relació cronològica abans esmentada; ans bé, sovint s'observen combinacions variades de la més diversa capriciositat en les gestacions específiques. En general, de totes maneres, és innegable que es pot admetre la influència atenuant del factor temps.

D'acord amb aquesta llei, les lues contretes simultàniament amb la gestació, o bé en el curs de la mateixa, solen ésser força letals per a l'ou. Així mateix, les lues tractades disminueixen en gran manera el risc de la contaminació fetal; o bé si aquesta té lloc, no és suficient per a ocasionar la mort del producte. En l'estadística ja esmentada, el percentatge de 37 per 100 de gestaments en luètiques no tractades disminuïa fins a 14 per 100 en els casos sotmesos a tractament. Aquesta xifra és encara susceptible d'ésser rebaixada, puix que en els nostres casos es tractava en general de tractament insuficients en quantitat i qualitat.

S'admetia abans, que la lue de la parella era més greu que la d'un sol cònjuge. Això seria possible si hom admetés la teoria de la sífilis conceptional, és a dir, la contaminació del producte pels treponemes procedents dels espermatozoos, sense deixar rastre en l'organisme matern. Aquesta tesi és avui insostenible.

Creeim, en canvi, que les lues maternes hereditàries, a vegades possiblement força llunyanes, no sempre fàcils de despistar clínicament ni serològicament, poden tenir una influència molt més atenuada sobre el producte de la concepció. La dona podria llavors donar a llum després de fetus ben normals d'aspecte a ous netament específics. Retornaré, de totes maneres, més endavant, sobre aquest punt.

No correspon fer aquí la descripció de l'ou sifilític. Limitant-nos a les causes de la mort fetal i a la manera d'evitar-les, solament faré constar que les alteracions que sofreix l'ou mort retinut dintre l'organisme matern són les mateixes, sigui la que sigui la causa que ha motivat la pèrdua. El macerat per lues no es pas

diferent, doncs, del mort per nefritis crònica de la mare o l'estrangulat per voltes repetides i apretades de cordó. Per altra banda, les característiques macroscòpiques dels anexos fetals luètics (augment de pes de la placenta amb minva del coeficient feto-placentari, color rosat de la placenta, consistència fofa) no són pas patognomòniques de la lues. Així mateix, les dades microscòpiques, amb tot i ésser d'interès marcat per a l'orientació etiològica de la mort fetal, no són el suficient reveladores. S'hi troben gairebé constantment lesions vasculars múltiples i variades (endoarteritis, peri-arteritis, pan-arteritis, trombosi) i de l'epiteli de les pilositats corials, que tenen marcada vàlua. Però, àdhuc per un històleg consumat, no permetran de posar gairebé mai una etiqueta diagnòstica definitiva.

Arribem així, automàticament, a abordar el problema del diagnòstic de la lues com a causa de la mort fetal. Per a establir aquest diagnòstic etiològic disposem de l'examen de: 1er., els antecedents; 2on., el clínic; 3er., el serològic; 4rt., el producte.

Aquest diagnòstic, en certes circumstàncies extraordinàriament senzill, resulta en altres prenyat de dificultats. Nosaltres podem ésser conduïts a fer el diagnòstic de lues, ja sigui en presència d'una dona gràvida, ja sigui davant d'un fetus expulsat mort. Tant en l'un com en l'altre cas, malgrat l'ajuda del Laboratori, no és sempre possible de puntualitzar bé la causa de la mort.

És diferent quan ens trobem davant per davant d'una dona que sabem ja de temps, clínicament o serològica, o ambdós a la vegada, malalta, i a la qual hem atés altres gestacions. La solució diagnòstica i terapèutica és, llavors, òbvia. Però sovint no és així. El metge és cridat a vegades per a veure un fetus mort acabat d'expulsar. Sospitarà lues per l'examen de la despulla, potser per la relació dels antecedents. Però si firma lues a la papeleta de defunció cometrà una lleugeresa diagnòstica (ja no dic que la remença, sempre possible, de la protesta del marit, disposat a airar-se davant del mot fatídic, àdhuc, per desgràcia, en certes ocasions en que se sap culpable, deturarà la ploma del metge). Més sovint, deixant per a més endavant l'aclaració dels fets, donarà un diagnòstic equívoc o banal (prematuritat, debilitat congènita, compressions del cordó, etc.) que equival a no dir res i que té l'avantatge de què no el compromet. Jo crec que així està justificada en part la poca vàlua que tenen les estadístiques globals de mortinatalitat. Ja són diferents les procedents d'un servei especialitzat en els quals l'a-

clariment diagnòstic no és qüestió d'unes hores o uns dies i hom es pot prendre el temps suficient per a esbrinar la causa de la mort fetal.

