

CRÓNICAS

HIGIENE MATERNO-INFANTIL

Derechos del niño.—En el 'Primer Congreso Nacional del Niño celebrado en la Habana en 1927, se aprobó la llamada Declaración de la Habana de los Derechos del Niño: (1) El niño tiene derecho al reconocimiento absoluto de su derecho a la vida, fundamento esencial de todos los demás. El Estado debe convertir en una de sus funciones específicas la protección de la infancia. (2) El niño tiene derecho a nacer en condiciones físicas y sociales que determinen su vida normal. (3) El niño tiene derecho a sus padres; las legislaciones positivas deben consagrar ampliamente la investigación de la paternidad y maternidad para establecer la verdadera filiación de modo que el niño pueda recabar de sus padres los derechos que le corresponden. (4) El niño tiene derecho a recibir de la sociedad los medios suficientes para desarrollarse libremente, así en lo físico como en lo espiritual. (5) El niño tiene derecho a ser protegido contra toda clase de explotación y muy especialmente a que no se le dedique a trabajos que le impidan la asistencia a la escuela, su descanso o su expansión en el juego. (6) El niño tiene derecho a la alegría; todo lo que le produzca dolor o tristeza debe impedirse, y en cambio facilitársele los medios de que juegue, cante, corra y ría para su distracción y desenvolvimiento de sus aptitudes corporales y estéticas. (7) El niño tiene derecho a la educación de acuerdo con los más avanzados postulados de la pedagogía. (8) El niño tiene derecho al amor de sus padres y maestros, a los cuidados y atenciones de su hogar y de su escuela para poder realizar normalmente su desarrollo integral. (9) El niño tiene derecho a mantener y desarrollar su personalidad, a que se le respete su vocación y se le estimule y apoye en sus naturales aptitudes. Debe proporcionársele la manera de aprender el oficio o profesión con que ha de librar su subsistencia en lo futuro. (10) El niño tiene derecho a conservar su inocencia. El niño extraviado de las buenas costumbres y que realice hechos delictuosos tiene derecho a que se le juzgue por tribunales especiales; y cuando se le recluya o aisle que sea en reformatorios adecuados donde se asegure su perfeccionamiento. (Véase también el BOLETÍN del mes de mayo de 1928, p. 585, y de noviembre de 1928, p. 1396.)

Protección infantil, Colombia.—En un editorial, el *Repertorio de Medicina y Cirugía* de Bogotá hace notar que, en la capital de la República, se está iniciando la confederación de todas las instituciones protectoras del niño para adoptar un plan general y librar una verdadera campaña contra la mortalidad infantil. En Bogotá se han fundado y están bajo la dirección de la Cruz Roja y del Patronato de la Infancia unas diez Gotas de Leche, en las cuales se atiende a más de 500 niños. En el Hospital de la Misericordia hay unas 300 camas para niños. En el Hospicio, con los edificios que pronto se pondrán en servicio en Sibaté, habrá cabida para unos 1,500 niños.

Protección a los gemelos en Chile.—Al auxilio maternal tiene derecho en Chile toda mujer sometida al régimen de la ley No. 4054 de seguro obligatorio, por el solo hecho de encontrarse en cinta; pero al auxilio de la lactancia sólo tienen derecho las madres que amamantan a su hijo. Con motivo de un caso reciente, un pronunciamiento jurídico establece que, en los partos gemelares o triples, la madre percibirá el doble o triple de auxilio. (Los beneficios recibidos por las gestantes en Chile comprenden: durante cierto período anterior y posterior al parto, 50 por ciento de su salario; y desde cierto período hasta el destete, 25 por ciento si amamantan al hijo.)

Estudio de la mortalidad infantil en Guayaquil.—En su minucioso estudio laureado por la Sociedad Médico-Quirúrgica de Guayas, Cabanilla Cevallos¹ analiza, con particular referencia a Guayaquil, la mortalidad infantil y sus causas, las medidas para proteger al niño, y lo que deben saber las madres. Sus estadísticas patentizan la seriedad del problema en Guayaquil, ciudad ésta en que mortalidad infantil fué de 343.2 durante el año 1928. Como causas principales de la enorme mortalidad infantil, hace notar: ignorancia de los principios higiénicos; miseria; mala alimentación; tuberculosis; paludismo y otras epidemias y endemias; influjo de la estación invernal; nula protección a las gestantes. Las tres primeras causas explican por qué hay más víctimas en las clases obrera y media. En lo absoluto, las causas locales no difieren de las aportadas en diversos congresos científicos en otras partes. Para remediar la situación el autor propone lo siguiente: educación higiénica; casas maternas; consultorios de gestantes; seguro de maternidad; asilos de lactancia; casas cunas; centros de crianza; rigurosa inspección de la leche de vaca; consultorios para lactantes; mejoramiento de las condiciones sanitarias de la ciudad; y profilaxia de la tuberculosis, paludismo, etc.; y legislación que proteja a la mujer y al niño.

Trabajos de la Asociación de Protección a la Infancia en México.—Las actividades hasta ahora desarrolladas por la Asociación Nacional de Protección a la Infancia en México han consistido en la fundación de escuelas-hogares, casas de maternidad y centros de higiene infantil.²

¹ Cabanilla Cevallos, Fco.: Contribución al Estudio de la Mortalidad Infantil en Guayaquil, mayo, 1929.

² Espinosa, I.: El Niño 2: 90 (sobre.) 1929.

La escuela-hogar recibe a los hijitos de las mujeres menesterosas, alimentándolos y cuidándolos mientras las madres trabajan. Esa institución ya funciona en la Ciudad de México y en algunos Estados de la República. En la Ciudad de México ya hay 4, y se tiene en proyecto fundar 15, cada una de las cuales atenderá a 60 niños. La casa de maternidad funciona en un edificio *ad hoc*. De los centros de higiene infantil, funcionan cinco bajo la dirección del Departamento de Salubridad Pública en la Ciudad de México. La Asociación Nacional de Protección a la Infancia va a construir nuevos pabellones en la casa de maternidad del Distrito Federal, y tiene en propósito fundar también una Gota de Leche. Esa asociación ya cuenta con 20 filiales y está organizando otras en las poblaciones más importantes subsidiándolas con el impuesto del timbre. La presidenta es la Sra. Carmen G. de Portes Gil, esposa del Presidente de la República.

