

Mortalitat infantil per tuberculosi a Catalunya

pel

Dr. Manuel Salvat i Espasa

EL principal fi que cerca la Ponència que s'ocupa de la mortalitat infantil és el d'atènyer la veritat numèrica, la realitat de la freqüència amb què actuen les diferents causes de mort en les encontrades de Catalunya.

Les dades estadístiques recollides tenen per fonament el motiu que ha determinat la mort de l'individu, les quals resulten ésser l'expressió fidel de la certificació mèdica. Les estadístiques oficials són les úniques que ens han d'orientar en el nostre estudi; caldrà, però, en el que fa referència a la mortalitat infantil per tuberculosi, captenir-nos de tal manera que puguem esbrinar si responen a la realitat.

Ens guardarem de fer jugar les xifres estadístiques que amb habilitat poden donar tantes imatges com un caleidoscop, ens reduïrem tan sols a obtenir alguns promigs que si bé també poden malmetre en ocasions la sinceritat estadística, són quasi indispensables en els casos com el nostre de valors petits i poc repetits.

Si fixem l'atenció en la mortalitat per tuberculosi pulmonar, tuberculosi meníngia i altres localitzacions tuberculosos, compreses en els encasellats números 13, 14 i 15 de la nomenclatura internacional, en el que respecte a aquests últims anys, obtenim promigs com els següents:

A les Capitals, per 100 defuncions de la mateixa edat:

	Edat	Barcelona	Girona	Lleida	Tarragona
13	0-1	0'6	3'1	0'3	1
14	"	1'3	2'3	0'3	0'5
15	"	0'06	0'3	0	0
		1'96	5'7	0'6	1'5

El nombre total de defuncions en aquesta edat és molt desproporcionat en les capitals de Girona, Lleida i Tarragona, comparat amb el de Barcelona, essent bastants els anys en què les ciutats de Lleida i Tarragona no registren un sol cas de mortalitat per tuberculosi en l'edat de 0-1 any. És remarcable que la ciutat de Girona acusa amb certa constància una mortalitat de 0-1 any en els apartats 13, 14 i 15 superior al de les altres capitals de província.

Si considerem en l'edat de 0-1 any el conjunt de defuncions que tenen per causa la tuberculosi, així mateix Girona és la que dona major contingent, 5'7 % de defuncions; segueixen després Barcelona amb 1'96 %; Tarragona amb 1'5 %; i Lleida amb 0'6 %.

A les Províncies, descomptant el cens de les capitals, per l'edat de 0-1 registrem xifres que varien de 0'3 a 0'6 per 100 de mortalitat de la mateixa edat a la de Barcelona; de 1'8 a 8 % a la de Girona; de 0 a 1 % a la de Lleida; de 0 a 3'2 % a la de Tarragona, pel que respecta a la tuberculosi pulmonar.

En les estadístiques de Províncies hem obtingut, comparant xifres d'aquests darrers anys, els següents promigs:

A les Províncies, per 100 defuncions de la mateixa edat:

	Edat	Barcelona	Girona	Lleida	Tarragona
13	0-1	0'4	0'4	—	0'19
14	"	0'9	1	—	0'77
15	"	0'09	0	—	0'02
		1'39	1'4		0'98

En aquest percentatge, la província de Girona s'anivella amb els resultats de la província de Barcelona

Segons el mateix procedir, arribem als següents resultats en l'evaluació de la mortalitat en l'edat d'1-4 anys.

A les Capitals, per 100 defuncions de la mateixa edat:

	Edat	Barcelona	Girona	Lleida	Tarragona
13	1-4	2'3	14	2	2'2
14	"	2'9	3'3	0'3	1'8
15	"	0'3	1'3	1'6	0'1
		—	—	—	—
		5'5	18'6	4'4	4'1

Aclarim els fets pel que pertany a Girona capital:

	Anys	1924	1925	1926	1929
13	N.º de defuncions	2	3	3	6
14	"	4	2	0	4
15	"	0	2	0	0
		—	—	—	—
Total de defuncions d'1-4 anys		41	25	18	26

Els quatre anys donen un promig de 12 % per a l'encasellat número 13, de 9 % per al núm. 14, i d'1'8 per al núm. 15, o sigui un total per malalties d'origen bacillar a l'edat d'1-4 anys, per 100 defuncions de la mateixa edat, de 23 %.

