

Virus.—Reimann, Lu y Yang ¹¹ han reinvestigado la relación entre el virus del tifo y las plaquetas. No observaron ninguna relación manifiesta entre la gravedad de la enfermedad y la trombopenia de los enfermos. Por la reacción de los animales de experimentación se puso de manifiesto que el plasma rico en plaquetas y el suero sin ellas provocaban un tifo de intensidad igual. Para los autores, el virus existe libre en el torrente sanguíneo, aunque no pudieron encontrar *Rickettsia prowazeki*. Es posible que el semejante peso específico de las plaquetas y del virus explique la concentración del último en el sedimento de las plaquetas después de la centrifugación. De todos modos, no se descubrió asociación alguna entre los trombocitos y el virus tifoso.

Italia.—Alessandrini ¹² ha observado en Roma una forma morbosa atribuible a la enfermedad de Brill que dura de 10 a 15 días, se acompaña de exantema característico y no es difusible ni contagiosa, pero es casi siempre benigna. Sólo hubo 3 muertes en individuos con lesiones crónicas del pulmón, corazón o riñón. No se puede hablar de contagio, pues todos fueron casos primarios, sin que en ninguno se descubrieran piojos, aunque sí convivencia con perros parasitados con garrapatas. Los estudios de laboratorio revelaron el estrecho parentesco con el tifo exantemático.

HIGIENE MATERNO-INFANTIL

El Día del Niño en el Japón.—En el Japón, el día de Año Nuevo es celebrado como cumpleaños de todas las criaturas, y se dedica a hacer visitas a los niños de los pobres y amigos. El regalo favorito es el llamado hari inuko o “perro-gato” fabricado de papier maché. En el Japón todos los niños son objeto del mayor afecto y consideración, hasta en las familias más pobres, y en las calles todos los transeúntes tratan de protegerlos contra posibles accidentes.

Chile.—El Departamento de Educación Sanitaria de la Dirección General de Sanidad de Chile ha tomado medidas a fin de que todos los niños nacidos en las maternidades de Santiago queden desde el primer día bajo el control de las enfermeras sanitarias, es decir, que las madres que antes salían abandonadas a su propia suerte, hoy día son atendidas científicamente desde el principio. Desde el 1° de abril al 30 de noviembre de 1928, se dió de alta a 3,714 con hijos vivos, de las cuales se visitaron a 3,546. El reducido número de enfermeras no permite extender su acción a todos los servicios de protección a la infancia, pero se espera que el número aumente considerablemente en los años venideros. Para poder hacer el servicio

¹¹ Reimann, H. A.: Lu, G. Y. C., y Yang, C. S.: Arch. Path. 7: 640 (ab.) 1929.

¹² Alessandrini, A.: Policlinico, No. 5 (fbro. 4) 1929.

precisaría saber dónde nacen todos los niños, y la única manera de obtener este dato sería la declaración obligatoria de los nacimientos.

Desenvolvimiento de la protección a la infancia en Chicago.—Con motivo de la reunión de la Asociación Americana de Salud Pública en Chicago, el *American Journal of Public Health* publicó un trabajo dedicado a la protección de la infancia en dicha población. Estas obras comenzaron en 1896, al implantarse la inspección médico-escolar para enfermedades contagiosas, que se extendió en 1908 para comprender exámenes físicos y la adición de un cuerpo de enfermeras. El cuerpo médico-escolar comprende 122 médicos que visitan a diario las escuelas. Cincuenta y dos médicos están encargados de los exámenes físicos de los niños en los grados inferiores. De 10 a 20 se dedican a administrar toxina-antitoxina, vacunación antivariolosa y reacciones de Schick. La asistencia dental queda a cargo de 12 clínicas establecidas en las escuelas, la clínica dental del Hospital del Condado Cook, y los dispensarios antituberculosos y las clínicas de las escuelas odontológicas. El departamento de sanidad y la Cruz Roja ofrecen cursos en higiene a los alumnos. En su forma actual, la protección a la infancia surgió en 1909, mediante la cooperación del departamento de sanidad, la Asociación de Enfermeras Visitadoras, las Caridades Unidas, y la Comisión de la Leche. Luego, los centros para criaturas fueron reorganizados en un cuerpo llamado la Sociedad de Protección a los Lactantes, que cuenta hoy día con 23 centros, en tanto que el departamento de sanidad tiene 22. La escuela-casacuna ha cobrado mucha boga últimamente, y hay tres. La ciudad de Chicago tiene la fortuna de contar en todas partes de la población con pequeños parques y sitios de recreo para los niños.

Mortalidad temprana de los recién nacidos.—En las estadísticas de Heidler,¹ el traumatismo natal (intracraneal) encabezó la lista de las causas de la muerte de los recién nacidos. El accidente puede ser fruto de un parto precipitado, pero la distocia es una causa más frecuente.

Profilaxia de las lesiones intracraneales del parto.—Ehrenfest² declara que puede observarse nistagmo en 35 por ciento de las criaturas nacidas en partos perfectamente normales, elevándose la frecuencia casi a 80 por ciento en los primogénitos y a 100 por ciento en las presentaciones anómalas. Probablemente en más de 12 por ciento de las criaturas se descubren hemorragias retinianas en las primeras 24 horas, y se observan hemorragias cerebrales en la autopsia como en 65 por ciento de todos los lactantes pequeños, y laceraciones en 50 por ciento. Para el autor, el traumatismo fisiológico del cerebro y las meninges puede llevarse a un minimum en el parto con la abstención absoluta durante el parto normal, salvo la episiotomía y la

¹ Heidler, H.: Wien. klin. Wchnschr. 41: 1177 (agto. 16) 1928.

² Ehrenfest, Hugo: Jour. A. M. Med. Assn. 92: 97 (no. 12) 1928.

aplicación de un forceps verdaderamente perineal, si hay compresión máxima de la cabeza. De considerarse necesaria la intervención, toda prisa aumenta casi siempre el peligro para el feto. Puede evitarse mucho daño, considerando a toda criatura aparentemente asfixiada como probable víctima de un traumatismo intracraneal.

Hemorragias meníngeas del recién nacido.—Inclán³ declara que ha observado frecuentemente en los últimos meses en Cuba casos de hemorragia intracraneal del recién nacido. Para él, son muy frecuentes, pudiendo presentarse aún en partos normales. La aplicación de forceps suministra el mayor número de casos. La hereosifilis constituye una grave amenaza, y debe ser investigada cuidadosamente en el embarazo. De haber una semiología clara o encubierta de hemorragia intracraneal, debe siempre practicarse la requicentesis, pero sin confiar en que precava siempre las lesiones subsecuentes, por lo cual debe comprobarse repetidas veces la presión intracraneal. También debe investigarse siempre el poder coagulante de la sangre del recién nacido. Si la presión es normal, está indicada la intervención quirúrgica.

Las hemorragias del recién nacido.—Según Deluca⁴, las hemorragias del recién nacido coexisten con ictericias, explicándolas a menudo. Desde hace 12 años estudia el asunto, habiendo practicado 770 autopsias, descubriendo en 474 hemorragia, y ésta acompañada de ictericia en 116. Las hemorragias pueden ser de origen traumático, mecánico o general. Las mecánicas reconocen por causa trastornos circulatorios. Las traumáticas son casi todas consecutivas a la intervención obstétrica. Las hemorragias también pueden ser únicas o múltiples, simples o mortales. Predominan las encefalomeníngeas (302), viniendo después las suprarrenales y las subcutáneas. La mayor parte de los recién nacidos hemorrágicos que viven más de 2 días, se vuelven ictericos. La aparición de la ictericia es más frecuente en invierno, porque el feto se defiende mal del frío y debido a este resfriamiento orgánico, los anticuerpos defensivos que fabrica el recién nacido a consecuencia de las hemorragias, exacerban su acción de transformación pigmentaria.

Alimentación artificial del lactante.—En términos generales, Beretervide⁵ declara que, salvo en los casos de más rara excepción, la leche de vaca, fresca, bien hervida y convenientemente diluida, es el alimento de preferencia, el mejor a emplear a falta de leche de mujer. Hasta el sexto mes constituirá el único alimento y después se le agregarán, a medida que el niño aumenta en edad, farináceos o sopas, de acuerdo con las indicaciones. Para él, cuando menos en las condiciones en que están los niños de la Argentina de poder ser alimentados

³ Inclán, Clemente: Rev. Méd. Cubana 40: 284 (mzo.) 1929.

⁴ Deluca, F. A.: Rev. Méd. Lat. Amer. 14: 3280 (obre) 1928.

⁵ Beretervide, E. A.: Semana Méd. 35: 887 (obre. 4) 1928.

con leche fresca, deben desecharse de la alimentación normal de un niño sano los varios productos artificiales que se ofrecen hoy día.

Autoselección del régimen.—Hace poco, Davis ⁶ dejó que los niños recién destetados escogieran su propio alimento y las cantidades que desearan, de un grupo, bastante numeroso de alimentos corrientes, puros, sin sazonar e inalterados, salvo por la sencilla cocción de algunos. Esperaba así lanzar alguna luz sobre si el niño posee algunos instintos alimenticios que lo guíen a esa edad. Los resultados fueron casi asombrosos, pues los niños escogieron alimentos en cantidades suficientes para mantenerse, con resultados digestivos al parecer óptimos, y por lo menos inmediatamente, nutritivos buenos. Mostráronse omnívoros, sin gobernarse únicamente por sus necesidades calóricas, y variando de cuando en cuando de gusto. Esos experimentos indican que puede probarse una moderada desviación de las convenciones fijas en la alimentación infantil, pero no refutan las pruebas de las grandes ventajas inherentes a la aplicación de datos científicos a la alimentación de los niños.

Avances en los últimos años.—Para Hottinger,⁷ la alimentación artificial de los niños ha mejorado mucho en los últimos años, y cita como prueba la constante disminución de la mortalidad entre ellos. El autor discute varios factores que intervienen en la nutrición infantil, y enumera las ventajas e inconvenientes de las varias leches. Hace notar que las soluciones glucosadas constituyen adiciones valiosas, y también describe varios métodos de alimentación sin leche. Al avaluar un alimento infantil, deben considerarse estos puntos: El peso del niño debe aumentar normalmente; el alimento debe contener los ingredientes esenciales que impiden enfermedades tales como anemia, raquitismo y escorbuto; la criatura alimentada artificialmente debe poseer la misma inmunidad natural, que la amamantada, a las enfermedades infecciosas. A pesar de las muchas investigaciones recientes, todavía existen lagunas en nuestros conocimientos, y por buenos que sean los substitutos, la leche de pecho es siempre la mejor para el pequeño.

Amamantación y biberón.—Del estudio de la historia dietética de 383 niños de las escuelas primarias de Joliet, Ill., E. U. A., Hoefel y Hardy ⁸ deducen que los niños alimentados con biberón fueron en conjunto física y mentalmente inferiores a los amamantados; salvo por la talla, ocuparon un puesto más bajo en lo tocante a rasgos físicos; desde el punto de vista nutritivo, fueron los peores; y se mostraron más susceptibles a las enfermedades de la infancia, y con respecto a aprender a hablar y a andar, se mostraron más retardados que todos. En lo referente a mentalidad, los alimentados artificialmente ocuparon

⁶ Davis, C. M.: Am. Jour. Dis. Child. 36: 651 (obre.) 1928.

⁷ Hottinger, A.: Schweiz. med. Wchnschr. 59: 97 (fbro. 2) 1929.

⁸ Hoefel, Carolyn, y Hardy, M. T.: Jour. Am. Med. Assn. 92: 615 (fbro. 23) 1929.

el penúltimo puesto de la escala correspondiendo el último a los amamantados hasta 10 a 20 meses. De los niños de inteligencia superior, el menor porcentaje correspondió a los alimentados artificialmente, y ni uno de ellos fué excepcionalmente inteligente. Al considerar los dos alimentos artificiales más empleados, la leche modificada de vaca pareció ser más satisfactoria que la evaporada sin endulzar. Los niños amamantados de 4 a 9 meses se mostraron marcadamente superiores, tanto física como mentalmente, a los demás grupos. Los alimentados exclusivamente con leche de pecho más de 9 meses, aunque al parecer se desarrollaron bastante normalmente, fueron los más retrasados de todos mentalmente.