La protección al niño en los campos de México.—El Director del Departamento de Salubridad de México³ declara que la resolución del problema de la higiene infantil en los campos, es a la vez más difícil y menos complicada que en las ciudades: más difícil, porque encierra una sola proposición, educación higiénica a la par que mejoramiento económico, y menos complicada, por ser los factores nocivos menores que en la ciudad. Para resolver el problema de la educación higiénica de la madre en el campo, se ha pensado crear un verdadero ejército de enfermeras visitadoras. Hay que empezar formando a éstas, y es difícil hallar un número suficiente que reúnan las condiciones requeridas. También es necesario que los maestros y maestras consideren la higiene como una de las materias más importantes que tienen que enseñar. El cinematógrafo está igualmente llamado a realizar grandes cosas, y el Servicio de Propaganda y Educación Higiénica estará dotado el año entrante con ese medio de difusión. Otro factor importante es la lucha contra el alcoholismo. Asimismo, se hará un esfuerzo por mejorar la habitación del campesino, y el nuevo Servicio de Higiene Industrial y Previsión Social va a realizar un estudio en ese sentido. Para la organización de todos estos trabajos, se requiere la formación de pequeñas unidades sanitarias compuestas de un médico, un agente sanitario y dos enfermeras visitadoras. Esas unidades serán sostenidas con la cooperación del Departamento de Salubridad, el gobierno de los Estados, municipios, la Asociación Nacional de Protección a la Infancia, y las comunidades agrarias.

Protección a la infancia en Montevideo.—En Montevideo⁴ la protección del niño es función de la Asistencia Pública Nacional, realizada por dos entidades: el Servicio de Protección a la Primera Infancia, que tiene a su cargo la protección del niño menor de tres años, y el Asilo Dámaso Larrañaga, al que compete el niño de mayor edad. El primer servicio funciona desde el año 1923, y dirige los siguientes:

³ Villanueva, A.: El Niño 2:69 (sbr.) 1929.

⁴ Bauzá, J. A.: Bol. Asist. Páb. Nac. Montevideo 19:309 (moz.) 1929.

casa cuna para niños sanos; oficina de examen y colocación de nodrizas; servicio de colocación familiar de niños egresados de la casa-cuna; Niños Protegidos menores de dos años; inspección, asistencia y alimentación de niños de familias pobres (Consultorio Gota de Leche); profilaxis del abandono y subsidios preventivos; crèche externa; cocina de leches; cantina maternal; servicio de niños en custodia; laboratorio; y dirección y administración. Los gastos que acarrea el funcionamiento del servicio con los dispensarios y anexos, alcanzan a un promedio de 1,000 pesos diarios.

Valdés⁵ amplía esos datos: El Servicio de Protección a la Primera Infancia dirige los siguientes: (1) Casa-cuna para niños sanos; (2) Oficina de examen y colocación de nodrizas; (3) Servicio de colocación familiar de niños egresados de la casa-cuna; (4) Niños protegidos menores de 2 años; (5) Inspección, asistencia y alimentación de niños de familias pobres; (6) Profilaxis del abandono y subsidios preventivos; (7) Crèche externa; (8) Cocina de leches; (9) Cantina maternal; (10) Servicio de niños en custodia; (11) Laboratorio; (12) Dirección y Administración. En la cuna interna el ingreso en 1928 fué de 702 por la Oficina de Administración y de 41 por el turno, constituyendo un total de 743, cifra muy inferior a la de los años anteriores: 929 en 1927 y 1,018 en 1926. De ellos, 369 eran menores de 1 mes, 229 menores de 1 año, y 145 de 1 a 3 años. Se hace la vacunación antituberculosa con BCG en niños sanos. La institución sólo recibe niños sanos, enviando los enfermos al servicio de lactantes del Hospital Doctor Pedro Visca. El porcentaje de mortalidad en la Casa del Niño fué de 6.1, deduciendo los fallecidos en el hospital, y de 8 por ciento, incluidos todos. El número de niños con sífilis diagnosticada alcanzó a 5 por ciento, pero la reacción sólo resultó positiva en 0.2 por ciento de los menores de 1 año. En la Oficina de Nodrizas examinaron durante el año 1928, 932 nodrizas, aceptando 796 y rechazando 136, entre ellas, 18 por Wassermann positiva. Las específicas son enviadas para tratamiento a los dispensarios de profilaxis. De 298 aspirantes a cuidadoras, fueron aceptadas 244 y rechazadas cincuenta y cuatro. El examen de las nodrizas se repite cada vez que cambian de niño, y el de cuidadoras una vez al año. El servicio de colocación familiar colocó con nodrizas 458 niños de pecho, y con cuidadoras 155, es decir, 613, que agregados a los del año anterior, constituyen un total de 1,735 asistidos. La inspección y asistencia médica de esos niños se hace por intermedio de los consultorios y Gotas de Leche. La mortalidad durante el año fué de 144, equivaliendo a sesenta y nueve (4 por ciento) entre los asistidos a domicilio, y a setenta y cinco entre los casos más graves remitidos al hospital, o sea un total de sólo 8 por ciento. El personal de inspección, compuesto de diecisiete personas, realizó durante el año 47,077 visitas

⁵ Valdés Valdés, Ismael: Bol. Inst. Intern. Amer. Prot. Inf. 2: 414 (ab.) 1929.

a domicilio. Por concepto de sueldos a cuidadoras y nodrizas se pagaron durante el año 161,324 pesos oro. Desde que se estableciera en 1908 el primer Consultorio Gota de Leche, el número ha aumentado hasta los nueve actuales. Durante el año se asistió en ellos a 6,634 niños, o sea aproximadamente 20 por ciento de la población infantil de menores de 3 años, que concurrieron 47,603 veces, o sea 8 por niño y por año. Tres instituciones privadas, la Asociación Uruguaya de Protección a la Infancia, la Pro-Matre y la Bonne Garde, cooperan parcialmente en la obra del Servicio de Protección a la Infancia, estando subvencionadas la primera por el Gobierno Nacional, y las otras dos por la Asistencia Pública Nacional. La Asociación Uruguaya de Protección a la Infancia, además de sostener una escuela-taller para niños y nueve refectorios, ha preparado y organizado un grupo de treinta Visitadoras Sociales. Además, distribuye ropa y cunas a las madres pobres. También realizó el año último, con bastante éxito, la Semana del Niño. La Pro-Matre sostiene una cantina maternal, y dos veces al año distribuye ropas y ajuares. La Bonne Garde recibe madres solteras antes o después del alumbramiento, hasta colocarlas en el servicio doméstico, y entregándoles a su salida un premio de seis pesos.

