

intervención del paludismo, en una escuela se tomaron muestras de sangre de todos los niños que tenían fiebre, y todos menos dos resultaron negativos. Los copranálisis en esos niños fueron positivos en más de 70 por ciento. El autor se inclina a convenir con Still y Suárez que las temperaturas febriles continuadas en los niños pueden deberse a inestabilidad nerviosa, pero antes de aceptar esa causa deben eliminarse todas las demás, tomando en cuenta las disendocrinias y el posible influjo del clima tropical. Doolittle, que observó algo semejante en Hauai, hace poco no pudo hallar relación alguna entre las temperaturas febriles e infección tuberculosa, pues las Mantoux y las radiografías positivas manifestaron igual frecuencia entre los niños febriles y los otros. (Rodríguez Pastor, J.: *Bol. Asoc. Méd. P. R.*, 520, ago. 1933.)

*Edad, peso, talla.*—En su último informe (1933) la Comisión Conjunta de Problemas Higiénicos en Educación de la Asociación Nacional de Educación y la Asociación Médica Americana, aconseja a los maestros que pesen y miden a los niños, que interpreten peso y talla en términos de desarrollo durante cierto periodo de tiempo, más bien que haciendo comparaciones con un promedio, y ha omitido todas las tablas de su informe, lo mismo que ha hecho Wood, quien las propusiera primitivamente, en un folleto publicado por el Departamento de Sanidad de Nueva York. Curtis ha preparado recientemente una serie de curvas, que describiera ante la Asociación Americana de Higiene Infantil, con las cuales se propone predecir el desarrollo en términos de porcentaje de madurez, pero guiándose por las curvas del individuo, más bien que por los promedios para el grupo. Desde hace años, varios autores han puesto en guardia contra el empleo de tablas uniformes para apreciar la desnutrición. (*Jour. Am. Med. Assn.*, 369, jul. 29, 1933.)

## MATERNOLOGÍA \*

*Inversión uterina en la Argentina.*—De las estadísticas disponibles, Llames Massini deduce que en un total de 80,000 enfermas asistidas en diversas maternidades de la ciudad de Buenos Aires se han observado 22 casos de inversión uterina, o sea un caso por cada 4,000 partos, en lugar de uno por cada 400,000 comunicados de Alemania. Sin embargo, hay que tomar en cuenta que a las maternidades y servicios de ginecología de Buenos Aires son remitidos en su mayor parte los casos del resto del municipio, de la provincia y hasta del país. Para obtener, pues, una estadística aproximadamente exacta, habría que sumar el total de partos en el territorio durante un plazo de varios años, y el número de inversiones en igual tiempo. En su clientela personal, el autor sólo ha visto tres casos, dos de ellos incompletos, y los tres procedían de fuera de Buenos Aires. Entre los 50,000 partos efectuados bajo su control hasta el presente, no ha tenido ocasión de ver una sola inversión uterina. (Llames Massini, J. C.: *Semana Méd.*, 2021, jun. 22, 1933.)

*Licencias a empleadas grávidas.*—Un decreto firmado en acuerdo de ministros de la República Argentina, establece que toda empleada de la administración nacional en estado de gravidez, tendrá derecho a licencia con goce de sueldo durante las seis semanas anteriores y las seis posteriores al alumbramiento. En los considerandos se hace constar que el beneficio reportado no alcanzará únicamente a la madre, sino también al hijo. La ley nacional No. 11317 ya contiene una disposición semejante con respecto a la obrera grávida.

*Embarazo ectópico en Buenos Aires.*—De 10,568 enfermas tratadas de 1913 a 1933 en el Servicio de Ginecología del Hospital Pirovano, 10,221 estaban afectadas de sus genitales; y de estas últimas, 205 fueron portadoras de una gestación

\* Crónicas sobre Maternología han aparecido en los siguientes números del BOLETÍN: septiembre 1933, p. 931; agosto 1932, p. 849; agosto 1931, p. 936; noviembre 1930, p. 1340.

ectópica, vale decir, el 2 por ciento de las enfermas de clínica ginecológica. Estos datos se refieren a las enfermas que fueron internadas y tratadas en el Servicio. En 70 casos, o sea en el 34.14 por ciento, hubo abortos, y en 124 casos, o sea en el 60.49 por ciento, hubo partos anteriores. No hubo localización ovárica. Correspondió, pues, la mayor frecuencia a los ampulares: 72.68 por ciento. En dicha región parece que se encuentran condiciones especiales de vascularización y nutrición que facilitan el anidamiento patológico del huevo a ese nivel. Los embarazos de la porción ístmica ascendieron a 12.19 por ciento. Constatóse además un caso de embarazo ístmico-intersticial y otro de embarazo abdominal. En lo que respecta a cada trompa, obtuviéronse 102 derechos, 85 izquierdos y 5 bilaterales. Considerando únicamente la forma de terminar, observóse lo siguiente: hematosalpinge, 40; aborto tubario, 58; ruptura, 86. En 14 casos encontráronse embriones y en otros 12 fetos de tamaños variables. Uno de estos últimos era a término y correspondía al caso de embarazo abdominal. Se produjeron solamente 9 casos fatales, 6 de ellos entre los años 1913 y 1923. Vale decir que en la segunda mitad del tiempo que comprende esta estadística la mortalidad fué la mitad menor. En relación al número total de gestaciones ectópicas, las muertes ascienden al 4.39 por ciento. Han sido variadas las intervenciones, lo cual indica que la laparotomía puede presentar cuadros muy diferentes que es necesario afrontar. El post-operatorio fué bueno en la inmensa mayoría de los casos, pudiéndose afirmar que esta normalidad constituye la regla y demuestra la benignidad de la intervención, la cual, por lo tanto, se debe efectuar sistemáticamente. (Bueno, Ruperto M.: *Sem. Méd.*, 1369, nbre. 1, 1934.)