De totes les investigacions diagnòstiques, la que té més vàlua —quan es positiva, naturalment—és la recerca del treponema en els teixits fetals (fetge, cordó). Jo no he estat afortunat en aquesta investigació. He encomanat sovint als meus amics Drs. Fornells i Armangué aquesta recerca i sempre ha estat amb resultat negatiu, en casos manifestament específics.

Amb la investigació serològica, els nostres mitjans d'estudi de la lues han millorat molt. Abans que tot, el nombre de sero-reaccions positives en dones gràvides no luètiques és molt escàs. Willenbucher, treballant amb la Wassermann i el Sachs-Georgi, troba 3 casos sobre 90, que creu lliures de lues, en els quals la sero-reacció, positiva durant el part, ha esdevingut negativa vuit dies més tard en el puerperi. Aquesta falsa positivitat pot trobar-se bastant fàcilment en el sèrum de les eclàmpstiques i intoxicades, deguda a la presència de pigments biliars a la sang. Stuhmer i Dreyer, que han estudiat a fons el mateix assumpte, tenen idèntics resultats, és a dir, un nombre molt reduït de falses reaccions positives que atribueixen a l'existència durant la gestació de factors antihemolítics no específics.

Més aviat, un cert nombre de dones sifilitiques que ofereixen una Wassermann positiva fora de l'embaràs, veuen esdevenir negativa la seva reacció, que torna a ésser positiva passat el puerperi. Aquest fet estaria relacionat amb l'anèrgia humoral pròpia de l'embaràs i no pas privatiu de la lues. També les tuberculosos gràvides són menys sensibles a la cuti-reacció.

De totes maneres, el coeficient d'error, examinant globalment la qüestió, és molt petit. Boas Gammeltoft, que ha examinat una sèrie de 2.200 embarassades, de les quals 148 han reaccionat positivament, ha trobat solament 3 casos, en els quals, essent la reacció primitivament positiva, esdevingué negativa després del part, sense haver-hi manifestacions específiques.

Aquest petit coeficient d'error li fa concloure amb la integritat de la vàlua de la Wassermann durant l'embaràs. Així mateix opinen la majoria dels autors.

Quina reacció practicar? Amb què practicar-la?

La primitiva tècnica de Wassermann dona resultats molt notables. Cal fer constar, però, que en certs casos amb una hemolisis

molt tardana hom observa en canvi una reacció de flocculació molt lleugera o més marcada quan a les 24 hores de permanència a l'estufa, hom fa la lectura a l'aglutinoscopi. Convé, doncs, auxiliar-se en el diagnòstic serològic, ultra la Wassermann, amb el Meinicke, la reacció de Kahn, o el Sachs-Georgi, que donen reaccions neta-ment més sensibles.

La reacció serològica pot portar-se a cap amb el sèrum de la sang de la vena de la mare, amb la de la sang retro-placentària, amb la llet, amb la sang del cordó umbilical.

La sang retro-placentària i la del cordó umbilical tenen un avantatge comú: poden recollir-se fàcilment en el moment del part sense especials manipulacions. La retro-placentària té alguns adeptes (Pomini, Chappaz) que li troben una major i marcada tendència a la positivitats.

En canvi, la majoria dels investigadors reconeixen que té un valor relatiu i que quan és positiva cal contrastar-la amb la sang de la vena (Muger, Heiner, Finkener, Neugarten). Ells diuen haver observat reaccions positives en casos exempts de lues, que s'atribueixen a l'expressió de lipoides de les pilositats corials sota la influència de les contraccions uterines o bé a la presència de gèrmens a l'esmentada sang, procedents aquells de la flora genital (Säenger). Orskov, que ha investigat especialment aquest punt, nega la influència d'aquest factor, vist que ha trobat un cert nombre de sangs amb gèrmens gairebé totes negatives, i en canvi, moltes reaccions positives en sangs netament estèrils.