Informe de la Liga de las Naciones.—De conformidad con un acuerdo tomado por la Asamblea de la Liga de las Naciones en 1925, el Comité de Higiene seleccionó un grupo de peritos sanitarios para indicar en qué forma la Organización de Higiene podría emprender una investigación internacional de la mortalidad infantil. Los peritos recomendaron que se estudiaran, en cada uno de los varios países, dos distritos rurales y dos urbanos, representando cada uno unos 100,000 habitantes, alternando uno de mortalidad infantil baja y otro con mortalidad alta. Ya se ha iniciado una investigación médicosocial en 26 distritos europeos, comprendiendo todos los niños de menos de un año que murieron en un período de 12 meses. El total de casos investigados fué 7,503: 5,147 de ellos nacidos vivos, y 2,356 nacidos muertos. La mortalidad varió de 3 a 10 por ciento o más. Las cifras inferiores corresponden a Noruega e Inglaterra en los distritos rurales y a Noruega, Holanda y parte de Viena, Austria, en los urbanos; y las superiores a Holanda y Austria. Al parecer, las variaciones de la natalidad no afectaron la mortalidad infantil, pues en ciertos distritos de baja mortalidad, la natalidad era baja, y en otros lo contrario. El estudio de los factores sociales y de alojamiento aportó indicaciones valiosas. La investigación demostró, por un lado, la eficacia de ciertas medidas, por ejemplo, clínicas de lactantes, vigilancia maternal y cierta legislación social, y por otro, la insuficiencia de esas medidas.

Entre los problemas más importantes figuran algunos todavía oscuros, como por ejemplo, la premadurez, la mortinatalidad, y

muerte en los primeros días de la vida. La etiología de las afecciones respiratorias es bien conocida, pero los pediatras e higienistas deben emprender nuevos estudios sobre su profilaxia. Las recomendaciones prácticas comprenden las siguientes: vigilancia médica de la madre durante el embarazo; ayuda social y legislativa a las gestantes; medidas relativas al parto; prevención de la mortalidad durante los primeros días de la vida. Además, deben librarse campañas contra las afecciones del aparato respiratorio, mejorando las viviendas y las condiciones higiénicas, y vigilando todos los grupos de niños, como en hospitales, asilos, etc., e informando al público sobre esas dolencias; librando una campaña contra las enfermedades infecciosas agudas y tratando de aplicar a las criaturas todas las medidas preventivas conocidas contra la sífilis y tuberculosis; contra los trastornos digestivos debe alentarse la amamantación, por medio de la propaganda por un lado y con ayuda material por otro, y vigilando y mejorando la leche de vaca. Las medidas generales comprenden: educación del público en higiene; educación de los médicos y parteras en higiene; vigilancia de los niños por enfermeras visitadoras.

Perturbaciones digestivas del lactante.—Burghi,⁶ al alimentar a los lactantes durante los meses fríos del año con leche de vaca sometida a las temperaturas de 28 a 30 C. durante 20 horas, no vió en ninguno de ellos diarrea, aunque dos eran eutróficos y siete distróficos, y todos aumentaron de peso. Al repetir la experiencia al año siguiente, obtuvo el mismo resultado. Ciertos autores no excluyen la posible producción de perturbaciones digestivas tóxicas fuera del verano, y sería interesante averiguar si la diferencia que existe entre la América del Sur y Europa procede de que los fríos son más intensos en la última, y las casas, aún las de los pobres son calentadas, mientras que en Sur América no se emplea generalmente la calefacción. Uno de los mecanismos mejor demostrados de la acción nociva del calor sobre el organismo del lactante es el que favorece la deshidratación aguda.

Requisitos de la vitamina B en la infancia.—Bloxson⁷ alimentó a cuatro criaturas prematuras con vitamina B a diario en forma de levadura, y el aumento diario de peso fué más de 79 por ciento mayor que el de los testigos. Una serie de 20 lactantes recibió vitamina B a diario, y el promedio de aumento diario fué más de 100 por ciento superior al de los testigos. La levadura es al parecer rica en vitamina B y facilita el principio en grandes cantidades. No se observaron malos efectos debido al empleo de la substancia. El marcado aumento de peso en la segunda serie indica que existe una deficiencia parcial de vitamina B en el régimen de muchos lactantes.

Los preparados de soya.—Hill y Stuart⁸ han utilizado durante el año pasado un preparado de harina de soya, descubriendo que los

⁶ Burghi, S. E.: Arch. Esp. Ped., No. 5 (mzo.) 1929.

⁷ Bloxson, A. P.: Am. Jour. Dis. Child. 37: 1161 (jun.) 1929.

⁸ Hill, L. W., y Stuart, H. C.: Jour. Am. Med. Assn. 93: 985 (sbre. 28) 1929.

lactantes lo toman, digieren, y pasan bien con él. Las deposiciones quizás sean más frecuentes que con la leche de vaca. Se han obtenido algunos magníficos resultados en el eczema, y el alimento tal vez resulte muy útil como régimen temporal en esos casos. En los niños menores de dos años se ha probado, diluido a dos terceras partes, es decir, 4 cucharadas rasas en 21 cc. de agua: Se ha alimentado a unos 40 niños con ese alimento, a uno de ellos más de 8 meses.

Moscas.—Hace algún tiempo, el Negociado de Salud Pública e Higiene de la Asociación Dedicada a Mejorar el Estado de los Pobres en Nueva York, investigó, en cooperación con el Departamento Municipal de Sanidad, la relación entre la presencia de moscas en la casa y la diarrea infantil. Los casos estudiados fueron divididos en un grupo de protegidos contra las moscas y otro expuestos a ellas. Las enfermeras visitaban a las criaturas cada cinco días. En los casos expuestos a las moscas, no se hizo mucho hincapié en la alimentación de éstas. Los resultados preliminares demostraron que en el grupo expuesto a las moscas hubo casi dos veces (1.9) más diarrea que en los otros. Aparte del influjo de las moscas, se averiguó que en las casas sucias casi el doble de criaturas padecían de diarrea que en las limpias. Sin embargo, la alimentación artificial resultó ser el factor más importante en la mortalidad infantil, pues hubo entre esos niños casi dos veces y media (2.4) más criaturas atacadas por diarrea que entre los amamantados. El influjo combinado de la suciedad y de las moscas resultó casi igual al de la alimentación artificial, aun en un ambiente bastante bueno. Hubo 2.4 veces más diarrea entre las criaturas expuestas a las moscas en casas sucias que entre las protegidas contra las moscas en casas limpias. Una combinación de suciedad y alimentación artificial fué muy perniciosa para el niño, pues más de uno de cada dos padecieron de diarrea.

Trastornos respiratorios de los lactantes.—Abramson y Barenberg⁹ describen un estudio en que trataron de mermar la frecuencia de las afecciones respiratorias agudas de la infancia, poniendo en práctica la "enfermería aséptica." Durante un invierno, toda persona que penetraba en una sala infantil fué obligada a ponerse una máscara quirúrgica, y a fregarse bien las manos antes de examinar o tocar a los niños. Comparada con otra sala tomada como testigo, en la primera sólo se logró una disminución de 10 por ciento en las afecciones del aparato respiratorio. La mayor dificultad procedió de las infracciones ocasionales de la técnica de parte de las enfermeras, así como de la imposibilidad de impedir en absoluto las infecciones por contacto de niño a niño. Las criaturas que dormían en cunas revelaron una frecuencia casi 50 por ciento mayor de trastornos respiratorios que las atendidas en camitas. La frecuencia de infecciones por cada niño fué

⁹ Abramson, Harold, y Barenberg, L. H.: Jour. Am. Med. Assn. 92: 2156 (jun. 29) 1929.

menor en la sala protegida que en la de testigo. La enfermería aséptica no sirvió de nada para impedir la propagación de un brote de varicela.