*Princípio da menstruação no Brasil.*—Adotando para o paiz o padrão proposto por Morize Bento, Ribeiro de Castro obteve resultados que interessam. Assim registrou: Baía, maior frequência aos 12 anos; Rio e Minas, 13; São Paulo, 14. Notou ainda que, a menstruação era mais tardia na 3ª zona climática do Brasil (abaixo do Capricornio), sobrevindo mais cedo na segunda e ainda mais na primeira. Procurando efectuar em Recife a determinação da época puberal realisou um inquerito entre 417 escolares do sexo feminino, de 9 a 18 anos. Calculando a media, o mediano e modo tiveram-se os seguintes algarismos: media, 13 anos e 7 mezes; mediano, 13 anos e 5 mezes; modo, 12 anos e 11 mezes. Foram excluidos os algarismos muito baixos ou demasiado elevados; por exemplo, uma que dava como época do primeiro catamenio a idade de sete anos. Casos dessa ordem apresentam maior interesse para o patologista. Verificou-se também que as mulheres de raça negra chegavam á puberdade mais tardiamente que as brancas habitando a mesma região. Media: brancas, 13 anos e 5 mezes; pardas, 13 anos e 5 mezes; e pretas, 13 anos e 9 mezes; mediano: 13 anos e 4 mezes; 13 anos e 4 mezes; e 13 anos e 4½ mezes; modo: 13 anos e 1 mez, 12 anos e 11 mezes; 14 anos e 11 mezes, 12 anos e 10 mezes, 12 anos e 11 mezes; 12 anos e 11 mezes. Brancas e pardas têm medias identicas; nas pretas a puberdade é mais tardia. O escaso numero de fichas contribuiu talvez para dar ás mestiças e negras os resultados acima. Comparando a frequência nas varias idades das observadas de côr branca e das puberes portuguezas conforme Costa Sacadura, a maior frequência em Recife se encontra em idade inferior. A quasi totalidade das observadas de côr branca é de ascendencia portugueza remota ou proxima. Não se pode excluir de todo a possibilidade de ser a menstruação mais precoce em Recife por serem numerosas as brancas fenotípicas. Outra questão que merece analize é a dependencia em que se encontra a cronologia da puberdade dum certo numero de condições sociais ou economicas. (Lucena, J.: "Cronología da Puberdade Feminina e sua Significação Fisiológica.")

*Gemeos no Rio.*—A estatística de Maternidade do Rio de Janeiro, mostra 1.12 por cento de partos gemelares. A prenhez bivitelina é 3-4 veces maior da que

a univitelina. Con respecto á idade de madre, 19.9 por cento menos de 25 años, após de esta idade os restantes. Primigestas 23.4 por cento; multigestas 76.6 por cento. (Costa, V., *Rev. Gyn. & Obst.* p. 114, 1933, apud. *Arch. Ur. Med. Cir. & Espec.*, 521, mayo 1934.)

*Protección de la maternidad en Cuba.*—Por un reciente decreto ministerial, en Cuba se prohíbe el empleo de mujeres por espacio de seis semanas después del parto en todos los establecimientos, ya públicos o privados. Además, a toda gestante se le permite abandonar su empleo por seis semanas antes de la probable fecha del parto, al presentar un certificado médico en ese sentido. Mientras permanezca ausente, la empleada recibirá un subsidio igual a su salario, pagadero de un fondo, al cual contribuirán el Estado, los patronos y las empleadas mismas. La mujer también recibirá asistencia médica. Todo patrón debe permitir a toda mujer lactante dos períodos diarios de media hora cada uno para amamantar al hijo, aparte de los períodos de descanso ya establecidos por la ley. El embarazo, o enfermedad relacionada con éste, no constituirán motivo para despedir a una empleada, a menos que la ausencia de ésta exceda el tiempo establecido por la ley. Ninguna gestante será empleada en trabajos fuertes, o que puedan obstaculizar el desarrollo normal del niño. Todos los establecimientos que empleen 50 mujeres o más, deben organizar una casa-cuna para los hijos menores de dos años, de las empleadas.