La sang del cordó s'utilitza també per a la R. Té l'avantatge d'oferir una presa fàcil, essent suficient un tub esterilitzat; quantitat de sang en general abundant que permet de fer distintes recerques amb variades tècniques. La seva obtenció és a més a més discreta (Trillat). Permet, a més, la millor documentació del cas amb l'estudi comparat dels resultats obtinguts amb les altres sangs (sang de vena, sang retro-placentària i la del fill, si és seguit el seu curs hemàtic en els primers anys de la vida).

Tingui's present que la R. amb la sang del cordó dona en general resultats concordants amb la practicada amb sang de la vena. Hi ha, però, excepcions.

La sang del cordó pot ésser negativa, mentre la de la vena és positiva. La inversa pot també succeir: R. de cordó positiva, i R. de la vena negativa.

En els primer d'aquests dos darrers casos (vena positiva i cor-

d  negativa) pot tractar-se d'un heredo amb o sense manifestacions, en el qual si es repeteix la R. al cap d'unes setmanes, hom la veur  probablement fer-se positiva.

Jo he vist casos de fetus clarament heredos, en els quals la R. era negativa, morir amb manifestacions evidents de lues.  s per aquesta raó que cal malfiar-se sempre d'un resultat negatiu en la sang del cordó. Per aquesta raó hi ha autors que l'han abandonat; Williams, per exemple, que en té una experiència abundosa, basada en 5.000 casos; Fildes, igualment. Ells la condemnen igualment per haver observat resultats positius en la sang del cordó, que esdevenen gradualment negatius a l'infant a mesura que transcorre el temps. Està clar que en aquests casos caldria pensar, diu Bar, en una transmissió transplacent ria d'anticossos de mare a fill que podrien conferir a aquest una immunitat passatgera. El fill podria llavors, en desaparèixer de la sang els esmentats anticossos, contreure la malaltia, contaminant-se de la seva mare si aquesta presenta lesions contagioses. Aquests fets han d'ésser tinguts, però per verament excepcionals en la clínica corrent.

En els casos de R. de vena negativa i de cordó positiva, sols cal pensar en l'anèrgia pr vidica. Probablement la R. esdevindrà positiva en el curs del post-partum quan aquell factor humoral negativador s'haurà esfumat.

En resum, doncs, la R de la mare té assenyalat valor. Combini's la tècnica de Wassermann amb les modernes tècniques (Sachs, Georgi, Meinicke, Kahn, Hecht). Pot completar-se amb l'examen de la sang retro-placentària i la del cordó.

Una R. positiva té molt de valor. Una R. negativa no exclou la s fili. Recordi's que les R. negatives són més freqüents en les malalties embarassades que en les no gràvides.

La llet s'ha utilitzat igualment per l'examen serològic. S'ha abandonat per donar resultats molt inexactes. Jo no en tinc cap mena d'experiència.

Examen clínic i estudi d'antecedents. — De l'existència d'estigmes somàtics d'heredo-lues, de la presència de manifestacions clíniques específiques, hom en treur  un profit per al diagnòstic de la mort fetal. Dec dir tot seguit, però, quan rar  s de veure manifestacions clíniques virulentes en aquesta classe de malalties.

Potser té una certa significació el fet de què aquestes malalties són sovint vistes per l' bstetra, de bon tros menys h bil que el si-

filiògraf en aquesta classe de despistatges. Per la meua banda són de raríssima remembrança els casos de lues en els quals el diagnòstic de la causa de la mort fetal ha estat fet a base de les manifestacions clíniques de la mare. Aquest fet és particularment evident en clientela privada.

Sabuda és la significació que tenen els avortaments, els parts prematurs, els macerats de terme o d'abans d'hora per a l'orientació diagnòstica. Convé, tanmateix, ésser especialment mesurat, en aquesta classe d'interpretacions, que seran sempre completades amb un examen serològic.

En l'estadística meua de l'Obra Maternal de l'Institut, seguint les anteriors normes per a l'etiquetament diagnòstic, trobo de 88 fetus morts, 16 en els quals la mort és amb seguretat deguda a la sífilis, la qual cosa implica un percentatge de 18 %.