Futuro de los idiotas mongólicos.—Spühler¹⁰ siguió a 68 idiotas mongolianos, algunos de ellos desde 1913. Un 44 por ciento murieron, algunos de ellos antes de 6 años (50 por ciento de neumonía y 20 por ciento de cardiopatía congénita). De los 48 todavía vivos, 52 por ciento tenían menos de 10 años, y 10 por ciento menos de 20. Diecisiete se hallan en asilos, en donde no pueden hacer ni los trabajos más sencillos. El pronóstico en el mongolismo no es, pues, halagador.

Septicemia de origen umbilical.—Jaso¹¹ declara que con gran frecuencia mueren recién nacidos atendidos en la Inclusa de Madrid de sepsis de origen umbilical, como demuestra la autopsia. En el curso de dos meses, entre 140 recién nacidos, ha observado seis casos mortales; es decir, una mortalidad de 4.3 por ciento. En la elevada mortalidad global de la Inclusa juega papel no despreciable la asistencia defectuosa del parto; es decir, que al ingresar a los seis u ocho días cierto número de niños están ya afectados de gravísimas afecciones, evitables al principio, pero luego mortales. Frecuentemente la herida umbilical muestra aspecto perfectamente normal, no obstante las graves lesiones que oculta. En los seis casos se halló endarteritis o endoflebitis, y en los dos de endoflebitis, además endocarditis.

Otitis latente en el lactante.—Según Burghi y Gianelli,¹² la otitis latente es sumamente frecuente y grave en los servicios de lactantes en que predominan enfermos distróficos y debilitados. La encontraron en 37 por ciento de 310 hospitalizados y en un 80 por ciento de las autopsias. La enfermedad es local, pero se traduce por síntomas generales graves, y algunos autores la confunden con septicemia. El signo de Vacher es al único síntoma local apreciable, y debe buscarse con paciencia y habilidad; pero más importantes son los síntomas generales: fiebre, pérdida de peso, vómitos y diarrea. La fiebre puede faltar o ser mal interpretada. El tratamiento profiláctico ha resultado ineficaz. La paracentesis doble, precoz y amplia, bien vigilada para que no se cierre, dió casi siempre muy buenos resultados. El drenaje quizás no dé resultado favorable, por diversas razones.

Control del impétigo neonatal.—Rulison¹³ declara que en los últimos años ha habido frecuentes epidemias de impétigo en las salas de obstetricia de los hospitales generales, y así sucedió en el Hospital Sutter de Sacramento, California, E. U. A., de 1925 a 1928, a pesar de haberse tomado medidas muy rígidas. A fin de acabar con la enfermedad, el 10 de mayo de 1928 se implantó un nuevo sistema. Este ha exigido un total de trece enfermeras, incluso la jefe, para atender a 21 madres con sus criaturas. Durante el último año, en

¹⁰ Spuhler, N.: Rev. Med. Suisse Rom. 49:258 (ab. 25) 1929.

¹¹ Jaso, E.: Arch. Esp. Ped., No. 4 (ab.) 1929.

¹² Burghi, S. E., y Gianelli, C.: An. Fac. Med. Montevideo 14:1065 (agto.) 1929.

¹³ Rulison, E. T.: Jour. Am. Med. Assn. 93: 903 (sbre. 21) 1929.

distintas ocasiones, notáronse lesiones sospechosas en cuatro criaturas, que fueron aisladas en el acto, sin que se notaran más lesiones después. La profilaxia de las epidemias neonatales estriba en contar con pequeñas salas y limitar cada enfermera a un pequeño número de madres

Tratamiento de la enuresis.—Fundándose en el tratamiento de 80 casos, Hamill¹⁴ declara que la enuresis es un trastorno de conducta, que cesa cuando el niño desea. Es, pues, de importancia primordial que el pequeño asuma la responsabilidad de lo que sucede en el sueño. Todos los demás tratamientos chocan con los intereses del niño. La aceptación de la responsabilidad depende de varios factores, algunos de los cuales pueden quedar fuera del dominio del médico, pero otros dependen de un entente entre médico y enfermo. El dominio de un trastorno de conducta de este género se facilita mucho, contando con un servicio adecuado de psicología.

Intensificación de la enseñanza de la higiene y la puericultura en Argentina.—El Consejo Nacional de Educación de la República Argentina ha aprobado un proyecto para intensificar la enseñanza de la higiene y la puericultura en las escuelas primarias de la capital. La enseñanza deberá tener carácter eminentemente práctico y es independiente de las observaciones que pueda hacer ocasionalmente el maestro sobre los mismos asuntos.

Servicio médico-escolar en Argentina.—En Buenos Aires,¹⁵ los servicios médicos de las escuelas datan del mes de febrero de 1886; es decir, que Argentina fué uno de los primeros países del mundo en organizarlos. Cumplió así el Consejo Nacional de Educación con las disposiciones permanentes de su ley básica. Al Dr. Valdés el cupo el honor de haber sido el primer director de los servicios médicos de las escuelas, reemplazándolo luego el Dr. Genaro Sisto, una de cuyas obras consistió en la Copa de Leche de las escuelas argentinas. Hasta el año 1924 la Inspección Médico-Escolar figuraba como una de tantas oficinas del consejo, pero en realidad, los 19 médicos y dos dentistas poco podían hacer con respecto a inspecciones de escuelas, informes de expediente, expedir certificados y hacer exámenes. Tampoco se disponía de local apropiado ni del instrumental más indispensable. A principios de 1924 el Cuerpo Médico-Escolar pasó a ocupar una amplia casa, que es la sede actual de los consultorios centrales. También se dispuso la compra de instalaciones y se establecieron consultorios, así como un laboratorio para exámenes de leche. El Cuerpo Médico-Escolar de Buenos Aires cuenta hoy día con el siguiente personal técnico: Un Médico Director; 24 Médicos Inspectores Seccionales; un médico secretario; 6 médicos inspectores de escuelas para niños débiles; 7 médicos adscritos; 4 inspectores odontológicos; 16 dentistas adscritos; 2 químicos adscritos; 75 visitadoras

¹⁴ Hamill, R. C.: Jour. Am. Med. Assn. 93: 254 (jul. 27) 1929.

¹⁵ Olivieri, E. M.: Rev. Asoc. Med. Arg. 42: 99 (ero.-abr.) 1929.

de higiene escolar; 1 especialista en retardados pedagógicos. Tiene además una clínica central y 22 consultorios médicos seccionales, seis escuelas para niños débiles y seis cantinas escolares. Las visitadoras de higiene escolar fueron creadas hace tres años, y han demostrado ser un elemento eficaz en la lucha por la salud de los escolares.