El alimento como medicamento.—Burghi⁹ repasa los nuevos conceptos etiológicos y patogénicos de las enfermedades del aparato digestivo y de la nutrición en el lactante, que han traído consigo profundas modificaciones en el tratamiento de las mismas. En los trastornos diarreicos de origen alimenticio, se empieza por suprimir todo alimento durante cierto número de horas, reemplazándolo por una dieta hídrica, e iniciando después una alimentación rica en albúminas. No es necesario suprimir del todo los hidratos de carbono, pues debe haber cuando menos un mínimo de ellos. Este principio general está subordinado a contingencias de diverso orden, por ejemplo, en los niños menores de tres meses y en los débiles congénitos todo alimento rico en albuminoides puede producir diarrea y hasta fenómenos de intoxicación. Hay estados diarreicos que dependen de un mal estado de nutrición, mientras persista el cual no se curarán. En la práctica el valor de la leche de pecho en los trastornos de la digestión y de la nutrición del lactante, es mucho mayor en los crónicos que en los agudos, y en los últimos es necesario emplearla con mucha prudencia a causa de su riqueza en azúcar y grasa. Sin embargo, esa leche es el alimento específico del niño, que llena la doble condición de estar perfectamente adaptado para el crecimiento y para las condiciones en que se encuentra el aparato digestivo. En resumen, los hidratos de carbono favorecen la producción de la diarrea, y los albuminoides obran en sentido contrario. Para que un alimento llene debidamente sus funciones en cuanto al crecimiento, es necesario que contenga, por lo menos en una cantidad mínima, todos los componentes normales, albúmina, grasa e hidratos de carbono. Así, pues, la leche albuminosa, el babeurre con azúcar y harinas, la sopa de malta, la leche de yegua y otros alimentos especiales no deben ser usados sino transitoriamente. Toda alimentación artificial continuada mucho tiempo, y a partir de los 3 ó 4 meses, debe ser complementada con la administración de vitaminas. El agua es el elemento más importante para la nutrición, y las pérdidas del agua y de las sales alcalinas, sobre todo

⁹ Burghi, S. E.: An. Fac. Med. Montev. 13: 310 (mayojun.) 1928.

de sodio, que en ella están disueltas, no deben pasar de cierto límite. Cuando se prescribe un tratamiento, sobre todo en trastornos agudos, no basta decir a la madre: "dele solamente agua hasta tal hora," sino que es indispensable decirle qué cantidad debe dar. En muy pocos trastornos conviene suprimir o modificar la leche de pecho. Conviene suprimir algunas mamadas o todas durante cierto tiempo y según la marcha del proceso, en algunos casos rebeldes de vómitos habituales, substituyéndolas por papillas espesas de leche seca o leche albuminosa concentrada, y en este caso se administran pequeñas dosis repetidas de agua por vía rectal. Las mezclas ricas en albúmina se emplean en: la dispepsia aguda leve (babeurre o leche seca), y en la grave (leche albuminosa, agua de cereales y malto dextrina). La leche descremada es también eficaz; en el cólera infantil en niños mayores de 3 meses, y sobre todo 6 meses, sólo se empleará leche albuminosa cuando no se disponga de leche de pecho, y nunca babeurre; en todos los demás estados diarreicos con fermentación (deposiciones ácidas, espumosas), son eficaces los preparados albuminosos. En los estados diarreicos de la atrepsia y de la hipotrepsia grave, lo mejor es la leche de pecho, pero si sólo mejora el estado general y no la diarrea, son a menudo muy eficaces el babeurre o la leche albuminosa, siempre con un *mínimum* de 3 por ciento de dextro-maltosa. En la diarrea subaguda de los niños entróficos de los primeros meses (pero no siempre en los menores de 3 meses y en los débiles congénitos) es útil agregar leche albuminosa. En la distrofia farinácea están indicados también los alimentos ricos en albúminas. En las dispepsias secundarias a infecciones, basta con disminuir el alimento de acuerdo con la edad del niño, pero no conviene prolongar una alimentación insuficiente. En la enterocolitis disenteriforme, la indicación de alimentos albuminosos no puede ser sino secundaria al tratamiento anti-infeccioso. Los alimentos ricos en hidratos de carbono están contraindicados en los trastornos agudos de la digestión y de la nutrición, pero como tienen una función importante que no pueden suplantar las grasas, se debe agregar a los alimentos pobres en ellos cierta cantidad de azúcar o de harina. Entre los azúcares, ocupa el primer puesto la lactosa, después la sacarosa, y el menos fermentable es la maltosa. En la práctica se emplean mezclas de maltosa y dextrina. En la distrofia por leche de vaca está muy indicada la sopa de malta. En la hipotrepsia, el peso aumenta inmediatamente al agregar hidratos de carbono a una alimentación pobre en ellos. En el cólera infantil, en lactantes de pocos meses, o hipotrépsicos, se da hidrato de carbono en forma de solución de glucosa al 10 por ciento, en enemas de goteo, y lo mismo en la dispepsia atrofiante. En el estreñimiento habitual da buenos resultados el extracto de malta agregado en pequeñas dosis. Los alimentos-medicamentos ricos en grasa están fundamentalmente contraindicados en los procesos dia-

reicos. En cambio, ejercen una acción curativa en las perturbaciones nutritivas crónicas, la hipotrepsia y en la atrepsia, y lo mismo en la debilidad congénita cuando el niño no es muy tierno. En la distrofia farinácea es de mucha eficacia el aceite de bacalao, y aún más en el raquitismo. A fin de evitar los efectos de la grasa en los procesos diarreicos, se emplean alimentos pobres o empobrecidos en grasa, entre ellos la leche desgrasada de mujer o de vaca, leche seca desgrasada o semidesgrasada, y leche de yegua. La leche desgrasada de mujer se emplea en los menores de tres meses, como tratamiento del cólera infantil y en la dispepsia atrofiante. En la dispepsia aguda del niño alimentado artificialmente se emplean la leche desgrasada de vaca, y también la seca, pero ambas adolecen del inconveniente de ser muy ricas en lactosa. La leche seca semidesgrasada ha dado excelente resultado en la alimentación mixta complementaria, de modo que es un excelente medio de curar la distrofia por hipoalimentación. La leche de yegua es eficaz como alimento de transición en los procesos diarreicos agudos, pero no debe continuarse mucho tiempo, y lo mismo sucede en las enterocolitis disenteriformes. En el empleo de alimentos artificiales, es necesario tener muy en cuenta la edad del niño y el factor calor. Los síntomas que imponen el cambio son: descenso de peso; mal estado general; pérdida del apetito, y la fiebre, siempre que no sea debida a una infección parentérica.

Leche acidulada.—Behrens¹⁰ administró leche descremada acidulada a 109 lactantes de algunos días a más de 5 meses de edad. Todos la toleraron bien durante un período que varió de 4 semanas a 10 meses. El peso aumentó rápidamente en la mayoría, pero algunos necesitaron más tiempo. Los síntomas de raquitismo no tan sólo se estacionaron, sino que disminuyeron espontáneamente. De 60 niños dados de alta, 11 revelaban síntomas ligeros, 5 medianos, y 8 graves de raquitismo, en tanto que en un centro de consulta, de 162 criaturas 90 no tenían síntomas, 26 los tenían ligeros, 25 moderados y 21 graves. Para el autor, la leche íntegra con ácido cítrico es un alimento sencillo y barato, fácil de digerir y antirraquítico.

La leche acidulada y la evaporada en la alimentación infantil.—Brennemann¹¹ empleó experimentalmente leche acidulada y corriente en la alimentación de 128 lactantes. De los 67 que recibieron la mezcla de ácido láctico, 41 aumentaron de peso, 1 no varió (62.7 por ciento) y el resto perdió peso. De los 61 que recibieron leche sin acidular, 34 aumentaron y 4 no variaron (62.3 por ciento), en tanto que perdieron peso 23 (37.7 por ciento). La investigación fué llevada a cabo durante el invierno y primavera de 1928, cuando casi todas las criaturas padecían de neumonía o de alguna otra infección respiratoria. Lo único que deduce el autor es que, en una serie de niños de 18 meses, tales como llegaron al Hospital Memorial

¹⁰ Behrens, R.: Arch. Kinderh. 86: 90 (ero. 25) 1929.

de Niños de Chicago por dicha época, no se notó ninguna reacción apreciablemente diferente a la leche evaporada, ya acidulada o no, diluida a la mitad y certificada, con 10 por ciento de jarabe de maíz. Para el autor, la leche evaporada posee marcada utilidad en la alimentación infantil, y de poseer alguna inferioridad, puede neutralizarse empleando jugo de naranja, y quizás aceite de hígado de bacalao (o ergoesterina activada).

La leche íntegra citratada y la mortalidad infantil y el raquitismo.—Durante 3 años y 9 meses, Weissenberg¹² ha utilizado la leche íntegra con ácido cítrico en la alimentación infantil en la municipalidad de Gleiwitz. La mortalidad infantil ha revelado una notable disminución en los últimos 7 años. De 10.1 por ciento en 1921, había bajado a 8.3 por ciento en 1923, a 5.9 por ciento en 1924, en que se iniciara la leche acidulada, y a 2 por ciento en 1927. Durante el mismo período de 7 años, la mortalidad de las criaturas que no recibieron cuidado municipal, varió de 18.2 a 14.3 por ciento, y no ha revelado ninguna baja constante.

El aceite de hígado de bacalao como sustituto de la crema en la alimentación infantil.—Desatendiendo la dosis eficaz mínima, Irish¹³ suministró a 10 criaturas de 4 semanas a 18 meses de edad toda la grasa que necesitaban en forma de aceite de hígado de bacalao, después de extraer la crema de la leche que consumían. Su fórmula comprendió 99.1 Gms. de leche descremada; 6.6 Gms. de azúcar por kg. de peso, aceite de hígado de bacalao, 3 por ciento del total de leche descremada, más suficiente agua para formar la cantidad necesaria para 24 horas, la cual se obtenía multiplicando la cantidad de cada comida (60 Gms. más que la edad en meses [multiplicada por 30] hasta los 6 meses) por el número de comidas en 24 horas. El último número de las fracciones se alzaba al número siguiente mayor. La fórmula fué suministrada en cantidades de 150 Gms. (60 Gms. más que la edad multiplicada por 30 hasta la edad de 6 meses) 5 veces cada 24 horas. La mezcla debe prepararse fría, agitarse bien y dividirse entre los biberones, y se guarda en la nevera hasta la hora de la comida. Se agita bien y se calienta entonces a la temperatura orgánica. El aceite tiende a separarse, pero permanece bastante bien mezclado, de modo que puede consumirse todo. Después de los 6 meses, se suministraron, como de costumbre, verduras y cereales, y además, jugo de naranja a diario. La fórmula con el aceite fué bien recibida por todos los niños de menos de 10 meses. A partir de esta edad, algunos revelaron cierta repugnancia, de modo que se utilizaron dosis más pequeñas, aumentándolas a medida que mejoraba la tolerancia. Clínicamente, el resultado fué bueno, según

¹¹ Brennemann, Joseph: Jour. Am. Med. Assn. 92: 364 (fbro. 2.) 1929.

¹² Weissenberg, H.: Arch. Kinder. 84: 200 (jun. 15) 1928.

¹³ Irish, H. E.: Jour. Am. Med. Assn. 91: 1884 (dbre. 15) 1928.

demostraban la piel sonrosada, el rápido aumento de peso sin acrecentar el azúcar, y la falta de vómitos. Hubo tendencia al estreñimiento, al elevar a 5 por ciento el contenido de grasa, pero se venció agregando una cucharada de extracto de malta. No se notó ningún agravamiento de los signos del raquitismo óseo; los niños previamente indemnes continuaron así, y en un caso desaparecieron los síntomas nerviosos. La alimentación fué implantada en los meses del invierno, cuando existía una epidemia de afecciones respiratorias, y la mezcla fué bien tolerada durante los ataques febriles. Las infecciones fueron relativamente leves. Aparte de la marcada ventaja en el estímulo del desarrollo, el método evita dificultades en el suministro y asegura el consumo de la dosis máxima.

Adaptación de la dextrosa a la alimentación infantil.—Bickel¹⁴ declara que la dextrosa es la única azúcar que cruza sin modificarse la pared intestinal, y así lo demostró en varios experimentos en perros. Para él, esa azúcar es superior a todas las demás en la alimentación infantil.

Origen y tratamiento de los trastornos de la nutrición en los lactantes.—Fanconi¹⁵ declara que el intestino es el punto vulnerable de los lactantes. La leche materna continúa siendo el alimento ideal para los niños y el de más fácil dosificación, de modo que en la alimentación artificial se procura proporcionar un conjunto lo más parecido posible a la leche de pecho. Las reglas fundamentales de la alimentación artificial son: Cantidad de líquido, un sexto del peso del cuerpo; máximum, 1 litro; cantidad de leche, 100 Gms. por kg. de peso, máximum, 500 Gms.; hidratos de carbono a agregar (azúcar, más harina) una centésima del peso del cuerpo; harinas de los dos meses en adelante, y entonces tantas veces hasta 5 Gms. como meses tenga el niño; jugos de frutas a partir de los 3 meses, y legumbres desde los 6. Estas reglas no constituyen un esquema rígido, sino que deben variar según las circunstancias. Para luchar contra la dispepsia fermentativa, está indicada una dieta a agua o té durante 12 a 24 horas, comenzando poco a poco la alimentación. Cuando se llega a 70 calorías por kg. de peso puede esperarse bastante tiempo, pues esa cifra llena las necesidades de mantenimiento. Por algunos días se suspenden los hidratos de carbono para reanudarlos lentamente. La alimentación será pobre en grasas al principio. Para excitar la putrefacción, que impide la fermentación, se enriquece en albúminas la ración. También se utilizan las propiedades antidiarreicas del ácido láctico. El ideal en el tratamiento antidiarreico es la leche albuminosa, pero no debe ser empleada mucho tiempo seguido. Para vencer las dificultades que ofrece, se disminuye la cantidad de leche y se administran hidratos de carbono.

¹⁴ Bickel, A.: Arch. Verdauungs-Krankh. 45: 16 (bro.) 1929.

¹⁵ Fanconi: Schweiz. med. Wchnschr. 58: 845 (agto. 25) 1928.