Nefritis crònica.—L'examen dels antecedents posarà en evidència l'existència d'una lesió de ronyó, generalment ja tractada i causant moltes vegades de la pèrdua d'una o més gestacions en forma d'avortament o de part prematur amb fetus viu o mort. Si es tracta d'una primípara, l'aparició d'una albuminúria amb cilindrúria en els primers mesos ho diferenciarà fàcilment de la toxèmia d'embaràs amb albuminúria gravídica, que apareix gairebé sempre en el darrer trimestre. L'examen total d'orina, la investigació de la pressió arterial, la de la química de sang, posaran en el camí d'un bon diagnòstic, molt més fàcil generalment en aquest cas que a l'anterior per no mancar en aquests casos de dades objectives, algunes d'elles—com l'examen d'orina—de realització fàcil.

Jo tinc solament dues observacions, en les quals la mort fetal és imputable a la nefritis crònica de la mare, o sigui un 2 %.

Morts per causa ovular.—*Toxèmia d'embaràs.*—La forma més freqüent de toxèmia gravídica és l'albuminúria gravídica, la pre-eclàmpsia i l'eclàmpsia.

L'albuminúria més o menys massiva en una dona fins llavors indemne, l'orina rica en urats i fosfats, i pobra en urea, conté sovint pigments biliars i acetona i altres cossos de la sèrie cetògena; a l'examen de la sang, l'urea molt sovint per dessota de la xifra normal, trobant-se en canvi gairebé constantment un augment sensible del nitrogen residual (sobretot en els casos amb insuficiència

hepàtica) i una hipo-calcèmia notable. En els casos complicats amb eclàmpsia, el diagnòstic de la pèrdua fetal—si té lloc—serà obvi en diferenciar el procés de la urèmia convulsiva i de l'epilèpsia. Fem notar, tanmateix, la poca freqüència d'aquests darrers casos coincidint amb la gestació i essent causa de mort fetal.

Jo tinc dos morts per aquesta causa i una altra per apoplexia útero-placentària que, per ésser també una forma de toxèmia—crec cal incloure en aquest agrupament.

Assenyalo a més 2 morts per placenta prèvia, un macerat amb 4 voltes apretades de cordó, un per hemorràgia deguda al trenca-ment d'un vas funicular en una inserció velamentosa, 4 per procedència de cordó (un d'aquests casos coincidint amb estretor pelviana), i un, finalment, per hipermaduresa amb excés de volum fetal. Vull assenyalar aquí 8 prematurs que es perden sense que es pugui assenyalar—excepte en 2 bessons—la causa de l'expulsió prematura. A més a més, un hidrocefal, un monstreuós pseudo-encèfal—nosencèfal, una cianosi congènita, un esclerema, i un mort de neumònia—amb una mala conformació (intestí abocat a la vagina). A més, 2 fetus perduts a conseqüència d'un postura viciosa (presentació podàlica).

Causes maternes locals.—L'endometritis decidual amb la seva hidrohematorrea, amb les seves contraccions uterines prematures, pot ésser causa de l'expulsió prematura del fetus per minva de la seva àrea biològica placentària i per la posa en joc de la contractilitat uterina abans de temps. El fet és de totes maneres rar. Jo ho he vist alguna vegada en clientela, però, cap cop a l'Obra Maternal.

Així mateix les tumoracions, coexistent amb la gestació, no acostumen a engendrar la mort fetal, les diagnosticuem a temps en general avui, s'intervenien durant la gestació o bé si s'espera fins al termini no solen ocasionar l'expulsió prematura de l'ou. Aquesta és la meua experiència pel que fa referència als quistos de l'ovari (8 casos). Generalment passa el mateix amb el fibroma; però cal distingir segons la localització del fibroma. Els intersticials i els submucosos afavoreixen molt més el part prematur que els subserosos. Recentment he intervingut en el vuitè mes d'embaràs, fent una miomectomia seguida de cesàrea suprasinfisària en una malalta portadora d'un fibroma intramural de segment inferior, en el qual cas la meua mà fou forçada per les metrorràgies

que sofria la malalta. A la intervenció trobarem lesions marcades de la caduca motivades probablement per l'acció destorbadora nutritiva i mecànica del fibroma.