Durante el año 1927 examinaron por agudeza visual a 34,432 alumnos nuevos, comprobando que 5,377 necesitaban corregir su visión. Igualmente examinaron por caries dental 34,631 alumnos, constatando que 25,552 necesitaban de servicios odontológicos. Durante el año se asistió a 22,000 niños en las clínicas dentales. Las visitadoras también concurren a los hogares pobres donde existen alumnos enfermos, indicándoles a los padres las medidas de orden higiénico y profiláctico que deben adoptar; dan conferencias en las escuelas sobre diversos temas, y visitan a domicilio a los alumnos intervenidos quirúrgicamente en la especialidad de otorrinolaringología. En conjunto, el Cuerpo Médico-Escolar de Buenos Aires realiza actualmente las siguientes tareas: Examen individual de todos los nuevos alumnos, separando transitoria o definitivamente a los que pueden constituir un peligro para sus compañeros; los médicos inspectores de distrito realizan inspecciones periódicas de los edificios escolares, elevando los informes correspondientes, y practican la visita domiciliaria de los maestros que faltan a sus tareas por causa de enfermedad, y atienden a los consultorios de sus respectivos distritos dentro del horario. El Cuerpo Médico-Escolar también asesora al Consejo Nacional de Educación, a los Consejos de Distritos, y en muchas ocasiones a los inspectores escolares del interior de la República; examina anualmente la agudeza ocular de todos los nuevos alumnos, y atiende a las afecciones dermatológicas, otorrinolaringológicas y odontológicas de los niños. En las dos encuestas levantadas en 1925 y 1926, comprobó que una proporción de niños concurrían a las escuelas insuficientemente alimentados, por lo cual se crearon seis cantinas escolares, en las cuales se da almuerzo y merienda a 1,800 alumnos, con la cooperación de la sociedad "Las Cantinas Maternales." Durante el año el cuerpo inspeccionó 2,888 escuelas gubernamentales y 260 particulares; realizó 3,178 visitas domiciliarias a maestros y empleados; expidió 6,212 certificados a maestros y 7,357 a alumnos, y examinó a 40,376 alumnos nuevos. De los 5,377 alumnos citados a la clínica oftalmológica, 3,338 fueron atendidos. En la Colonia Marítima para Niños Débiles de la Ciudad de Mar del Plata en los meses de verano de 1926 y 1927, disfrutaron del clima marino 450 alumnos seleccionados de las escuelas para niños débiles. Durante el año 1927 se desinfectaron 517 locales escolares. Hoy día hay 154 gotas de leche y 70 migas de pan instaladas, beneficiándose de las primeras 20,435; de las segundas 27,978, y de ambas 12,290.

Los niños anormales en las escuelas primarias de Buenos Aires.—El cuerpo médico-escolar de la Provincia de Buenos Aires¹⁶ ha investigado el número de alumnos portadores de anomalías que concurren a las escuelas primarias, y cuyo estado físico o intelectual no les permite aprovechar la enseñanza. A la encuesta contestaron 222 directores de diez distritos. Las 222 escuelas tienen un total de 51,361 alumnos inscritos, y de ellos, 6,876, o sea 13.3 por ciento, son física o mentalmente anormales. Si se relaciona ese porcentaje con el total de alumnos inscritos en toda la Provincia, o sea 306,917, queda la enorme cifra de 40,819 alumnos que no están en condiciones de seguir los cursos regulares. Entre los 6,876 niños anormales existen: 429 tartamudos; 2,107 con marcados defectos de pronunciación; 227 con sordera acentuada; 1,650 con insuficiente atención, memoria e imaginación; 1,096 con inestabilidad e indisciplina; 667 con astenia y apatía; 554 con amoralidad; 140 con tics variados; 185 con epilepsia larvada, y 1,602 con dificultad para la lectura mecánica. Algunos son portadores de dos o más anomalías. Muchos, como los que tienen vegetaciones adenoideas y aun sordera acentuada, pueden sanar o mejorar con un simple tratamiento quirúrgico; otros, como los tartamudos y defectuosos de pronunciación, pueden ser privados en poco tiempo de sus defectos, y pueden corregirse también los inestables, asténicos, amorales, etc. En el número figuran alumnos a los que tienen por normales los padres y aun muchos maestros. Actualmente funcionan 26 clases diferenciales en la Provincia, cuando debería haber 343. El Estado debe preocuparse de los alumnos que presentan anomalías que les impiden sacar provecho de la enseñanza, fundando para ellos escuelas especiales y clases diferenciales. Para poder llenar este fin, hay que formar previamente maestros con conocimientos particulares y dictar cursos de perfeccionamiento para ellos, no sólo en las capitales, sino en todo el país.

Estado sanitario de los escolares de Cundinamarca.—En su informe anual correspondiente al año 1929, Herrera Restrepo,¹⁷ Jefe del Servicio Médico-Escolar de Cundinamarca, Colombia, hace constar que las entidades patológicas más frecuentes entre los 33,929 escolares examinados fueron: caries dental, 10,893; ascariasis, 7,578; anemia tropical (uncinariasis), 5,920; linfatismo (escrófula), 2,405; bocio, 1,025; hipertrofia amigdalina, 860; enfermedades del aparato digestivo, 817; paludismo, 413; afecciones oculares, 439; gripe, 104; tos ferina, 219; heredosifilis, 195; heredoalcoholismo, 12; atraso escolar, 580; y anormalidad, 157.

Organización Médico-Escolar en el Uruguay.—El Cuerpo Médico-Escolar del Uruguay fué creado en agosto de 1923, encargándose de la vigilancia higiénica de los edificios escolares, del material, personal,

¹⁶ Cometto, C. S.: Bol. Inst. Intern. Amer. Prot. Inf. 2: 389 (ab.) 1929.

¹⁷ Herrera Restrepo, A.: Rev. Med.-Quir. Hosp. 3: 113 (obre.) 1929.

escolares, etc. Para atender a una población de 50,000 alumnos en el Departamento de Montevideo, hay los servicios siguientes: médicos inspectores, visitadoras y clínicas. Existen 13 médicos inspectores, 12 visitadoras, y las siguientes clínicas: seis dentales, una oftalmológica, una otorrinolaringológica, una cutánea, una pulmonar y una neuro-psiquiátrica. Hay también tres escuelas al aire libre, la primera de ellas organizada en 1913. Dedicase mucha atención, desde hace quince años, a los escolares retardados. Por iniciativa de la Sociedad de Protección a la Infancia se han instalado diez comedores escolares en distintas partes de la ciudad. En mayo del año 1929 se inauguró una clínica de nutrición. También existen dos institutos de sordomudos, cinco clases de ortofonía, un campamento escolar, dos escuelas "decolianas" y cinco jardines de infantes. Aun no se ha obtenido la sanción de una ley creando los cargos de médicos inspectores departamentales. (*La Mañana*, agosto 25 de 1929.)