La infección en la etiología y evolución de los trastornos nutritivos del lactante.—Beretervide¹⁶ recalca que los trastornos nutritivos y digestivos del lactante pueden tener también un origen microbiano, y que su acción, lejos de ser despreciable, es importante y a menudo fundamental. Aún persistiendo la fiebre, no solamente no es necesario mantener con hambre al pequeño, sino que es indispensable llevarlo cuanto antes a su alimentación habitual. En los casos graves, las causas determinantes son el alimento artificial y la infección. Si el cuadro tóxico no se despeja con el tratamiento adecuado dentro de 2 a 3 días, y sobre todo si la temperatura no cede, hay que pensar que el agente infeccioso reviste particular virulencia. También hay que dejar establecido que ningún otro alimento es capaz de reemplazar a la alimentación natural para sacar al niño del gravísimo estado en que se encuentra. No debe echarse al intestino la culpa de la menor elevación térmica ni a los alimentos habituales, pues la lógica indicará que si no hay trastornos de orden digestivo, no puede venir de allí la fiebre. Realícese, pues, un completo y prolijo examen, y se encontrará un foco congestivo del pulmón, una otitis o una angina. Lo peor sería instalar una fobia alimenticia, y prefírase, pues, decir a la familia que no se encuentra por el momento la causa determinante del proceso febril.

Enterocolitis disenteriformes graves.—Bruchmann y Stabile de Nucci¹⁷ hacen destacar el cuadro profundamente grave y tóxico que asumen muchas de las enterocolitis disenteriformes de la infancia en la ciudad de Santiago del Estero. Comienzan a aparecer en las postrimerías de la primavera, continuando casi todo el verano, y la edad predilecta de los atacados es de año y medio a 3 ó 4 años. El destete y la alimentación artificial mal iniciada y peor conducida, juegan un papel capital, y no hay duda de que si las madres cuidaran la dietética de transición, reducirían el número de niños que pagan tributo. La sintomatología espectacular es lo que más llama la atención, pues en algunos casos ha habido hasta 80 deposiciones en 24 horas. Para ciertos autores, la enterocolitis disenteriforme no es más que una disentería bacilar, pero además del bacilo de Shiga, se han descubierto enterococos, y una variedad del colibacilo y otros gérmenes. Los autores publican 6 historias clínicas, y expresan el deseo de que el gobierno de Santiago del Estero instale consultorios destinados a la atención y estudio de las enfermedades intestinales de los niños de la primera infancia.

Patogenia y tratamiento de la diarrea.—Tomando por base la observación clínica y la inoculación experimental de conejos y cabros, Dufourt¹⁸ dedujo que la diarrea veraniega de los niños no se debe a

¹⁶ Beretervide, E. A.: *Semana Méd.* 35: 1267 (nbre. 8) 1928.

¹⁷ Bruchmann, C. A., y Stabile de Nucci, Luis: *Semana Méd.* 36: 514 (fbro 28) 1929.

¹⁸ Dufourt, A.: *Rev. Franç. Péd.* 4: 763 (dbre.) 1928.

sapofitos intestinales avivados por el calor excesivo, sino que es exógena, y la leche de vaca sirve de portador. El autor probó, pues, un suero específico obtenido de los cabros vacunados con filtrados de heces patológicas. En un grupo de 21 niños, hubo 14 curaciones y 7 muertes, comparado con 9 curaciones y 15 muertes en otro grupo que no recibió suero.

Dietoterapia en la diarrea.—Moll¹⁹ no cree en mantener a las criaturas a agua o té demasiado tiempo. Después de 6, 12 ó 24 horas, inicia un régimen que ponga término a la pérdida de peso, y provea suficiente agua y sales. Emplea para ello leche de pecho mezclada con leche de almendras (horchata), y una mezcla de suero lácteo a partes iguales, cuya combinación rinde 650 calorías por litro. En los niños de más edad, emplea una mezcla de harina de trigo o arroz, huevo, agua, azúcar, sal o bicarbonato de sodio, que agita con suero lácteo. Desde que ha introducido estos regímenes (que pueden continuarse una semana), la mortalidad de las criaturas diarreicas en la institución del autor ha bajado de 32 a 5.1 por ciento. En la diarrea el régimen debe ser de tal género que modifique la reacción fecal. En la mayor parte de los casos de diarrea las heces son alcalinas, y los regímenes descritos cambian la reacción a ácida. En los casos de deposiciones ácidas, la leche albuminosa resulta útil. En la dispepsia en las criaturas amamantadas, 1 ó 2 comidas diarias de leche cálcica (dos terceras partes) obran favorablemente.

Régimen descaseinado en la diarrea.—Moll²⁰ describe un régimen de transición tendiente a evitar la gran deshidratación y aumentar el peso del niño en la diarrea aguda. Para los niños mayores, receta un régimen a base de harina en forma de tortas, pudines de arroz con huevós, y diluidos con té, suero de leche calcinada y leche humana o de almendras (horchata); para los más pequeños, un régimen vegetal en forma de horchata. Ese régimen transitorio puede continuarse hasta dos semanas.

Tratamiento de las diarreas.—Para Escomel,²¹ no se puede hablar de diarrea, como no se puede hablar de orina enferma sin el auxilio del laboratorio. Pruébanlo algunos procesos patológicos que sintetiza así: Diarrea ácida de los lactantes; no quitar el pecho; administrar creta preparada; pronóstico benigno. Diarrea alcalina de los lactantes—dieta hídrica; calomel primero, ácido láctico después; creta por último; hidrocarbonados; pronóstico benigno si se trata con oportunidad; grave si se desatiende. Diarreas con acetonuria; dieta hídrica pasajera; hidrocarbonados; administrar citrato de soda alternándolo con bicarbonato; en casos muy graves, insulina y adrenalina. Diarreas alcalinas de los ancianos; ácidos clorhídrico y láctico; régimen hidrocarbonado; se observan en veces resurrecciones.

¹⁹ Moll, L.: Wien, klin. Wehnschr. 55: 1249 (agto. 30) 1923.

²⁰ Moll, L.: Jahrb. Kinderheil. 122: 253 (ene) 1929.

²¹ Escomel, Edmundo: Prensa Méd. Arequipa 1: 468 (abr.) 1923

Diarreas con acetonuria en los ancianos; insulina; adrenalina; alcalinos en gran cantidad; dieta hidrocarbonada. Lambliasis intestinal; arsenobenzoles por vía bucal; dieta hidrocarbonada. Tetramitosis intestinal; calomel; dieta láctea; enemas trementinados para combatir la flora asociada. Tricomoniasis intestinal; esencia de trementina por vía bucal; enemas evacuadores primero y en seguida enemas trementinados que se retienen; dieta lácteo-hidrocarbonada. Importancia del examen de laboratorio en las diarreas de las dispepsias, de las infecciones agudas o crónicas del aparato digestivo, de las congestiones hepáticas, de las pancreatitis, de los neoplasmas, de las micosis, etc. La ampolla rectal es un reservorio de impurezas, estufa de cultivo favorable al desarrollo de las bacterias e intoxicador directo del hígado por vía hemorroidaria y secundariamente del organismo entero. La idea de dejar en esta ampolla sustancias inofensivas para el hombre y que se opongan al desarrollo de las infecciones, está ajustada a los principios de la lógica.

Tratamiento de los vómitos de los lactantes.—Comby²² dice que el tratamiento de los vómitos infantiles debe variar según el caso. No obstante, hay ciertas reglas generales: Reglamentación metódica de las mamadas o biberones, con intervalos de 3 horas, y si se trata de niños muy débiles o prematuros, de 2½ ó 2 horas. Si el niño toma el biberón, se diluirá la leche con un cuarto de agua hervida azucarada al 5 por ciento. A cada biberón se le agregará una cucharadita de una solución de citrato de potasio (2 Gms.) en agua hervida (120 Gms.), y si el niño toma el pecho, se le da antes de cada mamada una cucharadita de la misma solución en agua azucarada. El niño debe comer recostado en su cama, a oscuras y lejos de todo ruido. Deben evitarse hiper- así como hipoalimentación. La vida al aire libre es de rigor. En los casos rebeldes puede lavarse el estómago con agua de Vichy templada.

El banano como alimento para los niños.—Scriver y Ross²³ estudiaron el valor del banano como alimento para los niños hasta la edad de dos años, empleándolo en vez de otros artículos alimenticios, como azúcar, patata y cereales; es decir, hidrocarbonados que contienen alguna proteína e indicios de grasas. El resultado demostró que el banano maduro constituye un sustituto útil de otros alimentos de su género en las criaturas sanas.

El régimen cereal y el desarrollo.—Appleton²⁴ estudió el desarrollo de 1,200 lactantes japoneses y 869 filipinos en Hawai. Ambas razas consumen un régimen rico en arroz y escaso en leche, y las criaturas son amamantadas. También estudió 369 lactantes hawayos. Un régimen abundante en cereales sin leche es compatible con una natalidad alta, una mortalidad infantil moderada, y un buen desarro-

²² Comby: Presse Méd., 37 No. 9 (eno. 30) 1929.

²³ Scriver, J. B., y Ross, S. G.: Can. Med. Assn. Jour. 20: 102 (fbro.) 1929.

²⁴ Appleton, V. B.: Am. Jour. Dis. Child. 37: 284 (fbro.) 1929.

llo durante los primeros cinco meses, si las criaturas son alimentadas exclusivamente al pecho y el régimen materno comprende alimentos apropiados. Después de los cinco meses, el crecimiento no es tan rápido como cuando se emplea leche de vaca como alimento complementario. Las islas de Hawai reciben suficientes rayos ultravioletas del sol para ofrecer protección casi absoluta contra el raquitismo, aun cuando el régimen no contenga leche. El brote de los dientes de leche tiene lugar a una edad temprana en los japoneses y en los filipinos, pero antes en los primeros.

La vitamina B en la alimentación infantil.—Dennett²⁵ comunica el estudio de 150 lactantes que recibieron sistemáticamente un alimento que contenía un azúcar rico en vitamina B. En el primer grupo, el profiláctico, en que no había aun trastornos, compuesto de 129 criaturas que recibieron leche y agua con azúcar de germen del trigo, hubo una falta sorprendente de anorexia, un aumento continuo de peso, un destete feliz, y se pudo administrar verduras a la edad de 9 ó 10 meses, abandonándose entonces en algunos casos el azúcar. En conjunto lo pasaron sumamente bien. La edad media en que se inició el azúcar fué de 2 meses, y la edad media a que se abandonó 9 meses. El aumento medio de peso en los 5 meses fué de 5.5 kg. En el segundo grupo de 21 criaturas en que ya existían pérdida o si no cese del aumento de peso y flacidez y palidez y mucha anorexia al introducirse el azúcar de germen de trigo, en 1 ó 2 semanas volvió el apetito y aumentó el peso. El autor conviene con Macy y Hoobler en que la leche de vaca, y en algunos casos la de pecho, no contienen la cantidad óptima de vitamina B, por lo cual debe agregarse cierta cantidad de ésta al alimento de todas las criaturas alimentadas al biberón, lo mismo que se emplean aceite de hígado de bacalao y jugo de naranja. Diez gramos por peso, o una cucharada rasa de azúcar de germen de trigo proveen tanto factor antirraquítico como 1 litro de leche, y tanto profiláctico de la pelagra como 300 cc. de leche. Dicho azúcar es más conveniente, más sabroso y más accesible que la levadura. Dennett recomienda que se administren a diario de 1 a 3 cucharadas a todo lactante alimentado con biberón durante el primer año de vida.

Pretendidas infecciones umbilicales en el recién nacido.—Parache Guillén²⁶ manifiesta que la obscuridad de la patología infantil en los primeros días siguientes al nacimiento hace atribuir ciertas enfermedades infecciosas a curaciones imperfectas del ombligo. Según él, la observación diaria pone de manifiesto la falta de patología onfálica en los recién nacidos de animales vivíparos, a pesar de no recibir cuidado alguno y ponerse en contacto con inmundicias. Las experiencias y estudios realizados hasta ahora patentizan que por muy

²⁵ Dennett, R. H.: Jour. Am. Med. Assn. 92: 769 (mzo. 9) 1929.

²⁶ Parache Guillén, E.: Siglo Méd. No. 3, 912 (dobre. 1) 1928.

asépticamente que se cuide el cordón, a los 3 ó 4 días del nacimiento contiene abundante flora bacteriana, sin que se afecte el niño en lo más mínimo.

Dominio de la inquietud infantil.—Lippman²⁷ declara que debe hacerse todo lo posible para facilitar a la madre sosiego en un medio apacible. La existencia del niño no debe privar de todo recreo a los padres. En todo lo posible, el cuidado del lactante inquieto debe ser traspasado a otras personas. Quizás se necesiten frecuentes cambios dietéticos antes de encontrar la alimentación u horario ideal. Hay que utilizar todo, los medios conocidos para aliviar la aerofagia, y si es necesario, suprimir temporalmente el pecho. Deben emplearse las medidas propuestas por Cameron de amamantar a la criatura estando ya soñolienta, y vale la pena considerar el empleo del cloral para este fin. Debe utilizarse la atropina. El autor recomienda que se aumente la dosis hasta el punto de la tolerancia, antes de deducir que es ineficaz. En la discusión, E. J. Huenekens declaró que el diagnóstico diferencial es importantísimo, y que hay que considerar la hiper- e hipoalimentación entre las causas. T. C. McCleave declaró que a veces lo ha asombrado la tolerancia de las criaturas hipertónicas hacia la atropina, siendo necesario aumentar la dosis con mucha rapidez.