Veiem mantenir-se un predomini de mortalitat a Girona, a la qual segueixen en ordre els censos estadístics de les ciutats de Barcelona, Lleida i Tarragona.

A l'edat d'1-4 anys, fent excepció de les dades de les Capitals, trobem a les Províncies percentatges com els següents:

A les Províncies, per 100 defuncions de la mateixa edat:

	Edat	Barcelona	Girona	Lleida	Tarragona
13	1-4	2'4	4'5	—	1'1
14	"	4	4'8	—	1'7
15	"	0'6	0'4	—	0'4
		—	—	—	—
		7	9'7		3'2

Per tant, confirmant-se una major proporció de mortalitat a la província de Girona.

Si fem memòria de l'evolució que ha sofert el concepte de la infecció bacillar en els darrers anys i la palesa demostració del tribut de la infància en totes les edats en la morbiditat i mortalitat per tuberculosi, el que fins fa poc temps es creia com excepcional, trobarem justificat de què se'ns suggereixin sospites respecte l'exactitud científica dels òbits que han constituït les fulles estadístiques oficials i la temença de què hagin estat equivocadament encasellades algunes defuncions.

Després d'examinar els estats que hem pogut consultar se'ns acudeixen les següents preguntes: Són les proporcions numèriques registrades en els números 13, 14 i 15 dels estats estadístics de Catalunya la relació vertadera dels fets? Aquestes estadístiques comprenen tots els casos de mort de 0 a 4 anys en què la tuberculosi hi ha intervingut com a causa? Els òbits que han servit per a formar els esmentats estats han estat fonamentats segons els requisits científics que exigeix la fisiologia?

Deixem de banda totes les consideracions que podrien escaure's dels reculls estadístics i ajustant-nos a les dades de referència femnos algunes reflexions respecte la seva exacta vàlua.

Si fem un assaig comparatiu entre la mortalitat infantil per infecció tuberculosa a Catalunya i a Dinamarca direm que mentre a aquesta nació moren un 2'5 de 0-1 any i un 6'9 d'1-4 anys per 100 defuncions de la mateixa edat, segons estadística de l'any 1926, en aquest mateix any moren a Barcelona 1'07 % d'infants de 0-1 any i 7 % d'1 a 4 anys. Resultat, que la nació europea de menor percentatge de mortalitat per tuberculosi (81×100000 h), amb una poderosa organització de defensa, donaria un cens de mortalitat infantil poc menys igual que el de la nostra regió, l'armament antituberculós de la qual és rudimentari i d'acció molt limitada. Aquest assaig desperta el dubte, tant més, quant la nostra nació no es troba encara avui entre les publicacions del Secretariat de la Unió Internacional contra la Tuberculosi.

Per altra part, tinguem en compte la letalitat de la infecció tuberculosa, puix segons les observacions d'Hamburger (1909) en el cadàver, en un total de 218 necros d'infants de 0-1 any comprova un 22'4 per cent amb lesions fímiques, essent la infecció bacillar la causa de la mort en cent per cent de casos de 0 a 6 mesos i el vuitanta per cent, de set mesos a l'any. Hem, per tant, de

sospitar com a responsable de mort a la tuberculosi molts dels casos en què l'infant ha sofert el contagi bacil·lar.