Antropología de los escolares uruguayos.—Fundándose en un total de 21,004 niños de 3 a 19 años, examinados en las escuelas de Montevideo, pero principalmente de 6 a 16 en las niñas, y 6 a 14 en los varones, Schiaffino¹⁸ declara que los niños uruguayos hasta la edad de 14 años, son más altos que lo que señalan las estadísticas europeas, norteamericanas y australianas, siendo la talla de 114.04 y 113.46 cms. a los 6 a 7 años, y de 155.00 y 154.27 a los 15 a 16 años. Pasando la edad de 14 años, se señala la marcha de la estatura por la influencia de la raza; es decir, que sobrepasan la talla de los escolares uruguayos los niños ingleses, alemanes, etc., quedando debajo los latinos. El crecimiento de la pubertad comienza en las niñas a los 9 años y termina a los 13, y los en varones iníciase a los 14 años, y termina a los 16. En las niñas ese desarrollo es muy adelantado, comparado con el de otras regiones. Hasta los 15 años, los niños uruguayos presentan también un peso mayor. A los 15 años el peso es muy semejante en todas las estadísticas. Comparado con el diámetro torácico de los niños franceses (el único disponible para el autor), los datos uruguayos son superiores. En cuanto a las proporciones de talla, peso y perímetro torácico, son perfectamente regulares, y algo superiores a algunos otros. Una peculiaridad del crecimiento consiste en la marcha gradual, uniforme y siempre ascendente de año en año, pero sin presentar nunca las líneas demasiado rápidas que se ven en otros países.

Enfermedad de la escuela.—Treyner¹⁹ aplica este nombre a un estado que, según él, se vuelve cada vez más específico para los pediatras. La enfermedad de la escuela o escolopatía caracterízase por nerviosidad, anorexia, falta de sueño, pérdida de peso y quizás terrores

¹⁸ Schiaffino, Rafael: Bol. Inst. Intern. Amer. Prot. Inf. 2: 404 (ab.) 1929.

¹⁹ Treyner, J. V.: Ia. St. Med. Soc. Jour. 19: 451 (obre.) 1929.

nocturnos. Los síntomas aumentan si existe una verdadera enfermedad orgánica y se agravan al aproximarse cualquiera crisis escolar, tal como exámenes, concursos o inspecciones. Para Treynor lo primero que hay que hacer para curar el mal es desembarazarse de la ilusión de la democracia en la enseñanza. ¿Por qué castigar al niño más inteligente cuando esto no representa ningún beneficio al inferior? ¿No sería mejor enseñar al último materias más fáciles que le ayuden después a ganarse la vida? Sobre todo, hay que eliminar de las escuelas a los maestros para quienes aquéllas sólo representan un modo de ganarse la vida.

Higiene de la miopía.—Según Newman²⁰ los miopes no deben emplear más de 60 por ciento de la acomodación disponible, es decir, que al leer o escribir deben mantener los ojos a una distancia de 23 cm. a los 7 años, de 26 cm. a los 9, y de 28 cm. a los 11 años. Antes de cumplir 12 años no deben estudiar en casa y durante el período crítico de la pubertad deben evadir todo estudio excesivo. Para distinguir la miopía incipiente, precisan frecuentes exámenes. Cuando ya existe una miopía temprana o una refracción estática de 1.00 dioptria + o menos, está indicado el tratamiento activo, mediante el descanso de los ojos y la parálisis de la acomodación por espacio de dos meses, el cuidado de la nutrición y el ejercicio activo. Los hijos de los miopes necesitan más cuidado y hay que atender a la nutrición de la madre durante el embarazo. En Inglaterra²¹ Kerr calcula que 10 por ciento de los niños de las escuelas primarias son miopes, y según Cohn la proporción llega a 60 por ciento en las escuelas superiores de Alemania.

Audición en los escolares argentinos.—En los alumnos de primer grado de Buenos Aires, Rojas²² ha encontrado en exámenes realizados durante cuatro años, un 33 por ciento de niños con audición disminuida, y de 20 por ciento con relación al total de la población escolar, y un 43 por ciento en los niños que repiten el primer grado. En los primeros, la proporción baja a 4 por ciento a los ocho meses de operados.

Profilaxis de la sordera.—Newhart²³ declara que la comprobación periódica de la agudeza auditiva de los escolares con el audiómetro, constituye por ahora el medio más eficaz para conservar la audición de los niños. En los últimos tres años, se han realizado en las escuelas públicas de Minneápolis más de 60,000 pruebas de ese género.

Examen preescolar de los alumnos.—Las autoridades sanitarias y escolares de la Ciudad de Nueva York han decidido que todo niño que ingrese por primera vez en la escuela, debe presentar un certificado

²⁰ Newman, F. A.: Am. Jour. Ophth. 12: 714 (sbre.) 1929.

²¹ Jour. Am. Med. Assn. 93: 1654 (nbre. 23) 1929.

²² Rojas, F. A.: Rev. Especial. 4: 845 (sbre.) 1929.

²³ Newhart, H.: Jour. Am. Med. Assn. 93: 1117 (obre. 12) 1929.

médico en que consten los resultados de un examen físico. Estos datos serán comprobados y complementados por las inspecciones subsiguientes a cargo de un personal de 105 médicos del Departamento de Sanidad que han recibido cursos especiales en el asunto y que trabajarán en brigadas de a tres.

La salud de los niños en Londres.—Según el informe del Médico Sanitario y Escolar del Condado de Londres, Inglaterra, correspondiente a 1928, los escolares inspeccionados durante el año fueron 357,424.²⁴ A esos niños, además del inspector médico, los ve por lo menos tres veces al año una enfermera escolar. Durante el año se crearon nuevos centros antirreumáticos. Las instituciones al aire libre comprenden 7 escuelas para 1,200 niños sanos; 7 para 540 tuberculosos; 5 colonias campestres y marítimas para 4,600 niños; y 171 clases al aire libre para 4,040 niños. Durante el año, el número de accidentes fatales en las calles, en niños menores de 15 años, fué de 149, ó sea el mismo que en 1927.