Les males conformacions genitals podran ésser causa de presentacions vicioses i llavors, indirectament, de mort fetal. En les meves observacions tinc anotat sovint útero-cordiforme, desenrotllament marcat d'un corn, etc., però, sense poder recriminar mai aquelles com a causa de mortinatalitat.

En aquest capítol cal estudiar l'importantíssim grup de les morts fetals per la distòcia. Hi entren tot seguit les morts per estretor pelviana, les motivades per un trastorn de la dinàmica del part (excès de contraccions o bé inèrcia, originadores l'una i l'altra de trastorns de circulació funicular i de recanvis feto-placentaris), les infectives ovulars.

Tinc 5 morts fetals que entren dintre aquest factor etiològic, o sigui, un percentatge de 5'7.

Ve tot seguit, automàticament gairebé, el grup dels fetus morts en el curs d'una intervenció obstètrica. Quan en el curs d'un part més o menys laboriós veiem l'aparició d'una causa de risc matern o fetal, està justificada la nostra intervenció. Aquesta no serà pas sempre una operació obstètrica; molt sovint ens contenterem d'una analgèsia, d'un occitòcic, d'una modificació postural. En certes ocasions, però, una intervenció reglada s'imposa. Des del fórceps a la vulva, fins a la histerectomia post-cesariana, tenim una gran gama d'intervencions obstètriques que porten—unes més, les altres menys—un risc de mort fetal. El fetus viu o amb signes de sofriment en començar, neix mort. Jo carrego aquests casos en el capítol de morts per traumatisme obstètric. El fallaciós d'aquest judici salta a primera vista. El fetus que es perd en mans del metge que vol resoldre una posterior que no roda i que comença a anar acompanyada de distònia uterina, i per a la solució de la qual l'obstetra decideix una versió, s'hauria perdut possiblement també si el part hagués estat abandonat al seu curs natural. No és just, doncs, d'imputar-les exclusivament a la intervenció practicada. Per a formar judici més afinat de la mortalitat fetal per operatòria obstètrica, cal: Primer, deduir el percentatge d'intervencions dintre el nombre total de parts; segon, la mortalitat materna global operatòria i per cada classe d'intervenció; i tercer, la mortinatalitat també global i per intervenció.

És fàcilment comprensible, en efecte, que un obstetra que ce-

saritzí molt tindrà una mortalitat fetal més petita que aquell que resolgui preferentment les seves distòcies per via vaginal.

Una cesàrea és molt més innocua pel fetus que una versió i que un fòrceps un poc laboriós. Tindrà de totes maneres aquell indubtablement una mortalitat materna molt més carregada. Posats a justipreciar interessos, hem de confessar els obstetres, que rars vegades marxen paral·lelament els de la mare i del fill en la valoració dels resultats obtinguts amb una determinada operació obstètrica; ans al contrari, la major garantia fetal augmenta sovint el risc matern. Es comprèn, doncs, que el que valori el present i el futur de la seva malalta, el que tingui en compte no sols l'èxit immediat, sinó el llunyà de la seva clienta tindrà preferència per la via vaginal, més benigna per la mare, però més perillosa pel fetus.

Heus aquí unes xifres obtingudes de l'Obra Maternal:

Fòrceps: 112. Fetus morts, 8, o sigui el 7'1 %. Mares mortes, 4, o sigui el 3'4 %.

Versions: 33. Fetus morts, 5, o sigui el 15'1 %. Mares mortes, 0.

Sinfisiotomies: 7. Fetus morts, 1, o sigui el 15'2 %. Mares mortes 1, o sigui el 14,2 %.

Cesàrees: 19. Fetus morts, 2, o sigui el 10'4 %. Mares mortes, 3, o sigui el 16 %.

Histerectomies: 7. Mares mortes, 4, o sigui el 57'1 %.

La via abdominal és la que dóna la major mortalitat materna. La fetal, per via abdominal, està entre la que dóna el fòrceps per una banda i la de la sinfisiotomia i la versio per l'altra.