Otitis media y gastroenteritis.—Mitchell y sus colaboradores²⁸ practicaron un estudio de la gastroenteritis infantil y su relación con la otitis media durante 2 años en Cincinnati, E. U. A. En los 24 meses transcurridos desde el 1° de julio de 1926 al 1° de julio de 1928, 169 criaturas ingresaron con gastroenteritis grave, un 77.5 por ciento de ellas en los meses del 1° de julio al 1° de noviembre, o sea los cálidos. En cambio, de 226 criaturas con otitis media purulenta aguda observadas durante el mismo período, sólo 30 por ciento ingresaron durante los meses de julio a octubre inclusive, y la rinitis aguda acusó la misma frecuencia estacional. Hubo bronquitis o bronconeumonía en un 12.4 por ciento de los 209 casos de gastroenteritis, dividiéndose entre los casos de otitis media (15 casos) y los otros (11). En 232 casos de otitis media declarada hubo 58 (20 por ciento) en que se presentó después gastroenteritis. De 209 casos en casi todos los cuales el otólogo observó los oídos, un 36.8 por ciento revelaron signos de otitis media purulenta. En el grupo de 209 casos de gastroenteritis la mortalidad fué de 34.4 por ciento. De 77 que tenían también otitis media murió un 30 por ciento, y de 132 que no la tenían, murió un 37 por ciento, es decir, que la otitis no agravó la gastroenteritis. Ésta reconoce varias causas, primarias y contributorias, sin que ninguna explique todos los casos. En los

²⁷ Lippman, H. S.: Jour. Am. Med. Assn. 91: 1848 (dbr. 15) 1928.

²⁸ Mitchell, A. G.; McCarthy, M. F.; Leichter, J. W., y Seinsheimer, Frank: Jour. Am. Med. Assn. 92: 970 (mzo. 23) 1929.

casos en que se presenta otitis media, caben 4 explicaciones: (a) la gastroenteritis es producida por la otitis; (b) la otitis es producida por la gastroenteritis; (c) gastroenteritis y otitis reconocen la misma causa, y (d) la gastroenteritis y la otitis coexisten independientemente. Sin mostrarse seguros, los autores indican que ninguna de esas explicaciones reza con todos los casos. La otitis media y mastoiditis en una criatura con gastroenteritis de intensidad creciente, puede ser tratada por el desagüe del seno mastoideo (aunque sin esperar efecto inmediato sobre los síntomas gastrointestinales) pues debidamente practicada, la operación no aumenta marcadamente el riesgo de mortalidad.

Pénfigo neonatal.—Después de repasar 50 casos, Collins y Campbell²⁹ declaran que el pénfigo neonatal es una enfermedad contagiosa rara vez vista después de 4 meses del nacimiento. La infección es probablemente transmitida de una criatura a otra por el médico, la comadrona u otro asistente. No se ha aislado el microbio específico, pero se ha encontrado el estafilococo en el líquido de las flictenas. El mejor tratamiento consiste en mantener la zona afectada seca y aséptica. Ninguna partera o médico que haya estado en contacto con la enfermedad debe asistir a otro parto antes de desinfectarse perfectamente. La enfermedad debería ser notificable.

Epidemia de fiebre ganglionar aguda.—En la epidemia de fiebre ganglionar aguda descrita por Davis,³⁰ se afectaron todos los lactantes y una asistente de una pequeña casa-cuna de Chicago. El número de casos llegó a 9. No se pudo averiguar la causa de la infección, pues no había habido nuevos ingresos desde más de 1 mes antes, y no se había notado más enfermedad que ligeros resfriados en los 2 meses anteriores. La leche empleada era pasteurizada. La gravedad de los casos varió mucho, pero todos se conformaron a la descripción de Pfeiffer. La linfocitosis se presentó al principio del período de incubación. Hubo las numerosas recaídas de costumbre. Sólo se presentaron complicaciones supuradas en las infecciones mixtas. Por regla general la reposición tuvo lugar dentro de 4 semanas, volviendo los ganglios a su tamaño y estado previos. Los datos obtenidos indican un período de incubación de 10 días a 2 semanas.

Mortinatalidad, morbilidad y mortalidad infantil en la Argentina.—En un detenido estudio, Foster,³¹ Jefe del Servicio de Lactantes del Hospital de Niños de Buenos Aires, presenta estadísticas de las cuales deduce lo siguiente: Los estudios fundados en estadísticas, para la primera infancia, deben alcanzar hasta los dos años de edad; la acción de la temperatura ambiente puede y debe ser contrarrestada por un régimen dietético adecuado; la leche higiénica destinada a los lactantes es un problema que todavía reclama solución; la provo-

²⁹ Collins, F. G., y Campbell, H.: Lancet 1: 227 (fbro 2) 1929.

³⁰ Davis, C. M.: Jour. Am. Med. Assn 92: 1417 (abr. 27) 1929.

³¹ Foster, Enrique: Semana Méd. 35: 901 (obre. 4) 1928.

cación del aborto debe ser combatida activamente; la natalidad y la mortalidad son fenómenos que deben ser estudiados separadamente y tratados de diversa manera; para poder combatir la disminución de la natalidad, es necesario conocer el número de vientres capacitados para dar nacimiento; se hace necesaria una estadística para conocer el número de muertes relacionadas con el parto; es urgente difundir en todo el territorio de la República los perjuicios que puede ocasionar la sífilis; la forma de combatir la mortalidad debe organizarse de diferentes maneras, según las regiones donde se deba actuar; la propaganda antialcohólica debe hacerse efectiva, sobre todo ante las madres, para que preserven a los hijos; es urgente dar a las maternidades una función social, como elementos para combatir la mortinatalidad; la organización dada a la sección Protección a la Infancia en el Departamento Nacional de Higiene, es de una utilidad absoluta para el objeto a que se la destina; para combatir eficazmente la mortalidad infantil es imprescindible el conocimiento de la morbilidad; combatir las afecciones del aparato digestivo y de la nutrición en el lactante, sigue siendo hoy el principal objetivo, pues alcanzan al 45 por ciento de la morbilidad; es de primordial importancia la formación de un cuerpo técnico capacitado; las enfermedades infectocontagiosas en el lactante se encuentran en la proporción del 6.6 por ciento, y por consiguiente, no deben ser despreciadas en esa época de la vida; la tuberculosis en la primera infancia no constituye un flagelo, pues se observa sólo en la proporción de 3.6 por ciento. Sobre 20,359 niños estudiados, hubo 1,950 heredosifilíticos, es decir, 9.5 por ciento. La mayor parte de la mortinatalidad debe, pues, ser atribuida a la sífilis, y en segundo lugar a la tuberculosis, el alcoholismo y el paludismo.

Mortalidad infantil entre los trabajadores brasileños.—Duprat y Miro Alves³² manifiestan que las “fuerzas trabajadoras” de Río Grande, incluso las familias, deben representar cerca de 50 por ciento de la población urbana, y en el seno de esta clase la mortalidad infantil (hasta 1 año) acusa una tasa aterradora, confiriendo a dicha ciudad el triste privilegio de que la mortalidad sobrepuje a la natalidad, con un coeficiente de despoblamiento de 1.55 por 1,000.

El Callao.—Ego Aguirre³³ discute el gráfico de la marcha de la natalidad y mortalidad de la Provincia del Callao, que exhibiera hace poco la Dirección de Salubridad del Perú. La natalidad ha aumentado año tras año desde 1918, que es el primero que aparece en la lista. Anteriormente, el crecimiento vegetativo era lento, mas hoy diverge y se hace rápido e intenso, aproximándose al de Río de Janeiro, que es una de las ciudades sudamericanas de más elevada natalidad. Ese crecimiento ha ascendido desde 28 por 1,000 en el año 1919, a 42 por 1,000 en 1927, en tanto que la mortalidad ha descendido de

³² Duprat, A., y Miró Alves, E.: Rev. Hyg. Saude Pub. 2: 222 (obre.) 1928.

³³ Ego Aguirre, E.: Acción Méd. 2: 5 (fbro. 2) 1929.

38.50 a 22 por 1,000 habitantes. En otras palabras, la natalidad chalaca ha ganado un 14 y la mortalidad perdido un 16 por 1,000. La mortalidad infantil, de más de 26 en 1918, ha descendido a 15.5 en 1927.

Mortalidad infantil en Puerto Rico.—La mortalidad infantil en Puerto Rico fué de 146 en 1927–28, comparada con 167 en 1926–27, y 150 en 1925–26. En las distintas poblaciones de la isla, el coeficiente varió de 60 en Corozal en la más baja, a 265 en Yabucoa en la más alta. La mortalidad materna, es decir, puerperal, fué de 6.77 por 1,000 nacimientos entre las 1,032 enfermas que asistieron a los dispensarios del Departamento de Sanidad. La mortalidad general por septicemia y otras causas puerperales en la isla fué de 6.84 por 1,000 nacimientos en 1927–28; 6.75 en 1926–27; 6.42 en 1925–26, y 6.53 en 1924–25. Entre las enfermas de las maternidades, la mortinatalidad llegó a 54 por 1,000 nacimientos, en tanto que para la isla en conjunto fué de 89 en 1927–28; 86 en 1926–27, y 79 en 1925–26. De los 1,032 partos en mujeres que asistieron a los dispensarios, un 72 por ciento fueron asistidas por comadronas y sólo 28 por ciento por médicos. En 16 poblaciones de la isla se descubrió que, de 110 comadronas, sólo 19 estaban licenciadas para ejercer su profesión.

Mortalidad infantil en las Filipinas.—De su estudio preliminar sobre las cifras de la mortalidad infantil en las Filipinas, Padua³⁴ deduce que el promedio por 1,000 nacimientos en los últimos 20 años en las provincias ha sido de 181.71 ± 3.00 , y durante el quinquenio 1915–1919, en que hubo epidemias de influenza y viruela, de 213.25 ± 5.61 ; que el promedio correspondiente al año 1925 (159 ± 5.15), aunque inferior al promedio de los 20 años, sin embargo, viene a ser igual al del quinquenio anterior; es decir, que no ha habido ninguna disminución significativa, por lo menos durante los últimos 6 años. En los distritos rurales, la mortalidad bruta media en 20 años ha sido de 24.36 ± 0.39 , y en el año de 1925 de 20.07 ± 0.51 , lo cual no discrepa en nada del quinquenio anterior. Existe, pues, una correlación significativa entre la mortalidad infantil y general, indicando así que las esperanzas de rebajar la mortalidad general en los distritos rurales debe cifrarse en la baja de la excesiva mortalidad infantil.

Mortalidad infantil en una provincia filipina.—En la provincia de Nueva Ecija, en las Filipinas, con una población cristiana de 270,070, el número de nacimientos registrados fué de 9,067 en 1925, de 9,482 en 1926, y de 10,502 en 1927, y el número de muertes en niños de menos de 1 año de 3,018, 2,811 y 2,792, respectivamente.³⁵ La mortalidad infantil subió de 237.79 en 1922, a 242.56 en 1923, a 249.43 en 1924, a 321.71 en 1925, descendiendo a 296.46 en 1926 y 265.20 en 1927. El promedio para los 5 años de 1922 a 1926 fué

³⁴ Padua, R. G.: Rev. Fil. Med. & Far. 19: 258 (sbre.) 1928.

³⁵ Goco, Eliseo: Rev. Fil. Med. & Far. 19: 231 (agto.) 1928.

de 268.89. Las cifras han variado según los años en los distintos municipios, y en 1925 hubo algunos que llegaron a 935.83, en tanto que en 1927 las cifras más altas no pasaron de 541.67. El principal factor en la mortalidad infantil es la miseria, según denota el gran número de criaturas desnutridas y que viven en condiciones poco higiénicas. Otro factor es la ignorancia materna, luego la edad de la mujer al tener lugar el primer embarazo parece ejercer algún influjo. Fuera de los factores sociales, intervienen los médicos, es decir, la falta de higiene, la alimentación insuficiente de la mayor parte de las madres, la impureza de las aguas, y la falta de asistencia. Se ha notado que las poblaciones que no cuentan con buena agua ni satisfactoria disposición de las inmundicias, tienen una mortalidad infantil mayor que las otras. Por ejemplo, en la población de Cabanatuán, cuando no había un abasto de agua pura, la mortalidad infantil era mayor que ahora. En cambio, en la de Aliaga, que no tiene un buen abasto de agua, no ha disminuido la mortalidad infantil. El consumo de arroz pulido, y por lo tanto, desvitaminizado, acarrea desnutrición en las madres, y á la vez beriberi y tuberculosis pulmonar. En una investigación realizada por el Dr. A. Sison, de 189 adultos sospechosos investigados, 107 mujeres y 33 hombres padecían de beriberi. El beriberi infantil se presenta en los hijos, no tan sólo de las madres que acusan síntomas beribéricos, sino de otras que parecen indemnes. En la provincia, sólo hay 45 médicos, o sea 1 para cada 6,001 personas, y sólo 24 boticas, casi todas ellas radicadas en las poblaciones principales. El total de muertes de tuberculosis pulmonar en la provincia en 1925, fué de 675, es decir, que debe haber por lo menos 2,008 tuberculosos abiertos en la provincia. Las principales causas de la mortalidad infantil en Nueva Ecija y la ciudad de Manila fueron éstas: beriberi infantil, 1925, 40.39 y 24.51; 1926, 44.66 y 24.28; 1927 (Nueva Ecija), 45.09; debilidad congénita, 1925, 16.89 y 17.78; 1926, 18.39 y 17.78; 1927 (Nueva Ecija), 16.54; afecciones broncopulmonares, 1925, 16.46 y 27.25; 1926, 16.36 y 31.74; 1927 (Nueva Ecija), 15.00; paludismo, 1925, 2.88 y 0; 1926, 2.09 y 0; 1927 (Nueva Ecija), 1.50. Las principales causas de muertes puerperales en 1925 fueron hemorragia, aborto y septicemia, y el total de muertes maternas fué de 98 en 1925, 65 en 1926, y 76 en 1927.