*Partos en Nueva York.*—De 21,095 partos que tuvieron lugar durante el año 1933 en 50 hospitales de la Ciudad de Nueva York, 75.4 por ciento fueron espontáneos y 24.6 por ciento quirúrgicos, empleándose en los últimos en 20.1 por ciento el forceps, en 2.7 la cesárea, y en 1.8 por ciento otros métodos. En general, en los grandes hospitales públicos es que abundan más los partos normales, siendo por lo común el porcentaje de más de 90. Las extracciones con forceps varían de 57 por ciento en un establecimiento particular, a menos de 2.6 en un nosocomio público; y las cesáreas de 0 a 7.6 por ciento. Además, el Departamento de Sanidad de Nueva York recibió 3,248 certificados de médicos particulares, en que consignan la forma del parto, y de ellos en 3,056 fué espontáneo, y sólo en 192 quirúrgico (165 por forceps o versión, sin ninguna cesárea). (Anón.: *Quart. Bull.*, N. Y. C. Dept. Health, No. 3, 1934.)

*Mortalidad materna en los Estados Unidos.*—La Oficina del Niño de los Estados Unidos ha publicado los resultados de una encuesta de la mortalidad materna, practicada en colaboración con un comité de tocólogos, durante 1927 y 1928 en 15 Estados, que representan en conjunto todos los sectores geográficos del país. En ese plazo la Oficina del Censo encasilló 7,537 defunciones de mujeres en las causas puerperales, o sea 26 por ciento de toda la mortalidad por septicemia puerperal para toda el área de registro, resultando un coeficiente de 6.4 defunciones por 1,000 nacimientos viables en la zona estudiada, comparado con 6.7 para el área de registro. De esas muertes, 18 por ciento recayeron en mujeres de raza negra, cuyo coeficiente es el doble del de las blancas. La cifra ha sido depurada a 7,380 conforme a la clasificación internacional, fundándose en ésta las proporciones anotadas. Un 9 por ciento, o no tuvieron asistencia médica, o sólo la recibieron ya moribundas. En los hospitales murieron 4,066, pero sólo se había atendido allí a 2,629 de ellas durante el parto o aborto. En más de la mitad hubo intervenciones, y en 26 por ciento de las muertes asignadas al parto con forceps y 19 por ciento de las consecutivas a la versión, se imputó la causa a la septicemia. Un 7 por ciento se debieron a la cesárea. La septicemia puerperal ocasionó 40 por ciento de las 7,380 defunciones, y 73 por ciento de las 1,825 imputadas al aborto. Al concluir su estudio, la comisión recomienda a los médicos que tomen la iniciativa en la lucha contra la mortalidad materna, que obtengan datos más fidedignos en lo tocante a las causas y prevención de esas defunciones, y que se dispongan los medios para adquirir y difundir los funda-

mentos y últimos conocimientos de la asistencia obstétrica. También recomienda la educación general del público recalcando la necesidad de los cuidados obstétricos adecuados, y el peligro que entraña la carencia de ellos. (Children's Bureau, Pub. 221 & 223.)

En 1930, la Academia de Medicina de Nueva York designó una comisión encargada de estudiar la mortalidad materna en la población. En los tres años que ha durado el estudio, tuvieron lugar 2,041 muertes maternas, de las cuales la Comisión calcula que 65.8 por ciento hubieran podido prevenirse, de haber sido la asistencia apropiada en todo sentido. La culpa se asignó a los médicos, las enfermas mismas, y las comadronas, distribuyéndose así: 61.1 por ciento, 36.7 y 2.2 por ciento, respectivamente. Las cifras, sin embargo, para la comisión, no acaban de representar la situación, por lo cual se consideran los varios factores, tales como anestesia, disminución de los partos espontáneos, aumento de las intervenciones, cesáreas, partos a domicilio y en el hospital, asistencia prenatal, estado económico, etc. Un 60 por ciento de las muertes evitables se debieron a alguna deficiencia del encargado: falta de juicio o destreza, o descuido, a veces por concederles demasiada independencia a los internos, y la mayoría, fruto de la incompetencia. El mayor empleo de la anestesia da por resultado que merma las facultades expulsivas de la musculatura uterina, y acrecienta la necesidad del parto operatorio. Tiénese calculado que no más de 5 por ciento de los partos exigen intervención cruenta; sin embargo, un estudio de los protocolos de 67 hospitales, en que tienen lugar casi 75 por ciento de todos los partos hospitalarios, demuestra que se verifica en 24.3 por ciento de ellos, y para la ciudad en conjunto calcúlase que uno de cada cinco partos es operatorio. Una disminución de estas intervenciones hará bajar la mortalidad materna. Aunque todas las maniobras quirúrgicas han aumentado, eso se nota en particular en la cesárea. En 1910, en uno de los principales hospitales de la ciudad, sólo en dos de cada 1,000 partos se practicaba la cesárea; para 1927, la proporción había subido a 25. Aunque 2.2 por ciento de todos los partos son con cesárea, a esa operación le corresponde 20 por ciento de la mortalidad total. Poco menos de 30 por ciento de todos los partos fueron a domicilio, y entre ellos sólo tuvieron lugar 14.5 por ciento de las muertes prevenibles; es decir, que la mortalidad relativa por 1,000 nacidos viables fué de 4.5 en el hospital y 1.9 a domicilio. La diferencia, según la condición económica de la madre, viene a representar 20 por ciento entre los dos extremos, es decir, 3.9 por 1,000 para las más acomodadas, y 4.9 para las de los barrios pobres. La comisión recomendó que se eduque tanto al público como a la profesión médica en la necesidad de modificar ciertos métodos actuales. En primer lugar, hay que enseñar a la madre en ciernes la importancia de la asistencia prenatal, y lo que esta representa y comprende. La profesión médica debe informar al público profano del mayor peligro que entraña el parto operatorio cuando se emprende meramente para aliviar el dolor o acortar el trabajo de parto. Debe recalcar la relativa seguridad del parto a domicilio, incitando a las mujeres que no pueden obtener adecuada asistencia médica u hospitalaria, a que aprovechen los servicios de comadronas competentes bajo la vigilancia del médico. En los hospitales, debe haber tocólogos idóneos como directores del servicio de maternidad, y deben mantener una clínica prenatal. También debe haber un número suficiente de camas para las enfermas que manifiestan complicaciones. En todos los hospitales debe haber salitas reservadas para casos obstétricos. La asepsia debe ser de lo más rígida, y el aislamiento debe conformarse a los métodos aceptados. Con respecto a comadronas, deben crearse más escuelas preparatorias, y las alumnas deben comprender mujeres aceptables a los grupos de población que van a servir. Las licencias para ejercer deben concederse únicamente después de exámenes de entrada. Además, debe ser obligatoria la asistencia a cursos de perfeccionamiento. La vigilancia debe acentuarse, estando a cargo de médicos.