La nostra mortalitat fetal en les cesàrees és bastant alta. Es comprèn fàcilment, puix que fem sempre intervencions després d'una prova de part suficient, amb bossa d'aigües trencada, durant unes hores, 4 ó 6 com a terme mig, per a jutgar el valor de la dinàmica uterina enfront l'obstacle (ens referim naturalment als problemes de desproporció pèlvico-fetal, per estretor pelviana o excés de volum de la criatura). El fetus en aquestes circumstàncies ha sofert ja sovint i pot perdre's en una intervenció ulterior. encara que aquesta sigui tan poc atemptatòria als seus interessos com una cesàrea. Els que practiquen cesàrees en ous íntegres poden tenir sèries fetals pràcticament blanques, així com resultats

materns també excel·lents en les esmentades sèries. Ara bé, si considerem globalment el percentatge de mortalitat materna en relació amb el número total de parts, en els que miren de minvar el nombre de cesàrees i en els que cesaritzen abundantment, cal reconèixer que la bona tendència és cap a la via baixa. La laparotomia sempre té un major risc que el part per via natural, àdhuc intervingut. Nosaltres no votàrem a favor de la proposició de Max Hirsch de substituir la via abdominal per la vaginal en cas de distòcia, per la nostra experiència personal i per dues raons més que ens semblen de molt de pes: 1.^a La matriu cesaritzada sempre representa per al demà un risc per a la mare, obliga moltes vegades a la repetició de la laparotomia, la qual repetició no és mai innoqua. 2.^a L'ús lleuger de la via abdominal pot portar a abusos lamentables, tant més lamentables quant seran la gent menys conixedora de les coses obstètriques, les quals es llançaran per aquesta via fàcil, enlluernadora, de grans èxits momentanis, però, prenyada de perills per al demà de la dona.

No insisteixo, vist que semblaria un atac a la proposició de Hirsch aquesta disgressió. Hi he fet al·lusió, ja que realment el decantament franc cap a aquesta proposició faria baixar el nivell de la mortinatalitat per operatòria obstètrica. Nosaltres, obstetres, hem de tenir molt en compte, més en compte encara, els interessos materns, i no ens podem llançar a l'aventura per aquest camí.

Prenent les meves xifres de l'Obra Maternal, trobo que la meua mortalitat operatòria és d'un 10 % aproximadament, agafant termes mitgs de les diferents intervencions obstètriques.

Altres causes poc freqüents de mort fetal. — És de tenir en compte la pèrdua del fetus per defectuositats d'assistència. Jo tinc a les meves dades, 3 casos, en els quals no puc trobar-hi altra explicació. El metge és cridat massa tardanament, quan el fetus es ja mort o sofreix visiblement i ha passat el moment oportú de venir-hi en ajut. A vegades, encara que neix viu, ve al món amb lesions—generalment meningo-encefàliques—incompatibles amb l'existència i mor a les poques hores o als pocs dies. Un fetus neix mort d'una mare tuberculosa havent tingut prèviament fetus vius i tenint posteriorment un fill sa. La sero-reacció fou negativa. Cal, doncs, atribuir-lo a la tuberculosi.

Un fetus es perd per 4 voltes apretades de cordó. Un altre per hipermaduresa, per duració excessiva de la gestació.

Finalment, anoto, 17 casos de morts fetals, de causa desconeguda. Són casos en els quals ha estat impossible per l'examen clínic i per les recerques de laboratori fetes a posteriori, el posar-los una etiqueta etiològica. Entre ells hi ha algunes observacions de mort habitual de fetus: dones que sense cap causa explicable perden el fill silenciosament, *in útero* en el darrer trimestre. Junt a aquests casos convindria afegir els d'expulsió prematura habitual del fetus. En els uns i en els altres, les investigacions serològiques han perm s d'eliminar un cert nombre de casos deguts a la lues. En queden, però, sempre un cert nombre, en els quals la investigació clínica i serològica no revela cap dada positiva. Els ous no són a més, les més deles vegades, ni macro ni microscòpicament específics. A més a m s, en un cert nombre d'aquests casos he practicat un tractament de prova antilue tic. El resultat fou també nul.

Dintre d'aquests casos, i també classificats com a morts de causa desconeguda, compto també un grup, en el qual hi ha certes dades que fan pensar en la sífilis. Es tracta de dones sense antecedents ni manifestacions clíniques, amb investigació serològica negativa, aix  com la del marit, que han donat a llum fills vius i sans, que comencen a infantar productes macros i microscòpicament netament específics. Assenyalen tot seguit que en aquests casos el tractament específic, quan s'insisteix oportunament i es fa en la deguda forma, permet d'obtenir un producte sa.