La mortalidad infantil y la desnutrición materna en las Filipinas.— En las Filipinas, la mortalidad general ha sido de 211,499, 228,584, 206,547 y 229,988 en los años 1923, 1924, 1925 y 1926, y la infantil de 63,196, 61,436, 58,204 y 62,763, o sea 29.87, 26.88, 28.17 y 27.28 por ciento del total, en tanto que la proporción en la ciudad de Manila representa 30.86, 28.54, 28.95 y 25.43 por ciento, a pesar del mejor saneamiento y mejor asistencia médica.³⁶ El aumento anual de la

³⁶ Concepción, Isabelo: Rev. Fil. Med. & Farm. 19: 240 (agto.) 1928.

población en las islas es sólo de 2.3 por ciento, y la mortalidad infantil de 1904 a 1927 no menos de 15 por ciento, lo cual es bastante alto. Calcúlase que la población infantil es de unos 2,000,000, es decir, que unos 300,000 niños mueren cada año antes de cumplir 5 años. Si las Filipinas dedicara a sanidad aunque fuera la mitad de lo gastado en el magnífico muelle de Manila, se salvarían unas 50,000 criaturas cada año, y se mejoraría el estado de millares de otras. Un impuesto de dos centavos en cada boleto de cinematógrafo facilitaría suficiente dinero para salvar las vidas por lo menos de 25,000 niños al año. Lo peor de este estado desastroso es que no menos de 50 por ciento de las muertes son prevenibles.

La edad de la madre y el sexo de los hijos.—Muench³⁷ analizó las partidas de nacimiento de 52,851 niños blancos de Texas, para determinar en lo posible la relación del sexo con la edad de la madre. Al parecer, la proporción de varones fué la misma, independiente de la edad de la madre.

La fertilidad y la natalidad en Europa.—Albrecht³⁸ analiza los datos publicados por la Oficina de Estadísticas de Alemania con respecto a la fecundidad de los matrimonios. Desde el último decenio del pasado siglo, la tendencia es descendente, de modo que en 1900-1901, de cada 1,000 matrimonios en mujeres de menos de 45 años, sólo hubo de 250 a 350 recién nacidos vivos. Las cifras variaron de un mínimum de 158 en Francia a un máximum de 320 en Holanda, en tanto que las cifras correspondientes a Inglaterra y España fueron 231.3 y 259.4, respectivamente. El ejemplo de Francia ha encontrado imitadores, de modo que para 1924 las cifras habían bajado aun más: Francia, 140.7; Holanda, 238.9; Inglaterra, 148.4; España, 248.4; Alemania, 145.7. La fertilidad aumentó después de la Guerra en los países beligerantes, pero sólo pasajeramente. Los países fecundos de Europa siguen siendo. Portugal (270), Italia (250), España (245), Holanda (238.9), Bulgaria, Rumanía y Ucrania.

Mediciones de los niños.—Fundándose en las mediciones físicas de unos 30,000 escolares blancos, cuyos padres y abuelos habían nacido en los Estados Unidos, Collins y Clark³⁹ determinaron que existe un período de dos a cinco años, entre la edad de 11 y 15 años, durante los cuales todas las mediciones físicas, salvo capacidad pulmonar y diámetro torácico transverso, son superiores en las mujeres que en los varones, y en particular a la edad de 13 años. La edad de mayor desarrollo varió con respecto a las diversas mediciones, pero hay una tendencia a un porcentaje máximum hacia la pubertad, presentándose en las mujeres uno o dos años antes que en los varones. Con respecto a todas las mediciones, existe un período de tres o más años, entre la

³⁷ Muench, H.: Southern Med. Jour. 21: 1061 (dobre) 1928.

³⁸ Albrecht, Hans: Monats Geburt Gynäk., obre., 1928.

³⁹ Collins, S. D., y Clark, Taliaferro Pub. Health Rep. 44: 1059 (mayo 3) 1929.

edad de 6 y 13 años, durante el cual el incremento anual medio para las mujeres excede el de los varones de una edad correspondiente. En general, los principales excesos para las mujeres son a la edad de 11 a 12 años. A la edad de 13 ó 14 años el incremento es mayor para los varones.

Estado físico del niño negro en los Estados Unidos.—Según el censo de 1920, en los Estados Unidos había 10,463,131 negros, de los cuales más de 2,500,000 tenían de 5 a 14 años, cuyo número calcúlase que había subido a 2,750,000 para el otoño de 1925. Un estudio detenido de un grupo de más de 5,000 escolares negros de esa edad en Atlanta, Ga., E. U. A., puso de relieve muchos hechos interesantes.⁴⁰ De la edad de 8 ó 9 años hasta los 14 años, inclusive, las niñas negras son más altas que los niños, y de los 10 a 11 años también superan en peso a los últimos. La diferencia torácica es pequeña, pero las niñas tienen un pecho ligeramente más ancho, aunque menos profundo, después de los 11 años. Las niñas negras superan la talla de los varones mucho más pronto que las niñas blancas, comparadas con los niños blancos, y mantienen su superioridad más tiempo. En el peso viene a suceder lo mismo. Después de los 6 años, los varones blancos son por lo general algo más altos y pesados que los negros, y también superan ligeramente a los últimos en anchura y profundidad torácica. En lo tocante a talla, las negras son por lo general más altas y pesadas que las blancas. El índice cefálico de las muchachas negras es algo mayor que el de los varones, salvo a los 10 y 11 años. Comprendiendo los defectos ligeros, hubo un promedio de 5.9 defectos por niño negro, y de poco menos de 2, si sólo se consideran los defectos más importantes. Un 31 por ciento de los niños no tenían la menor caries dental, y otro 33 por ciento sólo tenían 1 ó 2 dientes defectuosos, y en algunos casos la caries era muy ligera. Es decir, un 64 por ciento tenían dientes excelentes o buenos. Casi la tercera parte tenían amígdalas muy hipertrofiadas o enfermas. Como a 4 por ciento los habían amigdalectomizado, es decir, que la proporción de amígdalas defectuosas superó a 36 por ciento. Casi en 15 por ciento había vegetaciones adenoideas, sobre todo en los varones. En 7 por ciento la agudeza visual era de 0.6 o menos en uno o ambos ojos. El defecto aumentaba con la edad. La frecuencia de bocio fué baja (3.56 por ciento), lo cual era de esperarse, dado que se trata de una zona no bociosa. El pie plano se elevó de 7.47 en el grupo de 6 y 7 años, a 16.81 para el de los 14 años. La frecuencia de las cardiopatías fué también pequeña. Se encontraron dos signos óseos de raquitismo en 12.69 por ciento de los niños. Los defectos físicos importantes abundaron más en los niños de menor inteligencia. Los varones revelaron mayor capacidad pulmonar que las mujeres, lo cual no sucede siempre en los blancos. Un 45 por ciento de los negros manifestaron una

⁴⁰ Sterling, E. Blanche: Pub. Health Rep. 43: 2713 (obre.) 1928.

nutrición buena o excelente, 35 por ciento mediana, y 20 por ciento mala o malísima.

Régimen de los escolares.—Payne y Martínez Rivera ⁴¹ comunican un estudio experimental de unos 90 niños de una escuela, divididos en 4 grupos, uno de los cuales recibió una pequeña cantidad de leche como complemento del régimen, otro bananos (guineos), en tanto que se reservaron 2 como testigos. Durante el período experimental, hubo un factor adverso que afectó a todos los grupos, haciéndoles perder peso. El grupo que tomó leche reveló una pérdida menor que ningún otro grupo. El que recibió bananos reveló una pérdida igual a los testigos. Ese resultado indica que la adición de una pequeña cantidad de leche, alimento este que no aparecía en el régimen diario de muchos de los niños observados, puede ejercer un efecto protector contra factores adversos. Los bananos, que constituyen una adición cuantitativa, pero no cualitativa al régimen, no revelaron una protección correspondiente a la de la leche.

Higiene escolar en Inglaterra.—Durante el año escolar de 1927, en Inglaterra inspeccionaron a 1,823,775 escolares, sin contar 861,964 que se hallaban fuera de las edades en que la inspección médica es obligatoria. En 274,855 se descubrió algún defecto físico o enfermedad, en esta forma: defectos oculares, 252,091; hipertrofia amigdalina y adenoidea, 162,533; defectos de la audición, 47,476; desnutrición, 24,049; deformidades, 22,771, tuberculosis, 12,901; cardiopatía, 5,509; dolencias menores, 818,413. Un 18.22 por ciento de los niños necesitaban tratamiento médico, exclusivo de imperfecciones dentales, desaseo y psicosis. El número de niños de menos de 15 años que murieron durante el año fué 82,968. Las principales causas de la muerte fueron éstas: afecciones respiratorias, 26 por ciento; premadurez y estados congénitos, 24 por ciento; ciertas enfermedades infecciosas, 15 por ciento; diarrea y afecciones digestivas, 9 por ciento; tuberculosis, 6 por ciento; todas las otras causas, 20 por ciento. Sin embargo, el número de esas muertes fué 30,000 menor que hace 6 años, los niños tienen hoy día mejor salud, y pierden menos tiempo debido a enfermedad.

Adenoidismo en el medio escolar argentino.—En un material de 3,500 a 4,000 niños, Rojas ⁴² ha podido distinguir un 44 por ciento de audición disminuida, y pasando a la escuela recoge el dato importante de que un 15 a 20 por ciento de niños repiten el grado. Al repetir el examen al tercer mes de operar por adenoides, la audición disminuida había bajado a 25 por ciento, y al año a un 18 por ciento. La influencia de las vegetaciones adenoideas en los procesos supurados del oído no tiene la importancia que se le ha pretendido dar, pues entre los niños examinados, el autor sólo encontró 10 casos de otitis media.

⁴¹ Payne, G. C., y Martínez Rivera, E.: P. R. Rev. Pub. Health & Trop. Med. 4: 247 (dbr.) 1928.

⁴² Rojas, F. A.: Semana Méd. 36: 520 (fbr. 28) 1929.

La facies adenoidea no significa vegetaciones, sino por excepción, pues entre los 3,000 ó 4,000 niños examinados sólo se encontraron 20 facies adenoideas, y todos ellos tenían vegetaciones sumamente pequeñas, pero acompañadas de una gran alteración de la audición, unos por catarros nasales y otros faríngeos. Algunos de esos niños habían sufrido en su primera infancia trastornos alimenticios, otros eran portadores de amígdalas hipertrofiadas con criptas, y otros heredolúeticos. El examen de la audición es indispensable en el escolar, y debe practicarse por el método de la voz cuchicheada con palabras conocidas. Las vegetaciones adenoideas ejercen influjo marcado sobre la disminución de la audición de los escolares, y la operación hace mejorar la última en un gran porcentaje.

La desnutrición infantil en México.—Escontría⁴³ declara que, cuando se asiste a una consulta de niños en México, sorprende la enorme cantidad de niños desnutridos. De 765 niños que acudieron al consultorio externo del Hospital Militar de la Ciudad de México durante el año 1927, 349 eran menores de 30 meses, y 414 correspondían a la segunda infancia. De 150 de 0 a 12 meses, hubo 56 desnutridos; de 137 de 13 a 24 meses, 79 y de 71 de 25 a 30 meses, 34, es decir, que los desnutridos representaban 47.2 por ciento. La proporción es sobre todo mayor en el segundo año. Entre las causas congénitas figuró en especial la sífilis, pues de 34 heredosifílticos, 23 se hallaban desnutridos. La hipoalimentación también interviene, notándose en 24 niños: 7 alimentados al pecho y 17 artificialmente. De 10 que padecían de enfermedades agudas por gérmenes o parásitos, la mitad se hallaban desnutridos, aunque es de notar que de 169 desnutridos, solamente 5 figuraban entre los que padecían de estas dolencias, en tanto que 121 pertenecían al grupo en que la causa estaba representada por perturbaciones digestivas de carácter crónico, ocasionadas por desorden en los alimentos, alimentación impropia o mal preparada, sobre todo entre los 13 y los 18 meses. En el grupo estudiado, pues, se encontraron más desnutridos entre los que tenían padecimientos crónicos que entre aquellos cuyos males revestían carácter agudo, y las perturbaciones digestivas crónicas son las que dan un contingente mayor, siguiéndolas en frecuencia la heredosífilis y luego la hipoalimentación. Para evitar esta desnutrición, sólo dará éxito una labor educativa y práctica, no solamente a las madres, sino también a los que se preparan para ejercer la profesión médica.

Desnutrición en las Filipinas.—Pérez⁴⁴ afirma que la desnutrición pasa por ser tan frecuente en las Filipinas que pocos profanos la consideran como anomalía. Un porcentaje algo elevado de las criaturas amamantadas padecen de dicho trastorno, pero el porcentaje es aún mayor entre las alimentadas artificialmente. De 5,477 ingresadas en

⁴³ Escontría, Manuel: Gaceta Méd. México 59: 580 (obre.) 1928.

⁴⁴ Pérez, J. B.: Rev. Fil. Med. & Far. 19: 227 (agto.) 1928.

los 4 grandes centros de puericultura situados en Singalong, San Nicolás, Tondo y Sampaloc, en Manila, 1,856 se encontraban desnutridas, o sea 1 de cada 3. De 228 alimentadas con biberón, 131, o sea 1 de cada 1.7, también estaban desnutridas. Es sorprendente ver cómo reaccionan estas criaturas a un tratamiento sencillo, en que se fija la cantidad de leche, agua, azúcar, horas de alimentación, baño, sueño, aereo, y se agregan a las comidas verduras, cocos, frutas, carnes, huevos o pescado.