Hem intentat d'interrogar l'estadística del Dispensari, que es pot resumir en el següent quadro:

Estadística primer Dispensari per a la Lluita contra la Tuberculosi

1925-1929

	0-6 m.	6-12 m.	1-2. a	2-3 a	3-4 a	4-5 a
Nombre d'ingressats	140	121	197	157	134	166
Tubercul no - reacció positiva	11	14	33	36	39	60
» » negativa	89	82	118	89	69	60
Percent. de reaccions positives	11 %	14'8 %	21'8 %	28'8 %	36'1 %	60 %
Nombre de defun. conegudes	10	3	1	2	2	0
Percent. de defuncions tuber.	1'4 %	0'8 %	0'5 %	0 %	0 %	0 %
Probable mortalitat per tuber.	2'8 %	2'4 %	1'5 %	—	—	—

En aquesta taula es comprova la progressió creixent amb l'edat de reaccions positives, amb un promig, dels 0-1 any, de 13 %.

Pel que es refereix a les defuncions, no podem comprovar-les, puix els infants deixen d'assistir a la consulta quan el seu estat es greu. Amb tot, procurem de seguir la fi dels nostres malalts i així ens ha estat possible d'adquirir la certesa de defunció en un nombre de casos que dona un 1'1 de mortalitat per cent d'assistents en l'edat de 0-1 any i donades les condicions en què ens han abandonat alguns dels malalts, podem calcular com a probable una mortalitat per tuberculosi pulmonar de 2'6 per cent d'infants, de l'esmentada edat, assistents al Dispensari.

És fàcil de comprendre que la xifra de mortalitat per tuberculosi d'1'1 per cent d'assistents al Dispensari, representaria una proporció en el concepte de defuncions de la capital molt respectable, molt més, si acceptem la proporció de 2'6 que podem creure, pel que es desprèn de la nostra visita, encara inferior a la realitat.

Se'ns pot objectar que la condició de la nostra visita és una particularitat que influeix l'estadística, gravant la proporció per tuberculosi en tots sentits. Però replicarem dient que com menys edat tenen els individus la consulta resulta menys seleccionada, de manera que la visita d'infància és ben poc diferenciada. És veri-

tat que el contingent el donen infants procedents de barris pobres, de migrades condicions higièniques i econòmiques, de llocs de freqüents i fàcils contagis, però l'experiència ens ha fet percebre que la tuberculosi intervé en la patologia de la infància molt més sovint del que correntment fins ara s'ha cregut, tant que voldríem aconsellar els pediatres que tinguessin present sempre la possibilitat de trobar-se enfront d'aquesta infecció, fins en casos que clínicament res pot fer-la suposar.

Aproximadament, les xifres dels encasellats 13, 14 i 15 de les nostres estadístiques donen un 2'4 %, proporció que Belestre i Gillette, de Saint Joseph, assenyalaven als anys 1892-97 a les ciutats de França això és, en un moment en què encara regnava l'escepticisme respecte la importància de la inoculació en els primers anys.

Així mateix sabem avui la poca fidelitat que pot concedir-se al diagnòstic clínic per si sol, havent-se pogut comprovar les seves falles. N'és un testimoni la següent observació d'A. Ilvento, de Roma:

En 100 casos de defuncions d'infants es féu el diagnòstic:

Edat	A la Consulta		A l'Hospital	A l'Autòpsia
0-1	en	0'3 % de casos	10 %	20 %
1-5	"	3'1 " "	27'2 "	39'9 "
5-10	"	12'6 " "	29 "	35'8 "
10-15	"	11'1 " "	21'8 "	39'9 "

Taula que demostra que segons siguin els mitjans diagnòstics s'arribarà amb més o menys aproximació a la realitat científica, el màxim demostratiu de la qual és l'autòpsia; prova, a més, la poca certesa que pot donar l'examen clínic fiat solament en l'apreciació dels sentits humans.

Sens dubte, podem admetre que moltes vegades, mercès al desenvolupament dels fets, a les manifestacions clíniques i sota el judici d'un expert s'arribi a un encert diagnòstic, però l'estadística, per raons de fet i d'aplicació profilàctica, exigeix el màxim de garanties.