En resum, doncs, de les dades que jo dispo, les dues causes més importants de mort fetal, són, la sífilis i la pèrdua per distòcia, ja espontània ja intervinguda. Al costat d'aquestes dues causes assenyalen un nombre molt important de morts fetals de causa desconeguda. D'aquestes deduccions globals se'n desprenen algunes reflexions per al capítol de la profilaxi .

Millora de la mortalitat fetal

Per a descendir la xifra de morti-natalitat, hi ha un camí efectiu: fer el m s intesa possible la tutela mèdica de la Maternitat.

La Puericultura prenatal o fetal—aix  anomenem massa unilateralment aquella tutela, que protegeix per un igual mare i fill—té de permetre el despistar a temps moltes de les causes que poden pertorbar o entrebancar definitivament la bona marxa de l'embaràs.

L'examen acurat de l'embarassada consistirà en un reconeixement clínic general de la dona acompanyat dels complements d'investigació que siguin jutjats necessaris (exàmens sèrics, d'orina, investigació radiològica). L'examen obstètric permetrà de veure amb marcada anticipació moltes de les causes obstètriques de perill per al fill (estretor pelviana, presentació anormal). Dono especial importància a la investigació sistemàtica de la reacció de Wassermann i als més moderns mitjans de recerca humoral de la sífilis. Ens permetran de trobar algun cas positiu que probablement ens hauria passat per alt fins que la seva acció letal sobre l'ou fos ja un fet consumat. Dissortadament, aquesta investigació sistemàtica no és possible en tots els ambients.

La vigilància de la dona gràvida serà regular, estenent-se des del començament de la gestació fins al puerperi. La Puericultura prenatal es continuarà llavors amb la Puericultura pròpiament dita i l'infant passarà en el moment del naixement de les mans de l'obstetra a les del metge de nens. Aquesta tutela ja implica automàticament una bona assistència en el moment del part. No hi ha dubte de què un gran nombre de fetus podrien salvar-se amb una conducció més científica del treball de part en general i de la distòcia en particular i amb una seguretat tècnica en el moment de la intervenció obstètrica. Està clar que en aquesta terapèutica de la distòcia, el tocòleg ha de vetllar, ensems que pels interessos fetals, pels materns, i anotem que aquests dos ordres d'interessos no són pas sempre convergents ni tan sols paral·lels. Quan hom perd en el curs d'una tasca un fetus, ha de pensar sempre si amb una manera de procedir distinta o en unes altres mans, aquell no hagués pogut salvar-se. Hom anirà així al convenciment de què ultra la mortalitat fetal operatòria, obligada en tota mena d'intervencions en les quals es ventilen interessos fetals, tot metge posseeix el seu coeficient de mortalitat propi, inherent al seu *modus operandi*, a les seves preferències per una o altra tècnica, als seus entusiasmes, a les seves rauxes i a les seves manies que el portaran per un temps a usar i a vegades a abusar d'un procedir que al cap d'uns mesos o uns anys abandonarà per un altre que creurà millor. Aquest desig de millorar, de superar-se constantment, obligat en tot professional—i potser en el sanitari més que en cap altre—porta finalment a un reconfortament, a un estat d'equilibri de judici i de procedir, que alguns temperaments escollits assoleixen aviat, que uns altres inquiets no obtenen mai i que la majoria, forts d'una

experiència i d'uns anys, desvirtuen lamentablement, desfigurant-ho i erigint-ho en una superioritat personal que potser existeix, però de la que no cal enorgullir-se'n.

Dos punts dec tocar aquí. És el primer el referent a l'assistència de la distòcia a la Clínica. Admetem la solució d'un fòrceps urgent a la vulva en el domicili de la malalta; però la manera de millorar els resultats materns i fetals en tota distòcia greu és traslladant la malalta a un Sanatori. Anotem de pas la penúria de Clíriques Maternals—gairebé inexistència—a Catalunya. Millor seria, naturalment, que la gent s'avesés a l'internament al Sanatori—àdhuc per al deslliurament normal.