Las parteras deben denunciar todos los partos dentro de 48 horas, y cualquier anomalía en el acto, y pedir una consulta si el parto se prolonga más de cierto período. En algunos hospitales, podrían muy bien utilizar parteras para atender a los partos en el servicio externo, bajo la dirección del claustro obstétrico. (Apud: *Jour. Am. Med. Assn.*, 1826, dbre. 2, 1933.)

*Fecundidad en México.*—En su estudio, Saavedra observó en 666 mexicanas un promedio de 3.88 hijos, habiendo tenido 17 por ciento un solo hijo, y 0.9 por ciento, 16 hijos, oscilando las demás entre esos límites. En lo que se refiere a mortalidad infantil, corresponde casi un hijo muerto a cada madre (92.7 por ciento), y del total se pierden cerca de 24 por ciento, sin contar el gran número de abortos (262), es decir, 2.54 por ciento, lo cual, sumado a las 616 defunciones, rinde 878, o sea la tercera parte de la natalidad. La mortalidad infantil sigue una curva descendente, desde 37.5 y 47 por ciento en la prole de las madres de 16 y 15 hijos, a 8 por ciento en las de 2. De los 262 abortos (la novena parte de la natalidad), 80 por ciento correspondieron a sífilíticas francas o sospechosas. Del estudio también resalta claramente la relación entre la mortalidad y el número de hijos en la familia, correspondiendo la mayor mortalidad a las madres más prolíficas. En la discusión, Carrillo declaró que, antes que preocuparse por elevar el coeficiente de la natalidad, lo que interesa es intensificar la campaña contra la mortalidad infantil, sin olvidar el aborto. (Saavedra, A. M.: *Rev. Mex. Puer.*, 685, jun. 1934; *Pasteur*, 95, obre. 1934.)

*Presentaciones y posiciones fetales en el Perú.*—El trabajo de Villamón está basado en 9,556 partos asistidos en la maternidad del Hospital San Juan de Dios de Bellavista, de septiembre de 1907 a marzo de 1934. Las presentaciones de vértice ascendieron a 94.94 por ciento, las de cara a 0.24, las de frente a 0.05, las de nalgas a 3.72, y las de hombro a 0.95 por ciento. Hubo 83 partos bifetales (uno por 113) y dos partos trifetales (uno por 4,734). (Villamón H., F.: *Rev. Méd. Per.*, 1737, ab. 1934.)

*Hospital de Maternidad de San Juan.*—Durante el año económico 1933-34 ingresaron en el Hospital de Maternidad de San Juan, Puerto Rico, 2,539 pacientes registrándose 1,938 partos, y 251 abortos. En 1,929 casos se trataba de mujeres multíparas y en 260 primíparas. De los 2,539 pacientes ingresados en el hospital se ordenó el examen de laboratorio de 1,142 muestras de exudado vaginal, resultando 178 de ellas positivas al gonococo, o sea 16.5 por ciento. La mortalidad materna fué de 18 pacientes, en 4 casos por hemorragia puerperal, y en 3 por neumonía lobular. El número de niños nacidos en el hospital alcanzó a 1,957 (19 partos gemelares) y el de natimortos a 167: 47 por debilidad congénita. (Figueroa, L.: *Bol. Asoc. Méd. P. R.*, 321, sbre. 1934.)