Maltusianismo y eugenismo.—Huerta²⁵ trata de establecer la diferencia que existe entre maltusianismo y eugenismo. Concretamente, los fines de la Federación Internacional de Ligas Maltusianas son los siguientes: (1) Mostrar a los pueblos y a los Gobiernos los daños de la sobrepoblación; (2) Disminuir y eliminar el exceso de población por la difusión de conocimientos de los métodos contraceptivos, que no deben confundirse con el aborto; (3) Oposición a toda legislación prohibitiva de la enseñanza de las prácticas anticoncepcionales higiénicas; (4) Recomendar al cuerpo médico la enseñanza de esas prácticas, particularmente en los hospitales, asilos y centros de beneficencia; (5) Trabajar por el mejoramiento de la raza, permitiendo a los padres de familia restringir la prole, teniendo en cuenta su estado de salud y medios económicos; (6) Desarrollar el sentido de la responsabilidad sexual, y disminuir así la propagación de las enfermedades venéreas; (7) Establecer un acuerdo internacional solicitando de todos los Gobiernos la debida atención al problema de la natalidad. En cambio, los "eugenistas" se proponen realizar investigaciones biológicas, fisiológicas e históricas en relación con la ciencia eugénica; estudiar las leyes y costumbres sociales de acuerdo con el mismo propósito, y seguir en la práctica los principios eugénicos. Para el autor, los maltusianos buscan la riqueza y los eugenistas la salud. El programa de los últimos es más vasto. La esperanza del mundo está en el avance organizado de la ciencia al servicio de la solidaridad humana. En el fondo, todo se reduce a una cuestión pública, con estos jalones universales: saneamiento de la raza (eugenesia); saneamiento del medio (euténica); saneamiento de la hacienda (economía),

²⁴ Jour. Am. Med. Assn. 93:929 (sobre 21) 1929.

²⁵ Huerta, Luis: Gac. Med. Española, No. 6 (mzo.) 1929.

y saneamiento de las conciencias (educación, ética, escuela para todos).

Exámenes prenupciales.—Razetti²⁶ se declara partidario de la reglamentación eugénica del matrimonio, pero no cree que el medio social venezolano esté aún suficientemente preparado para aceptar tan trascendental reforma. Antes debe extenderse la instrucción desde la escuela primaria, y crear en los colegios la educación sexual. En países cuyo desarrollo demográfico vegetativo y migratorio no es completamente satisfactorio, no resulta útil poner obstáculos al matrimonio. Esa fué la opinión que privó en la Comisión Revisora de los Códigos Nacionales en 1913. De dictarse una ley nacional, todos los habitantes estarían obligados a someterse a ella, y son muchos los pueblos que carecen de médicos titulares, que son los únicos que pueden tener autoridad para expedir semejante certificado, y no es tan fácil, como generalmente se cree, el diagnóstico de las enfermedades hereditarias. Precisan para ello elementos que no existen en todas las ciudades venezolanas. Por ahora no es posible, pues, introducir en la ley civil el certificado médico prenupcial. Mucho más útil y más practicable sería establecer una campaña de preparación social, comenzando en la escuela primaria. No es el secreto médico lo que realmente impide el establecimiento de la reglamentación eugénica del matrimonio en las razas latinas. El gran obstáculo es el amor que une generalmente a algunos de los futuros cónyuges, y si un hombre y una mujer verdaderamente enamorados, por padecer de alguna enfermedad hereditaria más o menos demostrable, no pueden unirse legalmente lo harán fuera de la ley, y el remedio será peor que la enfermedad. Para realizar un plan útil de eugenesia, es necesario establecer la educación sexual obligatoria en todos los liceos y colegios, principiando por los de varones, pero sin olvidar que es tanto o más importante en la mujer.

Reglas contra el aborto en Italia.—El ministro italiano del interior ha dictado recientemente una circular relativa a la notificación obligatoria de los abortos.²⁷ La notificación debe ser hecha por el médico dentro de 2 días. La comadrona no está obligada a notificar el aborto, pero debe llamar al médico apenas advierta algo irregular en la evolución del embarazo, parto o puerperio. La ley no persigue fines estadísticos, sino que se propone facilitar a las autoridades los elementos necesarios para poner a raya el aborto ilícito, y el médico que no comunique un caso de ese género será procesado criminalmente.

Aborto en Viena.—En un estudio estadístico del aborto en Viena, Peller²⁸ descubrió que el total de muertes postabortales aumentó en los primeros años después de la Guerra Mundial, para disminuir luego,

²⁶ Razetti, L.: Rev. Med. & Cir. 11: 453 (dbr.) 1928.

²⁷ Carta de Italia: Jour. Am. Med. Assn. 92: 1776 (mayo 25) 1929.

²⁸ Peller, S.: Zentral. Gynäk. 53: 861 (ab. 6) 1929.

y ahora es menor que antes de la guerra. Para el autor, ese mejoramiento se debe a condiciones sociales y económicas.

Morbidad y mortalidad puerperal en Estados Unidos.—En los Estados Unidos no ha mejorado la mortalidad materna en los últimos 10 años.²⁹ Era de 6.1 en 1915 en el área de registro, de 8 en 1920, y de 6.7 por 1,000 nacimientos en 1927. Más de 40 por ciento de esa mortalidad puerperal se debe a infección supuestamente prevenible y 27 por ciento a toxemias y eclampsia, también estados prevenibles, y del 33 por ciento restante 10 por ciento puede ser consignado a la distocia y al parto instrumental, en tanto que el sobrante corresponde a los accidentes del embarazo y al parto. Prueba de que la mortalidad puerperal aumenta con la intervención cruenta la ofrecen las estadísticas de Massachusetts, en cuyo estado, en 58 por ciento de 984 muertes puerperales se había utilizado la intervención cruenta y la mortalidad puerperal ha aumentado de 3.8 en 1901 a 5.8 en 1924. En contraposición, en 2,016 casos tratados en los hospitales de Brooklyn sólo hubo una mortalidad de 3.5 por 1,000, comparado con 6.6 en todo el Estado de Nueva York en el mismo período, y hubo un total de 92 por ciento de partos espontáneos. Para los autores, la asistencia prenatal inteligente a cargo de las mismas personas que atenderán al parto puede mermar la toxemia, septicemia, pelvis contraída y pérdida de vidas. Todas las estadísticas patentizan que de 90 a 95 por ciento de todos los partos terminan espontáneamente, y mientras más intervenciones cruentas más aumentan la mortalidad materna y fetal. Holmes y sus colaboradores³⁰ publican estadísticas de 24 países, para demostrar que la mortalidad materna en los Estados Unidos es superior a la de las demás naciones civilizadas.

Investigación de la enseñanza obstétrica en los Estados Unidos.—Declarando que no ha habido ninguna disminución en la mortalidad materna de los Estados Unidos desde 1915, y que esa mortalidad se debe en gran parte a estados evitables, tales como infección puerperal, toxemia y hemorragia, y que el tiempo dedicado a la enseñanza de obstetricia en los programas de estudios médicos es insuficiente, la Cámara de Delegados de la Asociación Médica Americana, en su sesión de 1929, ordenó al Consejo de Enseñanza Médica y de Hospitales de dicha corporación que investigara la enseñanza actual de la obstetricia en el país, e hiciera las recomendaciones necesarias para aumentar el número de horas dedicadas al asunto.