És el segon punt, el referent a la llevadora. En els llocs on sigui possible, fóra de desitjar que la matrona perdés la seva autonomia professional. És realment absurd pels interessos de fill i de mare, que la llevadora tingui la tutela del part fins el moment en què ella ho cregui oportú, per reclamar després l'ajut del metge. Aquest és demanat moltes vegades quan el fetus ja ha perdut la vida o bé quan poca cosa es pot fer ja per ell. La conducció científica del part no comença pas en el moment en què és menester intervenir; potser té tant o més valor que la intervenció, la conducta anterior a ella i l'oportunitat de la mateixa. En les grans poblacions, on hi ha gent entrenada, no crec pas que aquesta manera de procedir fos irrealitzable. Jo no puc dir si el posar la matrona sota el control del metge, portaria inevitablement una minva de la morti-natalitat, però se m'apareix innegablement com un recurs, de bona orientació científica per aconseguir-ho.

Hem de tenir present que tenen un lligam amb aquests problemes de millorament de la xifra de morti-natalitat els de l'entrenament professional dels metges. Molts metges rurals tenen encara com a procedir inassequible per a ells una sutura un poc complicada de periné o un fòrceps a la vulva. Tot intent de millorament de la xifra de morti-natalitat a base de la col·laboració d'aquests elements, l'actuació obstètrica dels quals és per a ells solament originadora de basarda, no deixa d'ésser un pur eufemisme, car mancats d'una base o d'una orientació, són difícilment susceptibles d'un millorament. No apuntaré remeis per a la solució, perquè tenim a la Ponència gent molt més qualificada per a fer-ho. Deixaré anar unes suggestions. El nombre de llits obstètrics de què disposem a Barcelona és molt petit. Gairebé nulla a les altres poblacions catalanes. Els pocs Serveis obstètrics que funcio-

nen regularment veuen perdre's lamentablement llur material científic per a l'ensenyament. No podrien els estudiants de Medicina fer un estatge obligatori d'un trimestre o d'un semestre en un Servei de Parts? Està clar que això depèn de l'abundor de material de què es disposa i del nombre d'alumnes que cal ensenyar i entrenar. Aquest darrer és, en general, lamentablement desproporcionat a les possibilitats d'un bon ensenyament.

He insistit bastant fins aquí, sobre la conveniència d'una tutela mèdica completa de la Maternitat. Està clar que convé, abans que tot, de disposar de llocs i estaments que la proporcionin a la gent menesterosa. És menester, també, que el públic acudi a les obres de protecció mèdica de la Maternitat. Indispensable per aquest fi que tingui una cultura mèdica general ben orientada. Aquesta cultura, però, és indeslligable d'altres caires de la cultura del poble. I la cultura del nostre poble, en aquest aspecte, almenys, dóna encara sovint la impressió de poc airejada. Sigui'm permès de fer l'incís de dir aquí que dubto de l'eficàcia dels mítings sanitaris i dels llibres de divulgació mèdica corpulents i espessos. Molt modestes divagacions per a poder deduir que és menester una sensibilitat més fina, un acarament més franc amb els múltiples problemes de la vida moderna perquè la nostra gent tregui profit dels instruments de protecció a la Maternitat i a la infància que els posem entre llurs mans. La tasca educativa, constantment infiltrant de la predicació del metge en el si de les famílies, té el màxim valor. Requereix, però, juvenut de part del professional, el que significa temps per a perdre i un temperament a propòsit.

L'ajut tècnic de la Maternitat obrera ha d'anar acompanyat de l'ajut econòmic: subsidi maternal, assegurança obligatòria de Maternitat. Sense aquest caire econòmic ineludible le puericultura prenatal de la gent modesta té horitzons molt estrets i limitacions marcadíssimes.

No hem entrat en aquesta Ponència sobre els particulars problemes del tractament de l'embaràs per evitar la mort del fill. El tractament de la lues, de la nefritis de la mare, de les complicacions del part no tenen pas especial característica a Catalunya. Hom coneix això a bastament i en pot obtenir dades profuses en els llibres i en les monografies de l'especialitat. M'he limitat expressament als caires d'aquest estudi que he jutjat que tenen un cert interès per a les terres catalanes.