*Montevideo.*—Turenne repasa los servicios obstétricos mantenidos por el Consejo de Salud Pública en Montevideo, indicando las modificaciones que juzga necesarias, en primer lugar, las inaplazables, y después las menos urgentes, en los servicios de maternidad, protección maternal y asistencia domiciliaria, policlínica ginecológica del Cerro, servicio obstétrico del Hospital Pasteur, y asistencia social obstétrica. El servicio de protección maternal y asistencia domiciliaria es el que debe modificarse con más premura. La eclampsia, que había descendido a 0.16 por ciento de los partos en 1923, ascendió en 1927 a 1.81 por ciento. No solamente aumentó el total paralelamente al ascenso en el número de partos a domicilio (618 en 1923 a 2,478 en 1930), sino que la gravedad también aumentó. El mayor número de eclampsias correspondió al año en que más aumentó la proporción de partos de urgencia: 1927; es decir, en mujeres que no han tenido durante el embarazo asistencia técnica ni observado medidas profilácticas. En principio, esos partos de urgencia deben constituir la excepción, y cada gestante debe disponer de los servicios de una partera de su barrio. Para esto, es necesario difundir los servicios de policlínica, como ya se hace en la del Cerro,

y de ahí que se recomiende el establecimiento de policlínicas obstétricas anexas a las gotas de leche. Con el sistema actual, a cada partera titular le correspondió la asistencia de 109 partos en 1929, 119 en 1930 y 138 en 1931. En 1929, hubo 1,172 partos de urgencia; en 1930, 1,432; y en 1931, 1,590. Hay años en que casi 50 por ciento de las parteras inscritas no tienen gestantes que asistir. La creación de más policlínicas remediaría la situación, pues hoy día sólo hay cuatro para toda la capital: dos en la Casa de la Maternidad, una en el Hospital Pasteur y una en el Cerro. La asistencia social obstétrica ha desaparecido prácticamente, lo cual sorprenderá si se tiene presente que Montevideo, al instalarse en 1915 el servicio de asistencia y protección maternal, era la única de la América del Sur, además de muchas ciudades de Europa, que contaba con el mismo. Turenne recomienda el establecimiento del certificado prenupcial en forma voluntaria al principio. Con respecto al control de la natalidad, considera el problema de suma gravedad, pues cree, sin exagerar, que más de las dos terceras partes de la posible natalidad se malogran por obra del aborto provocado, y propone que en todos los servicios de hospitalización y de policlínica obstétrica se establezca una sección o se encargue a un miembro del personal, de impartir, cuando la oportunidad se presente, la enseñanza de los medios anticoncepcionales. Con respecto a asistencia del recién nacido, los Dres. Rodella y Leone Bloise recomiendan en un anexo, que sea sobre todo profiláctica, evitando las consecuencias inmediatas de la morbilidad y mortalidad de las primeras semanas, y las secuelas del futuro. Para ello, en los servicios de recién nacidos, deben existir enfermeras especializadas, y todas las de los servicios de maternidad deben asistir por turnos a cursillos semanales. La profilaxia prenatal debe intensificarse, con especial cuidado en lo tocante a sífilis y tuberculosis. La oftalmía neonatal casi ha desaparecido en los servicios públicos de maternidad, pero no sucede así en los casos atendidos por parteras, que hacen caso omiso del método de Credé. Las autoridades sanitarias deben, pues, exhortar a los médicos a denunciar esos casos, estableciendo sanciones penales para los culpables. En la maternidad debe haber un pequeño cuerpo de visitadoras que se ocupen, entre otras tareas, de conseguir la concurrencia regular de las embarazadas a las policlínicas, y de seguir al recién nacido. Las autoridades deben también prestar atención preferente a la madre desamparada a su salida de la maternidad. Una medida útil sería la introducción de la ficha de identificación del recién nacido, y de la libreta clínica del embarazo, parto y primeras semanas del recién nacido, que acompañaría al niño a su salida de la maternidad. En todo fallecimiento de feto recién nacido en los servicios de maternidad, debe instituirse la necropsia obligatoria, a fin de aclarar las causas y poder hacer estadísticas científicas. (Turenne, A.: *Bol. Salud Pùb.*, 1175, obre.-dbre. 1933; véase también *Arch. Ped. Uruguay*, 49, fbro. 1934.)

*Consultorios pré-nupciaes.*—Sob esse aspecto, o paiz sul-americano que se acha mais adiantado é o Uruguay, cujo Conselho de Saude Publica iniciou em 1931 um serviço de consultorio pré-matrimonial voluntario, por iniciativa do presidente d'aquelle Departamento, Dr. Eduardo Blanco Acevedo. Em Buenos Aires, a iniciativa particular, graças aos esforços da Liga Argentina de Prophylaxia Social, de que é presidente o Dr. Alfredo Fernández Verano, já conseguiu crear consultorios dessa indole. A Liga Brasileira de Hygiene Mental chegou a iniciar um serviço semelhante, quando dispunha de local adequado, no centro urbano, em 1925. Forçada a mudar de séde, continuou a manter um serviço de consultas pré-matrimoniaes por correspondencia, a cargo do eugenista brasileiro, Dr. Renato Kehl, que hoje preside, com a maior eficiencia, a Comissão Central Brasileira de Eugenia. Quando, em 1932, recebeu a liga um valioso auxilio da prefeitura, de novo se dispoz a organizar um consultorio pré-nupcial, tendo chegada a directoria da instituição a convidar para orientar o serviço o psychiatra, Dr. Cunha Lopes. O serviço não pôde ser creado, porque, impre-

vistamente, a prefeitura decidiu reclamar o local que cedera no centro urbano, e que já fôra, até, mobiliado. (De Lopes, Juana M.: *Arch. Bras. Hyg. Ment.*, ab.-jun. 1933.)