Frecuencia de los cálculos infantiles en Dalmacia.—La litiasis renal y vesical es frecuentísima en Dalmacia,⁴⁵ y se afirma que 75 por ciento de todos los casos vesicales corresponden a los niños de las clases bajas, de lo cual se deduce que proceden en gran parte de la desnutrición y la alimentación impropia. Los cálculos son también bastante comunes en los adultos.

Mortalidad fetal en las presentaciones de nalgas.—King y Gladden⁴⁶ recomiendan que se trate de voltear a la criatura con manipulaciones externas entre la vigésimasegunda y trigésimasexta semana, cuando se hace el diagnóstico de presentación de nalgas. Si esa versión fracasa o no se ve a la enferma hasta después de empezar el parto, lo mejor es practicar la extracción de nalgas con anestesia etérea. La colpeurisis con una bolsa hidrostática o el alisamiento de la vagina serán de mucha ayuda, y la episiotomía conviene en la mayor parte de las primíparas. El forceps aplicado a la cabeza salvará a veces la vida.

Inspección de Maternidades en Chile.—La Inspección de Maternidades Particulares de Chile ha denunciado a la Dirección General de Sanidad a más de 30 matronas que mantienen abiertas maternidades en que se quebranta la legislación vigente. Se les impusieron fuertes multas y se dictaron órdenes de prisión contra las que se negaron a pagar.

Protección de la maternidad en Buenos Aires.—En Buenos Aires, el Distrito Federal ha sido dividido por la asistencia pública, en lo tocante a asistencia materna, en 10 secciones, cada una de ellas con su maternidad.⁴⁷ Las 10 maternidades poseían hasta 1923, 548 camas, y atendían a 7,480 partos. En 1923 se reorganizó la asistencia en una forma más amplia. La estadística de los 4 años transcurridos, arroja un 3 por ciento de intervenciones en los partos atendidos a domicilio. El primer año que se puso en práctica este método de previsión médicosocial, se atendieron en la ciudad de Buenos Aires 1,425 partos; en 1925, 3,615; en 1926, 5,103, y en 1927, 6,304, o sea un total de 16,447. Este crecimiento no ha repercutido sobre las actividades de las maternidades, pues éstas han seguido en progresión creciente; es decir, que de 7,480 partos que atendían en 1923,

⁴⁵ Carta de Bucarest: Jour. Am. Med. Assn 91: 1476 (nbre. 10) 1923. (La urolitiasis es bastante común en ciertos países. En 1912, Bokay recopiló en Alemania 1,819 casos vesicales en niños pequeños, y Rafin en 1911 recopiló en Francia 322 casos, 100 de ellos de menos de 1 año, y 26 en niños de 1 a 5 años.—RED.)

⁴⁶ King, E. L., y Gladden, A. H.: Am Jour. Obst. & Gyn. 17: 78 (eno.) 1929.

⁴⁷ Pérez, M. L.: Semana. Méd. 35: 667 (sbr. 13) 1923.

subieron a 8,048 en 1924, 7,674 en 1925, 4,243 en 1926, y 9,775 en 1927. Los 16,447 partos atendidos a domicilio arrojan una mortalidad de 0.7 por ciento, de los cuales 0.2 por ciento corresponde a infección puerperal. En las maternidades, la mortalidad es de 0.6 por ciento, con 1.8 por mil debido a infección puerperal. Ambas estadísticas son bajas. Al municipio le cuesta 37.50 pesos cada parto, de modo que, en los últimos 6,304 partos, se ha invertido la cantidad de 231,180 pesos, en tanto que las 11 maternidades existentes cuestan alrededor de 770,000 pesos anuales, y asisten a 9,775 partos, lo cual equivale a 78 pesos por parto. La labor de asistencia materna a domicilio en la ciudad de Buenos Aires es todavía susceptible de perfeccionamiento, con enfermeras visitadoras, cuidadoras de hogar, etc., y está destinada en un futuro próximo a substituir a la atención del parto de la mujer pobre con hogar modesto en la maternidad, reservando la última para los casos que la profilaxia aconseja tener bajo vigilancia médica directa; para las mujeres procedentes de puntos remotos, donde la asistencia es deficiente, o no existe; para aquéllas en que la miseria hace incompatible la asistencia en la casa; para las mujeres sin hogar, y por último, las abandonadas, indigentes o solteras.

Mortalidad materna en los Estados Unidos.—El Departamento del Comercio de los Estados Unidos ha anunciado que en el Area de Registro la mortalidad materna relacionada con el parto y el puerperio, en 1927 fué poco más o menos idéntica que en 1926. En los 35 Estados para los que se cuenta con datos relativos a 1926 y 1927, el coeficiente de la septicemia puerperal fué de 2.4 por 1,000 nacimientos vivos en ambos años, mientras que el debido a otras causas puerperales bajó de 4.1 en 1926 a 3.8 en 1927.

La mortalidad materna en Inglaterra.—El Sr. Chamberlain, Ministro de Sanidad de Inglaterra, en un discurso declaró que en dicho país gastan unos \$10,000,000 del erario público al año en los servicios de protección a la maternidad y a la infancia, sin contar los donativos particulares. La mortalidad infantil ha disminuido de 132 por 1,000 nacimientos en 1906, a 70 en 1927, y el año pasado a 65. Algo muy distinto sucede con la mortalidad materna, que no se ha modificado en los últimos 20 años, de unos 4 por 1,000 nacimientos, y hasta ha revelado tendencia a aumento, lo cual parece increíble, dados los adelantos médicos y el dinero gastado en clínicas ante- y postnatales. Una de las principales causas es la infección puerperal, y el Ministro de Sanidad ha iniciado recientemente una investigación.

Los casamientos tempranos como causa de la mortalidad materna.—Ante la Comisión de Investigación de la Edad del Matrimonio en Bombay, la Dra. Margaret Balfour, ex-primera médica del servicio médico de mujeres en la India,⁴⁸ declaró que al investigar la mortali-

⁴⁸ Carta de Londres: Jour. Am. Med. Assn. 91: 1816 (dibre. 8) 1928.

dad puerperal, anotó la edad a que las madres habían tenido el primer hijo en más de 1,100 casos del Hospital de Bombay. La edad media fué de 20.5 años, y sólo 12 por ciento tenían 16 años o menos. Según ella, la cohabitación y maternidad tempranas son la causa de parte de la elevada mortalidad materna e infantil en la India.

Organización de una maternidad moderna en Valparaíso.—Orriols⁴⁹ declara que la sección de caridad de Valparaíso cuenta apenas con 122 camas, debiendo servir un radio muy extenso. Al discutir el punto, describe la organización de una maternidad moderna, que según él, debe contar con servicios adecuados para poder atender a la mujer durante su vida genital y guiar a los niños en desarrollo por lo menos hasta los 18 meses.

Asistencia a las embarazadas en Berlín.—En la Constitución Federal de Alemania, el artículo 119 declara: "Las mujeres tienen derecho a la protección y asistencia del Estado." En Berlín, la protección a la maternidad se asienta en los 40 centros municipales para gestantes, que cuentan con competentes ginecólogos y enfermeras sin mencionar agentes de asistencia pública. Los servicios prestados son gratuitos y comprenden: 1. Reconocimiento; 2. consejo; 3. tratamiento; 4. asistencia económica; 5. información jurídica; 6. alojamiento antes del parto; 7. alojamiento durante el parto; 8. alojamiento para la madre y el hijo; 9. asistencia de la embarazada a domicilio. Para las mujeres cuyos ingresos no llegan a cierta cantidad y no reciben socorros de las cajas de seguro, la ciudad provee de los fondos públicos un servicio correspondiente llamado *Wochenfürsorge*, y que comprende: 1. Asistencia gratuita por una comadrona durante el parto, y si es necesario, tratamiento por un médico municipal, y también medicinas y otros remedios; 2. un subsidio para atender a los otros gastos, que llega a 10 marcos; 3. un subsidio de 1.20 marcos diarios durante las 4 semanas anteriores y las 6 siguientes al parto. Si los ingresos de la enferma durante el último mes anterior al parto no llegan a 48 marcos, puede aumentarse la suma a 2 marcos; 4. un subsidio a la madre durante 12 semanas, con tal que amamante al hijo.

El bono de la maternidad en Australia.—En octubre de 1912, el parlamento de Australia dictó una ley concediendo £5 a cada mujer por cada parto en que diera a luz un hijo viable.⁵⁰ Durante el año que terminara el 30 de junio de 1922, los gastos acarreados por esta medida llegaron a £706,000. Los introductores esperaban que aumentara la natalidad, o por lo menos cesara de bajar y que disminuyera la mortalidad materna e infantil, pero por el contrario, la natalidad ha disminuido, y no se ha modificado la mortalidad puerperal, siendo el mínimum el correspondiente a 1915, en que hubo 42.7 muertes por 10,000 nacimientos. Al iniciarse el plan, 63 por

⁴⁹ Orriols, Agustín: Arch. Soc. Méd. Valparaíso 1: 538 (nbre. - dbre.) 1927.

⁵⁰ Carta de Australia: Jour. Am. Med. Assn. 91: 1049 (obre. 6) 1928.

ciento de las mujeres eran asistidas por médicos competentes, y en 1926, 76 por ciento. La mortalidad infantil ha disminuido algo, pero más probablemente debido al establecimiento de centros antenatales. La Asociación Médica Británica ha tratado de modificar la ley y dedicar el dinero a establecer más hospitales de maternidad, clínicas antenatales y centros infantiles. La ley no se aplica a mujeres aborígenes o extranjeras.

Australia.—El gobierno de la Provincia de Queenslandia ha adoptado una política progresista con respecto a la maternidad y la infancia, declarando el primer ministro interino: "Todo niño tiene derecho a un buen nacimiento, y las madres deben recibir el tratamiento apropiado tanto antes como después de dar a luz."⁵¹ Queenslandia reclama el segundo puesto en la mortalidad infantil en el mundo, correspondiendo el primero a Nueva Zelandia. De 1912 a 1916 inclusive, el coeficiente fué de 66.5 por 1,000 nacimientos, y en el quinquenio de 1922 a 1926 de 50.3, comparado con 52.5 y 41.1, respectivamente, en Nueva Zelandia. Aparte de su programa maternal, el gobierno ha construido o inaugurado 64 maternidades, y tiene 11 más en vías de construcción. Esos hospitales se fundaron primero en las partes remotas del Estado, extendiéndose gradualmente a los centros de población. También se va extendiendo un sistema de enfermería rural. La mortalidad materna no ha descendido marcadamente en los últimos 20 años, y se van fundando clínicas prenatales en las maternidades, a fin de mejorar la situación.

La obstetricia y ginecología en la higiene.—Litzenberg⁵² declara que la actual mortalidad elevada del parto es imperdonable. Las dos principales causas radican en la infección y la eclampsia, ambas absolutamente prevenibles. En 1925 hubo en los Estados Unidos 17,190 muertes puerperales, de las cuales 11,180 se debieron a la septicemia y la toxemia. La mortalidad materna sólo mejoró en un 2 por ciento de 1915 a 1925, a la par que la tuberculosa mermaba en 40 por ciento. La septicemia puerperal arrebató a 6,325 madres en el mismo decenio, una mera disminución de 1 por 100,000 habitantes, en tanto que la mortalidad eclámptica aumentó en 5 por ciento, costando 53,800 vidas. La premadurez aumentó en 10 por ciento, motivando 53,800 muertes inocentes en 1925, o sea 1,528 más que en 1915. En tanto que las obras de protección a la infancia han logrado disminuir en 20.5 por ciento la mortalidad infantil subsecuente a la primera semana de vida, las muertes fetales debidas a lesiones natales saltaron de 8,835 en 1915 a 11,652 en 1925, o sea un aumento de 14.8 por ciento. No es raro ver las maternidades pasarse años sin una muerte por eclampsia o septicemia. Las intervenciones indiscretas no tan sólo perjudican a las criaturas y a las madres, sino que constituyen un foco prolífico de infección. En el Estado

⁵¹ Carta de Australia: Jour. Am. Med. Assn. 92: 914 (mzo. 16) 1929.

⁵² Litzenberg, J. C.: Jour. Am. Med. Assn. 91: 1587 (nbre. 24) 1928.

de Massachusetts, 59 por ciento de las muertes por septicemia fueron debidas a partos instrumentales.

Práctica de la obstetricia por comadronas.—Una reciente ley italiana prohíbe a las comadronas realizar operaciones que exijan instrumentos quirúrgicos, y operaciones manuales en el feto en el útero. En caso de urgencia, pueden realizar ciertos actos manuales bien definidos, pero aceptando responsabilidad absoluta por ellos. Siempre que la temperatura de la púérpera pase de 38° C., deben comunicarlo al médico del centro de sanidad o al jefe comunal de sanidad. Toda comadrona que trate un proceso infeccioso puerperal, debe avisar al jefe de sanidad, quien aconsejará la desinfección a emplear. La comadrona debe anotar en dos registros separados los nacimientos y abortos que atienda, y transmitir un informe mensual al jefe de sanidad. Las comunas facilitarán gratuitamente antisépticos y todo el material necesario para la asistencia de las mujeres pobres.