Tot ens fa decantar cap el sentit de què les dades estadístiques publicades a Catalunya no reflecten la realitat dels fets científics

en allò que fa referència als apartats 13, 14 i 15 de la nomenclatura internacional.

El nombre de tuberculosos dels nostres barris pobres, les condicions higièniques en què viuen, la manca de protecció contra el contagi dels infants, els migrats elements de lluita en què comptem, tot fa suposar que les proporcions de mortalitat per tuberculosi en la infància tindrà que guardar certa relació amb la de l'adult i que el lloc que li correspondrà en les estadístiques guardarà aproximadament la mateixa relació que la mortalitat per tuberculosi compreses totes les edats; resulta, doncs, difícil d'admetre el privilegi que semblaria desprendre's per als estats estadístics que corresponen a Catalunya.

La pràctica ens ha demostrat que per afirmar o negar l'existència d'una causa tuberculosa i la intervenció d'aquesta causa en un procés patològic, és forçós fer intervenir tots els recursos diagnòstics degudament aplicats i degudament interpretats els seus resultats. Quan de manera sistemàtica es faci un estudi acurat dels malalts sospitosos d'infecció tuberculosa i després d'una enquesta minuciosa dels antecedents, es procedeixi a un escrupolós examen clínic, a la prova biològica, a l'examen radiològic i a les investigacions de laboratori, el judici mèdic s'ajustarà cada vegada més als fets necròpsics.

De no procedir científicament resultarà que defuncions indegudament encasellades augmentaran un apartat amb perjudici manifest d'un altre, és a dir, les dades estadístiques seran pervertides en doble concepte.

No d'altra manera ens sabríem explicar el predomini del nombre de defuncions per meningitis sense causa i fins per hemorràgia i reblandiment cerebral; apartats 17 i 18.

Com a demostració, vegi's la mortalitat de 0-1 any en les Capitals, en 1926:

	Barcelona	Girona	Lleida	Tarragona
13	6 (0'3 %)	1 (2'6 %)	0	2 (3'2 %)
14	1 (0'06 %)	0 (0 %)	0	0
15	1 (0'06 %)	0 (0 %)	0	0
17	177 (10'7 %)	6 (15 %)	3 (6 %)	6 (9 %)
18	15 (0'9 %)	1 (2'6 %)	0	0

Un fet semblant es troba en considerar les causes de mortalitat d'1 a 4 anys.

Tanmateix és difícil d'admetre que en un nombre tan considerable de defuncions no intervingui la meningitis més letal de totes, tan letal que poden comptar-se els casos de guariment de meningitis bacillar. Podríem argüir que són excepcionals els casos en què es demostra l'existència del bacil en el líquid cèfalo-raquídi i que clínicament no presenta manifestacions simptomàtiques pròpies i fins poc característiques, però és evident que l'examen citològic i l'examen químic en casos d'absència microbiana, tenen una gran significació diagnòstica que en molts casos pot reforçar, ultra això, la demostració radiològica de l'existència d'una inoculació a l'aparell respiratori.

On podríem trobar més confusions diagnòstiques és en els apartats 20, 21, 22 i 23, que comprenen les malalties de l'aparell respiratori, sempre de difícil diagnosticar en la infància i sempre difícils d'atribuir a la vertadera causa.

En un altre treball hem dit, i ara insistim, que cal desconfiar de la causa que pot motivar la mort per diarrea i enteritis, sobretot, en la primera infància. No ens proposem de negar la influència de les estacions, de l'alimentació, de la cura en la criança, però tenim motius per a sospitar que els infants que claudiquen ràpidament i molts dels quals no responen a cap tractament, pesa damunt d'ells alguna causa específica tan pecadora, o potser més, que la suposada pertorbadora digestiva.