*Certificado prenupcial en México.*—En el Servicio de Higiene Infantil del Distrito Federal de México, ya se ha establecido un servicio gratuito que, de acuerdo con los jueces del Registro Civil, se ofrece a los que desean contraer matrimonio, y que comprende un examen médico y la expedición de un certificado a los aptos para el casamiento. Ya se han efectuado 329 reconocimientos, encontrándose 158 sifilíticos de ambos sexos, un blenorragico agudo, y un cardiaco, y se negaron certificados a 61. El autor recomienda que el Departamento de Salubridad establezca varios servicios del mismo género en relación con los juzgados del Registro Civil, y que mantengan contacto con los dispensarios antivenéreos y antituberculosos, el Manicomio General, y sanatorios para enfermos mentales, con el fin de pedir ayuda en sus exámenes. (Amor, J. L.: *Memoria III Cong. Asoc. Méd. Panam.*, 158, 1933.)

Discutiendo el mismo asunto, Núñez recuerda que en una ley de 1917 ya se declaraba impedimento para celebrar el matrimonio: la embriaguez habitual, la impotencia incurable, la sífilis, la locura y cualquier otra enfermedad crónica o incurable y, además, contagiosa o hereditaria; pero un inciso convirtió la disposición en potestativa. El Código Sanitario de 1926 recalco las obligaciones de los jueces, sacerdotes y pretendientes a matrimonio con respecto a dicho punto, pero, poco a poco, la ley se ha convertido en letra muerta. Para preparar el terreno, el Servicio de Higiene Infantil decidió visitar a los jóvenes que proyectaban matrimonio, a fin de convencerlos a que se sometieran a un examen médico. De 560 entrevistados concurren a dicho examen 329, entre quienes figuraban 18 por ciento de sifilíticos. Si la misma proporción rige entre los 6,000 individuos que contrajeron matrimonio en el Distrito Federal en un año, habrá entre ellos 1,080 sifilíticos. (Núñez, B.: *Ibid.*, 166.)

*Wassermann prenupcial.*—El Consejo de Salubridad e Higiene Pública del Estado de Coahuila, México, ha dispuesto que todo individuo que pretenda contraer matrimonio, debe someterse previamente a una Wassermann sanguínea.

*Esterilización eugénica en Alemania.*—Alemania es la primera nación, entre los grandes poderes, que haya dictado una moderna ley de esterilización eugénica aplicable en todo el país. Entre los países más pequeños, Dinamarca tomó la delantera, pero la nueva ley alemana ya incorpora ciertas reformas importantes, guardando mucho parecido con la ley modelo de los Estados Unidos. La organización jurídica creada por la ley para la administración de la misma, consiste en juzgados eugénicos de primera instancia adscritos a los tribunales de cada partido o distrito, formados por un juez, que presidirá, un médico de sanidad y un médico perito en eugenesia. La segunda y final instancia, que determina los recursos de apelación procedentes de los juzgados de partido, la ejerce la Suprema Corte Eugénica, que forma parte del Tribunal Supremo de Justicia, integrándola un vocal del último, un médico de sanidad y un médico eugeniólogo. El proceso se inicia mediante una petición dirigida al juzgado eugénico del distrito, bien por el sujeto mismo, o por su autor o curador, tratándose de un menor o incapacitado. Los directores de hospitales, establecimientos penales y otras instituciones públicas, podrán igualmente solicitar la esterilización, cuando procediere, de los sujetos reclusos en los mismos. Las causas de la esterilización quirúrgica son las taras hereditarias y el alcoholismo, comprendiendo las primeras: debilidad mental hereditaria, esquizofrenia, psicosis maniaco-depresiva, epilepsia hereditaria, corea de Huntington, ceguera congénita, sordera congénita y cualquier grave deformidad física que, conforme a la experiencia médica, sean susceptibles de engendrar en la prole graves defectos físicos o mentales. Las costas de los trámites judiciales corren por cuenta del Estado, y los gastos de la operación quirúrgica son sufra-

gados por la caja de enfermedad tratándose de personas aseguradas, o por as sociedades de beneficencia tratándose de indigentes, y en último caso, por el Estado. El secreto profesional rige en todo vigor tanto para los trámites judiciales cuanto para la atención médica. La ley ha sido promulgada el 14 de julio de 1933 y comenzará a regir desde el 1° de enero de 1934. Entiéndese, además, que un decreto supletorio hace extensiva la esterilización obligatoria a los reos sexuales. (Apud: *Eugenical News*, sbre.—obre. 1933.)