Asistencia a la maternidad en Guayaquil.—Hasta hace pocos años³¹ la Junta de Beneficencia Municipal permitía que las madres se asilaran en el Asilo Mann, único establecimiento de maternidad que existe en la ciudad, 8 ó 10 días antes del parto; el tiempo era escaso pero siquiera

²⁹ Polak, J. O., y Clark, C.: Jour. Am. Med. Assn. 93: 1456 (nbre. 9) 1929.

³⁰ Holmes, R. W., Mussey, R. D., y Adair, F. L.: id. 93: 1440.

³¹ Jijón, M. A.: An. Soc. Méd.-Quir. Guayas, 20: 52 (ab.) 1929.

se conseguía un ligero descanso para la madre, y permitía al médico que la examinara y se diera cuenta cabal del estado del niño, y podía prepararse con todos los medios necesarios cuando el parto iba a ser anormal. Hoy la misma junta ha prohibido que se asile a las madres antes del parto y sólo son recibidas en ese establecimiento cuando ha comenzado el parto. El número de nacidos muertos ha aumentado en proporciones alarmantes, y las distocias o partos anormales con sus terribles complicaciones, cuyas consecuencias no pueden evitarse porque las madres han sido examinadas tardíamente, han hecho aumentar el porcentaje de mortalidad de las madres y de los niños. Por las estadísticas se ve que la quinta parte de los lactantes mueren durante el primer año y sólo las cuatro quintas partes llegan al segundo. Entre las causas de mortalidad infantil es necesario considerar en primer término la influencia que ejerce en el lactante la alimentación. La mayor cifra de defunciones en los niños obedece a las gastro-enteritis, originadas casi todas por errores en la alimentación de los lactantes. Sería conveniente mandar a imprimir algunos millares de cartillas informadoras en las que se tratara de la alimentación de los niños, de los cuidados que hay que prestarles y de la asistencia a los niños enfermos, con muchos consejos prácticos, escritos en lenguaje claro y sencillo, a fin de que puedan ser fácilmente accesibles aún a las personas de poca cultura, y enviarlos a las Oficinas del Registro Civil, de modo que cuando un niño vaya a inscribirse, se entregue a los padres, junto con el certificado de inscripción, la correspondiente cartilla.

Mortalidad materna en Inglaterra.—Gibberd³² ha analizado 45,000 casos en Inglaterra, descubriendo que la mortalidad materna ha disminuido en los últimos 60 años de 4.4 a 1.03 por 1,000, debido a los perfeccionamientos obstétricos. Han aumentado las intervenciones, pero aun así, la proporción total no pasa de 9 por ciento. La mortalidad por enfermedades intercurrentes disminuyó de 0.32 por 1,000 en 1863-1875 a 0.24 en 1919-1928, demostrando que la asistencia prenatal no ha beneficiado mayor cosa a la gestante que ya padecía de alguna otra enfermedad grave.

Transfusión sanguínea en las maternidades.—Le Lorier ha³³ organizado, en su servicio de maternidad de París, una especie de sociedad mutua entre las madres en ciernes. A todas las gestantes, al presentarse en la consulta, se les pide que se comprometan a servir de donantes sanguíneas en caso de urgencia. Por supuesto se las examina en cuanto a salud general, grupo sanguíneo, etc., y se anota el resultado.

Frecuencia de la hiperemesis gravidica.—Peckham³⁴ estudió la evolución clínica y hallazgos de laboratorio en una numerosa serie de

³² Gibberd, G. F.: Lancet 2: 535 (sbre. 14) 1929.

³³ Carta de París: Jour. Am. Med. Assn. 93:314 (jul. 27) 1929.

³⁴ Peckham, C. H.: Am. Jour. Obst. & Gyn. 17:776 (jun.) 929.

casos de hiperemesis gravídica. Entre 6,491 ingresos al hospital, hubo 43 de dicho estado, en 16 de ellos grave, o sea una frecuencia total de 0.66 por ciento, y de 0.25 por ciento de la forma grave. Las mujeres de las clases más elevadas son las más propensas, pero las negras no se muestran indemnes. Los vómitos suelen comenzar antes de la octava y a veces antes de la cuarta semana de la gestación. La gravedad no guarda relación con el momento de la iniciación, la duración del vómito o la pérdida de peso. Un pulso elevado suele indicar vómitos graves, pero no forzosamente pronóstico serio. En cambio, puede persistir un pulso bajo en una enferma de gravedad. La existencia de albuminuria es frecuente, pero de poca importancia en el pronóstico. Los compuestos acetónicos suelen faltar en la orina. Por lo común existe un coeficiente elevado de amoníaco, pero uno bajo no denota forzosamente levedad. En la mayor parte de las enfermas, el aislamiento en el hospital y el tratamiento psíquico lograrán la curación, pero de fracasar, está indicado el aborto. Un porcentaje considerable abortan espontáneamente poco después de cesar los síntomas, fenómeno ése que exige explicación y estudio.

La vitamina A como elemento anti-infeccioso.—Tomando por base los experimentos animales, Mellanby y Green ³⁵ trataron cinco casos de septicemia puerperal en que había estreptococos hemolíticos con preparados ricos en vitamina A. Todas las enfermas se repusieron por completo, demostrando que la vitamina A puede elevar la resistencia del organismo a los microbios sépticos e infecciosos.

Reacción indicativa del sexo.—Manoilov ³⁶ declara que con su reacción puede distinguir la sangre masculina de la femenina en el hombre, así como en los animales, en 90 a 96 por ciento de los casos. También puede determinar el sexo del niño por la sangre del cordón umbilical en 92 por ciento, y con correcciones, hasta en 96 por ciento. Por la sangre de la madre puede determinar el sexo del niño antes del nacimiento en 88 a 96 por ciento de los casos.

Tuberculosis y embarazo.—En lo tocante a la terapéutica antituberculosa vinculada con el embarazo, Verusi ³⁷ formula las siguientes conclusiones: La tuberculosis ejerce sobre el embarazo, parto y puerperio una influencia nada despreciable, pero no hasta el extremo de imponer limitaciones jurídicas, sociales y médicas sobre la maternidad, debiendo por el contrario intensificar los métodos profilácticos y terapéuticos contra la tuberculosis. El influjo perjudicial del embarazo sólo es admisible en determinadas formas de tuberculosis crónicas, principalmente en períodos de la maternidad. Los productos de la concepción de madres tuberculosas llevan consigo atributos de menor desarrollo y energía orgánica, a que corresponden su mayor morbilidad y mortalidad. La herencia bacilar por vía transplacentaria es posible,

³⁵ Mellanby, E., y Green, H. N.: Brit. Med. Jour. 1: 984 (jun. 1) 1929.

³⁶ Manoilov, E. O.: Am. Jour. Physic. Anthropol. 13: 29 (ab.-jun.) 1929.

³⁷ Verusi, Carlo: Riv. Ost. & Ginec. Prac. (fbro.) 1929.