Reglamentación de las parteras en Hungría.—En Hungría,⁵³ una nueva ley preparada por el Ministro de Sanidad, contiene las siguientes disposiciones: cada partera debe recibir cierto subsidio porcentario del Estado, y debe mermarse el número excesivo que existe hoy día en las grandes poblaciones, para no obligarlas a convertirse en abortionistas criminales; la educación de las parteras debe ser más completa, siendo imperativo que se dediquen a esa profesión las mujeres educadas de la clase media; para evitar tentaciones, deben darse pensiones de retiro a las parteras; debe haber cursos de ampliación de estudios para las parteras, y éstas deben asistir por lo menos a uno cada 5 años; en lo tocante a organización, el país debe ser dividido en distritos dirigidos por tocólogos.

Análisis de 600 partos secos.—Los 600 casos de parto seco analizados por Schultze⁵⁴ representan aproximadamente 10 por ciento de ellos. La morbilidad fué ligeramente mayor que en los otros casos, y lo mismo la funiculitis, pero limitándose casi exclusivamente a los partos prolongados o instrumentales. Entre los factores predisponentes figuran la primiparidad, la hiperdistensión uterina, las presentaciones anómalas y falta de encajamiento de la cabeza.

La inversión uterina en el Brasil.—Magalhães,⁵⁵ de la Facultad de Medicina de Río de Janeiro, declara que la inversión uterina es rara, allí habiendo sólo observado 10 casos desde 1910 hasta el presente.

Tratamiento de la infección puerperal.—Pérez Velasco⁵⁶ manifiesta que en España hay más de 2,000 muertes de púérperas al año, es decir, una mortalidad mayor que en la Guerra de África antes de la pacificación. No se puede tratar de igual manera a una sepsis puerperal causada por estreptococos o por estafilococos. De sus numerosas observaciones, el autor deduce que el proceso empieza por localizarse

⁵³ Carta de Budapest: Jour. Am. Med. Assn. 92: 328 (eno. 26) 1929.

⁵⁴ Schultze, M.: Am. Jour. Obst. & Gyn. 17: 20 (eno.) 1929.

⁵⁵ Carta de Río de Janeiro Jour. Am. Med. Assn. 92: 1464 (abr. 27) 1929.

⁵⁶ Pérez Velasco, B.: Med. Ibera 22: 440 (nbre 10) 1928

al nivel de las heridas útero-vulvovaginales, de donde parten los gérmenes para producir bacteriemias. Esto lleva de la mano al verdadero tratamiento. Lo primero es cortar la infección en la puerta de entrada quitando los coágulos y restos placentarios, bien con un legrado digital o con una irrigación intrauterina. Si al lado de los anaerobios hay estreptococos, estafilococos, etc., empléense las irrigaciones en el endometrio, pero con muchísimo cuidado para no traumatizar ni infectar. Estas irrigaciones, por supuesto, se limitan al primer día, porque después resultan más bien perjudiciales. Por la misma razón se proscriben las maniobras intrauterinas. En una tromboflebitis o parametritis los lavados son inútiles. Cuando los gérmenes circulan por el organismo, la terapéutica se dirige a la circulación sanguínea. Si hay estreptococos, lo que le ha dado mejores resultados al autor es el rivanol. Si el hemocultivo revela colibacilos, son de positiva utilidad las inyecciones intravenosas de urotropina; si hay estafilococos, grandes cantidades de suero antiestafilocócico; en la infección por el bacilo de Fraenkel, el suero antigangrenoso, y finalmente, para las infecciones mixtas debe seguirse un tratamiento combinado.

Bacteriología puerperal.—En el útero de ocho puérperas normales, Armstrong y Burt-White⁵⁷ encontraron: estafilococos, 44 por ciento; difteroides, 20 por ciento; enterococos, 19 por ciento; estreptococos, 19 por ciento; bacilos coliformes, 4 por ciento. El *Streptococcus pyogenes* fué hallado en ocho de treinta y cuatro casos de pirexia puerperal de origen genital, y a esos puede agregarse otro con *Streptococcus pyogenes*, en que había un absceso mamario. En tres enfermas de gravedad, se obtuvieron del cuello el *Bacillus coli*, *S. faecalis* y *S. pyogenes*, respectivamente, en cultivo puro. Los síntomas en el pequeño pero importante grupo vinculado con *S. pyogenes* guardaron relación con la intensidad de la infección. En diecinueve de veinte casos de intensa septicemia puerperal tomados al azar, se obtuvo el *S. pyogenes* frotando el cuello; en uno no se encontraron estreptococos de ese modo, pero sí en los hemocultivos. Estos fueron positivos en 10 casos y negativos en cinco, y se omitieron en cinco.

La autovacuna de Besredka en la septicemia puerperal.—Aschermann y Rosenblum⁵⁸ trataron 6 casos graves de septicemia puerperal con la autovacuna de Besredka. Cinco se curaron y sólo una murió.

Estreptococcia puerperal.—De los 113 casos puerperales estudiados bacteriológicamente por Harris y Brown,⁵⁹ en 67 por ciento se encontraron estreptococos de varios géneros en la cavidad uterina. Los aerobios y anaerobios acusaron una frecuencia aproximadamente igual.

Las estreptovacunas en la sepsis puerperal.—Los datos de Armstrong y Shaw⁶⁰ acentúan la inutilidad de la vacunoterapia de la sepsis puerperal. De 2,007 parturientas, 81, o sea 4 por ciento, revelaron

⁵⁷ Armstrong, R. R., y Burt-White, H.: Brit. Med. Jour. 1: 592 (mzo 30) 1929.

⁵⁸ Aschermann, G., y Rosenblum, L.: Monat. Geb. & Gyn. 79: 293 (jul.) 1928.

⁵⁹ Harris, J. W., y Brown, J. H.: Johns Hopk. Hosp. Bull. 44: 1 (eno.) 1929.

⁶⁰ Armstrong, R. R., y Shaw, W.: British Med. Jour. 2: 1052 (dbr. 15) 1928.

morbosidad, y 61, o sea 3 por ciento, septicemia clínica. De 4 casos de septicemia, 1 resultó mortal. Hubo otras 2 muertes de ictericia gravídica y de peritonitis neumocócica. Se practicaron 60 operaciones, y en esos casos la morbilidad total llegó a 31 por ciento, comparada con una morbilidad global sólo de 4 por ciento, o excluyendo la operatoria, de 3.23 por ciento. La intervención cruenta acrecentó, pues, al décuplo la sepsis. En conjunto, la morbilidad puerperal se debe a un solo factor, el *Streptococcus pyogenes*, y el fracaso de la vacunoterapia específica es por lo tanto desalentador.

La fiebre puerperal en Estrasburgo.—El trabajo de Burckle⁶¹ versa sobre las infecciones puerperales tratadas en la Escuela de Partos de Estrasburgo. Entre 7,195 partos de 1922 a 1927, hubo 841 casos de infección con 3 muertes, o sea una mortalidad de 0.025 por 1,000. En 156 aplicaciones de forceps en 55 casos, la temperatura pasó de 38 C. Aunque a menudo puede haber fiebre antes de aplicar el instrumento, en 57 casos de versión hubo 20 veces hipertermia; en 53 casos de desprendimiento manual, 23. De 426 casos de post-abortum, 356 ingresaron sin fiebre, y 70 con ella. Hubo 7 muertes. La morbilidad del post-abortum, 18.30 por ciento, y la mortalidad, 1.64 por ciento, son superiores a las del post-partum. Con respecto al tratamiento, para Burckle el general es más importante que el local. Da su preferencia a la septicemina. En la Escuela de Estrasburgo se acostumbra desinfectar a toda parturienta a su ingreso a la sala de parto. Después del alumbramiento, si el parto es incompleto, se practica un raspado digital. En las placentas sospechosas, si no hay hemorragia, la abstención es de rigor. Si hay infección, se deja reposar a la mujer, se le coloca una bolsa de hielo en el abdomen, y se le administran septicemina a dosis elevadas, y ergotina. Contra la fetidez loquial se practican irrigaciones vaginales. En la septicemia puerperal, el autor ha renunciado los tratamientos locales, la seroterapia, los coloides y la proteoterapia, ateniéndose a la septicemina.

Epidemia puerperal.—Del 16 de enero al 14 de febrero, 1928, 163 mujeres fueron parteadas en el Hospital Sloane para Mujeres de Nueva York, y 26, o sea aproximadamente 15 por ciento, manifestaron signos de estreptococia.⁶² La mortalidad en los 26 casos llegó a 36 por ciento. Durante el mismo período, otras 12 tuvieron puerperios morbosos con fiebre de 38 C., pero en ninguna se encontraron estreptococos ni signos macroscópicos de infección uterina. Cinco acusaron signos de pielitis, y todas se curaron prontamente. Dos que manifestaron estreptococos hemolíticos en la vagina, no tuvieron la menor fiebre. El parto, en los 24 casos infectados, fué así: normal, 13, forceps, 6, cesárea, 4, versión en gemelos, 1. En siete no se practicó manipulación vaginal alguna. Sólo una criatura

⁶¹ Burckle, Henri: Gaz. Hôp. 102: 319 (fbro. 27) 1929.

⁶² Watson, B. P.: Am. Jour. Obs. & Gyn. 16: 157 (agto.) 1928

se infectó, y fué separada de la madre cuando tenía 4 días, y murió. Veinte enfermeras y dos cirujanos tenían estreptococos hemolíticos en la garganta o nariz durante la época de la epidemia. Cuatro enfermeras padecían de amigdalitis. Una enfermera que atendió a una enferma infectada, se pinchó el dedo con un imperdible, y se le adolorió todo el brazo, le subió la temperatura y se enfermó bastante, aislándose un estreptococo hemolítico, del pus obtenido al incidir el brazo y axila. Los hemocultivos fueron negativos. Esta enfermera se repuso. También se repuso otra que manifestó peritonitis general sin lesión primaria demostrable, y en la que se obtuvo un estreptococo hemolítico del líquido peritoneal. En el tratamiento se emplearon tres terapéuticas principales, a saber, suero antiestreptocócico, biclorhidrato de quinina, y transfusión sanguínea, y en la mayor parte dos o las tres.

Indicaciones de la anestesia en el parto normal.—Castellano⁶³ afirma que pretender aplicar la anestesia en todo parto normal, sin distinción, es falso. No es lo mismo el parto de una múltipara que la incógnita de una primípara. En la primera la anestesia sería casi un lujo, en la última una verdadera necesidad, lo mismo que en las mujeres que recuerdan con pánico los partos anteriores. Cita varias estadísticas en que empleara los métodos de Gwathmey y de Kahn, y hace notar los inconvenientes y ventajas de los mismos.

Costo de asistencia del parto.—El Hospital y Dispensario de Maternidad de Chicago atendió en el año terminado el 30 de junio de 1928 a 1,537 parturientas, y a 474 en casa. El costo de los casos tratados en el dispensario fué \$16.69, y de los tratados en casa \$10.25. En la maternidad misma nacieron 3,109 criaturas, y se atendió a 7,243 enfermas, siendo el costo medio diario de \$3.88. Un problema grave consiste en la asistencia de las madres solteras, de las cuales hubo 100 durante el año.

Profilaxia de la eclampsia.—Razetti⁶⁴ resume así sus conclusiones relativas a la eclampsia gravídica: La eclampsia es una enfermedad del embarazo y nada más que del embarazo; la causa debe necesariamente encontrarse en la placenta; el tratamiento específico es el profiláctico; la eclampsia convulsiva y el eclampsismo grave se curan separando la placenta del útero, sin que este órgano entre en contracción, es decir, haciendo la operación cesárea precoz suprimiendo el parto; la indicación operatoria en la eclampsia convulsiva es tan imperativa como la intervención quirúrgica en la apendicitis aguda, porque ni en la una ni en la otra enfermedad es posible establecer un pronóstico seguro al principio de la crisis.

La eclampsia y la mortalidad infantil.—Entre 120 hijos de eclámpicas, la mortalidad llegó a 10.8 por ciento.⁶⁵ Entre las causas hay que

⁶³ Castellano, J. S.: Rev. Esp. Obst. & Ginec. 13: 454 (obrev.) 1928.

⁶⁴ Razetti, L.: Rev. Med. & Cir. 11: 380 (agto. 31) 1928.

⁶⁵ Tunis, B.: Zentr. Gyn. 52: 1928 (jul.) 1928.

considerar: lesión directa al niño por las noxas eclámpicas; lesión indirecta por la premadurez o trastornos placentarios; lesión por el tratamiento administrado a la madre, y la última es probablemente la más importante. La mortalidad infantil aumenta en razón directa a la distensión uterina artificial y al número de versiones, y disminuye en proporción al empleo de la cesárea. No se pueden sacar deducciones en cuanto al empleo del forceps, por variar tanto las circunstancias que lo rodean.

El sulfato de magnesio en la eclampsia.—Lazard⁶⁶ manifestó que ya han transcurrido cuatro años desde que se comenzó a emplear el sulfato de magnesio en la eclampsia y la toxemia eclámptica en el Hospital General de Los Ángeles. En una serie de 99 casos, la mortalidad bruta fué de un 14 por ciento, contrastada con 36 por ciento en los 5 años antes de introducirse esta terapéutica. En más de 1,000 inyecciones no ha habido ni accidentes ni reacciones graves.

Peligros del sulfato de magnesio.—De un estudio experimental, Stander⁶⁷ deduce que no debe administrarse sulfato de magnesio intravenosamente a una concentración mucho mayor de 10 por ciento, pues una concentración de 25 por ciento resultó fatal para varios perros experimentales.