*Diagnóstico precoz del embarazo.*—Peralta Ramos afirma que la electrocardiografía fetal, por el momento, no permite sacar otra conclusión que la de la prueba objetiva del feto vivo y esto en los últimos meses del embarazo. Con el perfeccionamiento de los aparatos modernos, cabe esperar, que bien pronto se pueda localizar precisamente la posición del corazón del feto y diagnosticar precozmente la vida del mismo. La cardiotelefonía facilita el diagnóstico precoz del embarazo y la transmisión a distancia de las peculiaridades del corazón fetal durante el mismo y en los diferentes tiempos del parto, hecho que puede ser aprovechado prácticamente y especialmente con fines didácticos. La fonocardiografía permite estudiar el comportamiento fisiológico de los tonos del corazón fetal, la duración del sístole y del diástole, del primero y segundo silencio, así como las grandes oscilaciones de la frecuencia de los latidos. Permite estudiar las irregularidades del ritmo fetal desde el quinto mes del embarazo, hecho que sirve de fundamento al estudio clínico, clasificación, consecuencias pronósticas y terapéuticas de las arritmias intrauterinas. Aplicada al examen clínico, proporcionará cada día una información de alto interés diagnóstico, pronóstico y de previsión terapéutica, la cual hay que esperar llegue a ser parte esencial de todo examen obstétrico y que, por lo tanto, los aparatos, de fácil funcionamiento, accesibles a todo médico o partera, formen parte integrante del equipo de toda maternidad. La amniografía destinada a visualizar las partes blandas del producto de la concepción, mediante la punción inocua del huevo, abre nuevos horizontes en el sentido diagnóstico y en el de la investigación de los fenómenos de intercambio materno-fetal y de la biología, fisiología y patología del huevo. (Peralta Ramos. A.: *Prensa Méd. Arg.* 2196, obre. 18, 1933.)

*Nicotina en la leche de pecho.*—En un trabajo preliminar, Thompson declara que ha confirmado de nuevo, por medio de pruebas biológicas, la eliminación de nicotina en la leche de pecho. Empleó para descubrirla la extracción con éter y los ensayos en ranas. Juzgando por un repaso de la literatura disponible y sus observaciones personales, cree que el empleo moderado de tabaco probablemente ejerce un influjo secundario sobre la lactancia. Aunque el abuso del tabaco y una galactogenia adecuada no suelen coincidir en la misma persona, las pruebas son todavía insuficientes para deducir que existe una relación de causa y efecto. Debido a su posible, aunque todavía no demostrado, efecto sobre los procesos digestivos del lactante, debería prohibirse a la madre que amamanta el fumado excesivo. (Thompson, W. B.: *Am. Jour. Obs. & Gynec.* 662, nbre. 1933.)

*Predeterminación del sexo.*—Tomando una raza pura de conejos blancos de Nueva Zelanda, Curphey y Romer no pudieron confirmar las observaciones de Dorn y Sugarman (véase el BOLETÍN de sbre. 1933, p. 948) en cuanto a la predicción del sexo del feto. La edad del animal de experimentación y la localización anatómica del testículo al inyectar intravenosamente la orina gravídica, al parecer, no desempeñan papel alguno en lo tocante a excitación testicular. En la orina de las gestantes, existe un factor llamado espermatógeno, que no tiene nada que ver con el sexo del feto. Debería estudiarse más a fondo la posible relación entre dicho factor y las toxemias gravídicas. (Curphey, T. J., y Romer, Anne S.: *Jour. Am. Med. Assn.*, 1630, nbre. 18, 1933.)



*Notificación del aborto en Nueva York.*—Una reciente enmienda del Código Sanitario de la Ciudad de Nueva York, hace obligatoria la notificación de los casos de aborto siempre que se descubran o sospechen prácticas criminales. Esto reza no sólo con los médicos, sino también con directores, administradores y superintendentes de los hospitales, dispensarios y establecimientos semejantes. (*Quart. Bull.*, N. Y. C. Dept. Health, No. 4, 1933.)

*Embarazos prolongados.*—García Valenzuela analiza dos casos de embarazo en que la duración fué de 305 y 307 días, respectivamente, y los niños fueron viables. En el segundo caso la duración aparente había sido de 333 días, y en un parto anterior de 326 días. En las dos mujeres hubo signos de falso trabajo hacia el fin de los nueve meses. Para el autor, la causa de estos partos retardados quizás radique en una disendocrinia, tal vez hipofisaria. En su repaso de la literatura, el autor cita la casuística de Fruhinsholz y Cadore, quienes recopilaron 30 observaciones sobre un total de 7,200 partos, declarando que es legítimo admitir que tanto en la especie humana como en la mayoría de los animales, la duración de la gestación no es rigurosamente invariable, siendo posible que oscile entre un límite corto de unos 270 días, y uno largo que rara vez pasa de 10 meses de duración real, y 11 de duración aparente, contados desde la última regla visible. En los tiempos antiguos, Aristóteles e Hipócrates admitían una duración de 10 a 11 meses, y en los siglos XVIII y XIX hubo autores que admitieron más tiempo. En cambio otros, como Pinard, han negado por imposibilidad fisiológica, la prolongación del embarazo después del noveno mes. (García Valenzuela, R.: *Bol. An. Clin. Obs.*, Univ. Chile, 157, 1931-32.)