En la infància i més especialment abans de l'any, les causes que comprenen els apartats 17, 18, 20, 21, 22, 23 i 25 de la nomenclatura internacional, acostumen a comprendre més de les dues tercers parts de la totalitat de defuncions, és a dir, que d'existir error en aquests apartats podria donar lloc a judicis estadístics molt equivocats.

Avui no és possible de donar com a cert que les xifres no reflectin exactament els fets, però hem de desconfiar que així sigui si no s'ha procedit degudament als diagnòstics de causa de mort i sense això no és possible garantir cap recull estadístic en allò que fa referència a la mortalitat infantil per tuberculosi en el Principat.

Si tenim en compte que en aquest cas la veritat estadística està

directament relacionada amb una acció profitosa de previsió social, hem de recomanar que es posin pels metges tots els mitjans per arribar a la veritat científica.

Per remeiar la mortalitat infantil ocasionada per la infecció tuberculosa convé primer de tot conèixer el mal i en segon lloc conèixer-lo com més aviat millor; si tenim en compte la freqüència d'infeccions tuberculosos que per la seva localització, per la seva poca virulència o per les resistències orgàniques poden ésser reduïdes a un estat de latència en la infància i també molt sovint en la primera infància, comprendrem la importància que té l'evitació de contagis repetits en la freqüència de mortalitat.

Els mitjans més efectius per a combatre la mortalitat infantil per tuberculosi d'una manera esquemàtica podem reduir-los a la immunització, l'isolament dels focus de contagi a la reconstitució de les defenses orgàniques.

Per assolir aquests objectius s'han creat els anomenats armaments antituberculosos, on es disposa d'excel·lents elements de diagnòstic, personal instruït, mitjans de comprovació de possibles contagis i on es recomana la conducta a seguir en cada cas. El Dispensari constitueix el primer element en l'armament antituberculós; així ho entengueren el malaguanyat Dr. Xalabarder (a. c. s) i l'eximi Dr. Presta quan establiren en 1904 el primer Dispensari per a la lluita contra la tuberculosi a Barcelona.

La idea i l'obra iniciada han tingut que combatre amb l'escepticisme de professionals i profans, però avui funciona activament i regularment fent obra positiva.

El primer Dispensari compta amb un cos de metges especialitzats en fisiologia, especialista de nas, gola i oïda, de laboratori equipat amb tots els elements que requereixen les nostres enquestes, un excel·lent servei de radiologia amb directors competentíssims en aquests estudis, una germana que atén el moviment interior i exterior d'assistència, senyoretes infermeres i personal subaltern. A més a més, un Sanatori popular, el Sanatori de Torrebonica, també avui sota l'administració de la Caixa de Pensions, el qual permet d'internar els malalts, nens i adults, recomanats pel Dispensari.

A la visita d'infància acostumen a ingressar cada setmana uns dotze nens de primera visita i trenta malalts en curs. Després d'un entretingut interrogatori a la mare respecte a les qüestions fami-

liars, individuals, habitació i d'altres, l'infant és examinat pel clínic i sotmès a proves biològiques, el resultat de les quals es comprova a les quaranta vuit hores. Els de resultats positius són examinats als raigs X; els negatius són convidats a repetir la visita les vegades que es creu convenient.

El laboratori intervé sovint per a l'anàlisi d'esputs, obtinguts directament o per sondatge, desviació de complement, comptatge d'elements, aglutinació, examen de líquid cefalo-raquidi, d'orina, Wassermann, anàlisi de pulpa esplènica, exsudats; en una paraula, en totes aquelles investigacions que poden aportar algun coneixement.

Són en gran nombre els nens que són examinats per l'especialista de nas, gola i oïda, per tal de conèixer l'estat de les vies altes.

Els pares dels nens infectats o sospitosos són aconsellats de reconèixer-se en les visites d'adults. Així mateix, les visites d'adults tenen bona cura de fer examinar els fills llurs en l'especialitat d'infants.

Tots els exàmens i investigacions es repeteixen quantes vegades és convenient.