Tratamiento de la eclampsia en Lausana.—De un estudio de 102 casos de eclampsia tratados en la Maternidad de Lausana, Bernard⁶⁸ afirma que el tratamiento de Stroganoff-Zweifel dió excelentes resultados para la madre en los casos leves y moderados (0 por ciento de mortalidad), pero en los casos graves no, pues la mortalidad subió hasta a 50 por ciento. En lo tocante al feto, el método es claramente inferior a la intervención activa, sobre todo instrumental, pues la mortalidad mínima es de 27 por ciento, y mayor mientras más dure. En los casos graves, el tratamiento activo rindió 27 por ciento de mortalidad materna, en lugar de 50 por ciento con el tratamiento de Stroganoff-Zweifel, y 7.7 por ciento de mortalidad fetal, en lugar de 27 por ciento.

Frecuencia y profilaxia de la eclampsia.—En 5,408 embarazos Baumgart⁶⁹ observó 71 casos de eclampsia, con 14 muertes. Para combatirla, recomienda en particular que se enseñe a las aldeanas a fijarse en los primeros signos del estado, y a llamar al médico en el acto.

Recidivas de la eclampsia.—En un estudio realizado por Young,⁷⁰ se demostró que la eclampsia o albuminuria de una embarazada sólo recurre en 31.9 por ciento de los embarazos sucesivos. Deben precisarse las causas para no dejarlas latentes. Una vez fijado el diagnóstico, sólo debe ser considerado el factor materno. El peligro

⁶⁶ Lazard, E. M.: Jour. Am. Med. Assn. 92: 636 (fbro. 23) 1929.

⁶⁷ Stander, H. J.: Jour. Am. Med. Assn. 92: 631 (fbro. 23) 1929.

⁶⁸ Bernard, G.: Rev. Méd. Suisse Rom., No. 16 (dbre. 25) 1928.

⁶⁹ Baumgart, G.: Zentral. Gynäk. 53: 647 (mzo. 16) 1929.

⁷⁰ Young, F.: Brit. Med. Jour. No. 3, 550 (eno. 19) 1929.

aumenta con la repetición de los ataques. Muchas toxemias gravídicas responden rápidamente al tratamiento a base de higiene, cuidado intestinal, régimen y reposo. Aparecido el cuadro en toda su plenitud, urge la intervención, sobre todo si la gestación no ha llegado al séptimo mes.

El extracto hepático en la toxemia gravídica.—De 255 casos consecutivos, todos los cuales pueden clasificarse como preeclámpticos, tratados con heparmona 4 manifestaron convulsiones.⁷¹ De 43 eclámpticas consecutivas tratadas del mismo modo desde el 1º de octubre de 1926 al 4 de junio de 1928, murieron 3, o sea 6.9 por ciento. Los autores esperan a contar con 100 casos consecutivos antes de justipreciar definitivamente el tratamiento. En los Estados Unidos murieron por eclampsia 4,878 mujeres en 1927, o sea una muerte por cada 600 nacimientos.

El maltusianismo en los Estados Unidos.—Desde 1873, las leyes federales de los Estados Unidos consideran criminal la importación o transporte de cualquiera publicación o información anticonceptiva o abortifaciente, o indecente o inmoral.⁷² En 24 Estados, el Distrito de Columbia y la isla de Puerto Rico, las leyes vigentes se conforman a un patrón semejante, y en los otros hay leyes antiobscenidad que podrían aplicarse en el mismo sentido, pues la palabra "obscena" no ha sido todavía definida jurídicamente. En el Estado de Connecticut, la práctica de la contracepción no constituye un delito. En cambio, en otros muchos Estados el pedir u ofrecer información sobre ese asunto sí lo es, y en todos ellos lo es el enviarla por correo. En un Estado, Colorado, prohiben la entrada de todo conocimiento (?) contraceptivo, pero las penalidades no rigen tratándose de médicos, obras de medicina y boticarios. En general, todas esas disposiciones comprenden dos clases: Primero, contra la diseminación de información contraceptiva, y segundo, contra artículos o medicamentos destinados a ese propósito. En 24 Estados no puede publicarse o anunciarse esa información; en 15 no puede ofrecerse de ningún modo; en 12 está prohibida la posesión; en 8 no puede ser enviada por correo; en 7 no se puede ofrecer conseguirla, y en 1 no se puede llevar el "conocimiento" al Estado. En 23 Estados no se pueden anunciar, exhibir, describir o enviar por correo medicamentos o artículos contraceptivos, y en 1 Estado no se pueden usar, aunque no hay más disposiciones contra ellos. En 10 Estados conceden algunas exenciones a la profesión médica; por ejemplo, a los médicos en 6; a las obras de medicina en 8; a los colegios de medicina en 7, y a los boticarios en 4, y en 4 Estados existen las 4 clases de exenciones. En 11 Estados las leyes prohíben explícitamente que los médicos ofrezcan consejos contraceptivos, y la ley se muestra vaga sobre el asunto en

⁷¹ Miller, H. A., y Ben Martínez, D.: Jour. Am. Med. Assn. 92: 627 (fbro. 23) 1929.

⁷² Committee on Mat. Health: Bienn. Rept., 1928.

5 más. La aduana no permite la importación de material contraceptivo. Consejos médicos sobre el control de la natalidad ya son ofrecidos a personas casadas en 28 centros radicados en 12 poblaciones de 10 Estados distintos, la mayor parte de ellos dirigidos por médicos.

Causas de la esterilidad.—En un grupo de 25 casos de infecundidad estudiados minuciosamente por Meaker,⁷³ las causas múltiples fueron la regla más bien que la excepción. En los 25 casos hubo 112 causas, o sea un promedio de 4.5, sin observarse en ningún caso menos de 2. De los 112 factores, un 34.8 por ciento fueron orgánicos, y un 65.1 por ciento locales. Al varón le cabe su culpa en la gran mayoría de los casos, y la frecuencia de defectos orgánicos es mayor en él. El cuidado inteligente de la esterilidad exige, pues, además de la investigación ginecológica y urológica, un minucioso estudio de los estados constitucionales.

La esterilización obstétrica en terapéutica.—Whitridge Williams⁷⁴ discute a fondo los consejos que debe ofrecer el médico y la obligación de éste con respecto a la prevención de la concepción. Hace notar que los medios preconizados a menudo como modernos ya se remontan a siglos anteriores. El médico debe aconsejar que no se dejen embarazar a las multíparas que padecen de nefritis crónica, así como de tuberculosis y cardiopatías graves. Si este consejo es necesario, hay que indicar el modo de ponerlo en práctica. Está indicado un consejo semejante cuando se ve a una enferma empeorando constantemente a consecuencia de embarazos demasiado cercanos, así como a ciertas neuróticas perturbadas por el constante temor a la preñez. El consejo contraceptivo puede lograr su propósito entre las llamadas clases inteligentes, pero entre las ignorantes y débiles mentales hay que ir más allá y emplear, si es necesario, la esterilidad quirúrgica. Puede argüirse que, hasta en las últimas, la continencia es la verdadera solución, y si los hombres fueran ángeles el consejo sería bueno, pero aún a las más inteligentes y concienzudas hay que vacilar en recomendar una continencia demasiado prolongada, pues tales consejos pueden hacer naufragar un matrimonio. Fundado en esas razones, el autor ofrece consejos contraceptivos siempre que lo cree necesario médicamente, por considerarlo menos grave que un aborto terapéutico o un parto prematuro, y lamenta al ofrecerlos que los medios disponibles no sean más eficaces y que a menudo agobien con cierta sensación de degradación a la persona que los consigue medio a escondidas.

Tratamiento profiláctico del aborto.—Castaño⁷⁵ declara que hay un tratamiento profiláctico del aborto en las enfermas que empiezan a perder sangre, especialmente durante los primeros meses de la

⁷³ Meaker, S. R.: Jour. Am. Med. Assn. 92: 1493 (mayo 4) 1929.

⁷⁴ Williams, J. W.: Jour. Am. Med. Assn. 91: 1237 (obre. 27) 1928.

⁷⁵ Castaño, C. A.: Prensa Méd. Arg. 15: 600 (obre. 20) 1928

gestación: reposo absoluto, evitar las contracciones uterinas con enemas de láudano, sedantes, etc.

El problema del aborto en Rusia.—El *Praxis Medici* de Rumanía ⁷⁶ ha publicado un artículo sobre el aborto en Rusia, donde consideran el asunto desde el punto de vista puramente higiénico. En 1918 se decretó que el aborto provocado no era un delito, y podría practicarse a placer, en 1920 que sólo podrían practicarlo los médicos recibidos en los hospitales, y en 1924 una comisión compuesta de médicos y esposas se encargó de distribuir los casos entre los hospitales y recopilar datos relativos al asunto. Esa comisión investiga el estado económico y social de la enferma, si ya tiene hijos y si es casada. Aquéllas a las que se niega permiso para el aborto son vigiladas por una delegación. De 1922 a 1924 se realizaron más de 55,000 abortos legales en 904 distritos, y en ese período ingresaron 66,675 mujeres en los hospitales por enfermedades debidas a abortos realizados fuera de los institutos autorizados. En Leningrado hubo que rehusar ingreso a la quinta parte de las solicitantes, por falta de cabida. La situación es mucho peor en las aldeas y poblaciones pequeñas, donde las mujeres prefieren consultar a los charlatanes. El profesor Semaschko, comisario de higiene, ha dado órdenes de que se limiten al mínimo los abortos, y que sólo se conceda permiso cuando lo justifiquen las circunstancias.

Indicaciones del aborto terapéutico.—En una reciente reunión en Hungría,⁷⁷ el Dr. Alexander Szarvas repasó las indicaciones del aborto, entre las cuales figuran: las que existen antes del embarazo, y las que se presentan durante la gestación. En su clínica, el aborto ha parecido indicado en 66 enfermas durante 6 años. En 37 había tuberculosis y otras enfermedades infecciosas; en 19 cardiopatías orgánicas, y en 10 otras dolencias graves. En la tuberculosis el cuadro clínico es el factor decisivo; en las afecciones cardíacas la resistencia del miocardio, los partos anteriores, la edad, y la posible descompensación. Otras posibles indicaciones son: nefrosis y nefritis, diabetes, varias neurosis y toxicosis. No hay que exagerar la importancia de las toxemias gravídicas, y en particular la hiperèmesis. La pelvis contraída no constituye una indicación hoy día en que se ha popularizado la cesárea. En los primeros 3 meses de embarazo, el aborto terapéutico puede practicarse con mayor seguridad con el método de Hegar.

El aborto terapéutico en Alemania.—En el código de moral médica adoptado en Alemania en 1926, aparece la siguiente cláusula: “El médico está obligado a conservar la vida naciente, con tal que no ponga así en peligro mayor la vida de la madre.”⁷⁸ A menos que haya

⁷⁶ Carta de Bucarest: Jour. Am. Med. Assn. 92: 1615 (mayo 11) 1929.

⁷⁷ Carta de Budapest: Jour. Am. Med. Assn. 92: 328 (eno. 26) 1929.

⁷⁸ Carta de Berlín: Jour. Am. Med. Assn. 92: 329 (eno. 26) 1929.

motivos urgentes, jamás debe destruir la capacidad procreadora de la mujer." La Cámara de Médicos de Berlín ha ido hace poco más allá, declarando que el médico debe tener derecho a interrumpir el embarazo si éste o el nacimiento esperado empeligran gravemente la salud de la madre, o existen las siguientes indicaciones eugénicas: enfermedad mental, epilepsia, psicopatía grave, y en particular asocial, o incesto patente, pero las intervenciones deben tener lugar en clínicas públicas y ser gratuitas. En otra resolución se indicó que el médico no debe abrigar dudas de que la interrupción instrumental del embarazo constituye un método primitivo y no siempre inocuo, por lo cual la prevención de la concepción es mucho más higiénica y racional. Para el corresponsal, parece muy dudoso que estas resoluciones cuenten con la aprobación de la mayoría de los médicos alemanes.

El aborto provocado.—Kallinikoff⁷⁹ declara que el aborto crece desmesuradamente en Europa, a la par que decrece la natalidad. Según él, en París practican 80,000 abortos al año. En Alemania, según Bumm, entre 1,900,000 partos anuales, hay 300,000 abortos, y las cifras aumentan. En Rusia la situación es peor, y alcanza la categoría de una verdadera plaga, pues ha ido aumentando la proporción desde 20 por ciento hasta formar en algunas partes 80 por ciento del total de partos, pues el Estado autoriza la provocación, siempre que tenga lugar en un establecimiento. En la clínica del autor, desde 1921 hasta mayo de 1923 se practicaron 1,000 abortos en personas provistas de certificado médico, y que hubieran podido soportar muy bien el embarazo sin ningún daño. En la mayoría de los casos, la indicación era la llamada "social." Según el autor, los 1,000 casos de aborto provocado tuvieron una evolución operatoria magnífica, y sólo hubo que repetir el legrado en un 0.8 por ciento de 3 a 4 días después, a causa de hemorragias debidas a retención de restos ovulares.

El aborto provocado en Hungría.—La Asociación Médica de Hungría ha reglamentado la práctica del aborto a fin de rodearlo de toda clase de salvaguardias.⁸⁰

Patología de los abortos consecutivos.—Fundándose en un estudio de 104 casos, Huntington⁸¹ declara que la endometritis y retroflexión desempeñan un papel secundario en la etiología del aborto. Los defectos del plasma germinal constituyen la causa principal.

⁷⁹ Kallinikoff, J.: Monats. Geburtsh. Gynäk., obre., 1928.

⁸⁰ Carta de Budapest. Jour. Am. Med. Assn. 92: 1536 (mayo 4) 1929.

⁸¹ Huntington, J. L.: Am. Jour. Obst. & Gyn 17-32 (eno) 1929.