Els infants que no poden ésser atesos en el mitjà indicat són assistits al Dispensari fins aconseguir el lloc convenient.

L'objecte de tota aquesta organització és el d'atènyer el benefici social a què està destinada d'ençà de la seva fundació.

Pel que fa referència als infants, el nostre procedir és el següent:

Les embarassades que assisteixen al Dispensari se les prega que avisin el natalici, passant una infermera, després del tercer dia, a vacunar el nadó amb B. C. G. generosament ofrendat pel Laboratori Municipal. Els infants vacunats, sempre abans del desè dia, són vigilats i es comprova de temps en temps la dermo-reacció i també l'estat local per mitjà de la radioscòpia i quasi sempre de la radiografia.

Els infants sospitosos de contagi, els fills de malalts d'altres visites, entren a la visita amb el motiu de *per precaució* i són examinats periòdicament.

Quan la convivència de l'infant resulta perillosa, es fa la visita domiciliària procurant d'assistir convenientment l'infant i fent allò que es pot per tal de resoldre els problemes d'hospitalització, internament al Sanatori, separació, segons els casos. Les xacres que es descobreixen en aquestes visites a domicili són nombroses

i sovint no tenen solució favorable, però sempre troben l'ajut moral i material de la germana i infermeres.

Dintre el que podem disposar, posem els mitjans per evitar tot risc de contagi a l'infant, sostreure'l de l'ambient contagiós i procurar-li mitjans de defensa contra la infecció bacillar.

Assisteixen a la nostra consulta, a més dels infants de 0-2 anys amb contagi, un gran nombre d'infants d'aquesta edat que són conduïts amb tota cura i escrupolosament vigilats en el seu creixement i estat orgànic.

Malgrat els nostres esforços, ens adonem que l'obra és incompleta, de què l'estat present de l'empresa profilàctica a Catalunya fa la tasca fatigosa i ingrata. Així i tot, persistirem en el nostre camí, orientant-nos el millor que sapiguem, contribuint a la lluita contra la mortalitat infantil i mantenint els nostres ideals que un jorn o altre vindran a ésser una realitat salvadora per als fills de la nostra volguda terra.

CONCLUSIONS

La mortalitat infantil per tuberculosi a Catalunya, confrontada amb la d'altres llocs, pot considerar-se de petites proporcions.

La capital de Girona és la ciutat que dona major contingent, seguint en ordre Barcelona, Tarragona i Lleida.

És molt probable que en la gran majoria de casos els òbits estan solament fonamentats en dades d'exploració clínica.

La realitat estadística no pot ésser un fet més que en els casos que en el diagnòstic de la malaltia, causa de mort, es segueixin tots els procediments que aconsella la ciència mèdica i en el nostre cas la prova biològica, examen clínic, l'examen radiològic i el concurs de les investigacions de laboratori, essent la necròpsia el testimoni de més vàlua.

Només la formació correcta de les estadístiques pot posar en clar la freqüència de mort per tuberculosi en la infància.

Tot ens condueix a creure que la xifra de mortalitat infantil a Catalunya és més elevada que la que registren les estadístiques oficials i que un nombre de morts per tuberculosi van a engruixir altres apartats de l'estadística desfigurant la realitat dels fets.

Per evitar la mortalitat infantil per tuberculosi hem de posar en acció tots els mitjans profilàctics, exigir les millors condicions per al normal creixement, conèixer el més aviat i el millor possi-

ble la importància del mal per afrontar els estralls a què pot conduir, més sovint i més ràpidament, en les primeres edats.

Amb seguretat resultaria avantatjós que l'Associació de Metges de Llengua Catalana s'interessés vivament en aquest afer, fent allò que estigués de la seva part per assolir una organització profilàctica, fonamentada en principis científics, excellentment coordinada i completa, per tal de conèixer amb fidelitat la mortalitat infantil per tuberculosi i facilitar mitjans apropiats per a combatre-la.