*Quintupletos.*—Describiendo con todo pormenor el nacimiento y asistencia de los quintupletos de Callender, Ontario, Canadá, Dafoe, el partero encargado, apunta que en los últimos cinco siglos sólo se han mencionado 32 casos auténticos de quintupletos, de los cuales sólo un grupo completo sobrevivió una hora, y en otro uno de los cinco vivió 50 días. En su caso, los quintupletos nacieron el 28 de mayo de 1934, todavía viven y continúan bien (más de 5 meses.—RED.). Se trata de una familia francocanadiense, descendientes de normandos que por más de 300 años han vivido en el Canadá, llevando una vida notable por lo sana. Las familias numerosas abundan, y no es raro encontrar de 15 a 20 hijos en una familia, y en una parroquia el promedio es de 10. El ejercicio de la medicina, aun con los automóviles, resulta muy difícil durante el invierno a causa de las nieves, pues a las zonas más remotas sólo puede llegarse en trineos. La madre, de 25 años, comenzó a menstruar a los 11, y las reglas han sido siempre irregulares, durando de cinco a nueve días, acompañadas de mucho dolor, y presentándose cada 25 a 30 días. Casada a los 16 años, ha tenido seis partos a término, y todos los hijos menos uno, viven. No ha tenido abortos. El primer hijo nació en 1926, y el último antes del parto presente, en junio de 1933, asistiéndola en ambos una comadrona. El Dr. Dafoe la ha asistido en tres partos, sin que conociera el embarazo sino después de estar la enferma ya de trabajo, es decir, que la asistencia prenatal ha sido nula. Todos los partos han durado menos de cinco horas y, aparte del primero, el puerperio fué normal y la madre ya estaba levantada y haciendo trabajos ligeros al terminar el quinto día. La madre jamás ha amamantado a los hijos por más de una semana y media. El Dr. Dafoe describe con toda minuciosidad la historia del parto actual y los cuidados prestados a los quintupletos, en lo que ha servido la ayuda prestada tanto por los periódicos como por la Cruz Roja, el Gobierno de la Provincia, y el público en general. (Dafoe, A. R.: *Jour. Am. Med. Assn.*, 673, sbre. 1, 1934.)

Comentando el trabajo anterior, el *Journal of the American Medical Association* (*Ibid.*, 684) hace notar que la actuación del Dr. Dafoe en este caso ha sido ejemplar, representando las mejores tradiciones de la medicina y de la moral profesional.

*Partos múltiples.*—Con motivo del nacimiento de quintupletos hace poco en el Canadá, se ha discutido mucho la proporción matemática de los partos múltiples. Los gemelos suelen presentarse en cada 87 partos, y Greulich, de la Universidad de Colorado, ha declarado que el número 87 sigue teniendo aplicación en las otras clases de partos múltiples; por ejemplo, los tripletos se presentarían en el cuadrado de 87, o sea en cada 7,569 partos; los cuádrupletos en cada 658,503; y los quintupletos en cada 57 millones. Analizados los partos en los Estados Unidos en el quinquenio 1926-30, el *Statistical Bulletin* (jul. 1934) de la Compañía Metropolitana de Seguros de Vida, apunta que más o menos ha regido esa norma, pues hubo un par de gemelos por cada 86.3 partos, una serie de tripletos por cada 8,745, y un grupo de cuádrupletos por cada 552,000 partos, sin observarse quintupletos, los cuales, según la regla, sólo se presentarían cada 30 años. Las cifras para Alemania en el octenio 1922-29 fueron: gemelos por cada 84 partos; tripletos por cada 7,038; y cuádrupletos por cada 492,629; y para el Canadá de 1923 a 1931: 82, 7,748 y un millón, respectivamente.

Walsh, el conocido historiógrafo médico, hace notar que en la obra de Rolfe "Attic Nights of Aulus Bellius" (vol. II, p. 217), declárase que Aristóteles menciona que una egipcia había tenido cinco niños en un parto, o sea más que los dados a luz en ninguna ocasión anterior. En tiempos de Augusto, una sirvienta del emperador en la región de Laurento también dió a luz cinco hijos que vivieron por algunos días, y la madre tampoco sobrevivió mucho, haciéndole erigir un monumento Augusto y consignando en el mismo el número de los hijos. (Walsh, J.: *Jour. Am. Med. Assn.*, 1010, sbre. 29, 1934.)

*Código escolar.*—Koehler, el comisionado de sanidad de la ciudad de Milwaukee, propone tentativamente la formulación de un código escolar que contendría disposiciones por este estilo: *Niño:* (1) Permanecer en casa al menor signo o síntoma de enfermedad; (2) cepillarse los dientes por la mañana y por la noche; (3) tomar leche y consumir vegetales y otros alimentos indispensables para la buena salud; (4) dormir por lo menos 10 horas todas las noches, con las ventanas abiertas; (5) jamás jugar en la calle ni cruzarla sin mirar antes hacia todos lados; (6) lavarse las manos siempre que estén sucias e, imprescindiblemente, antes de tocar alimento alguno; (7) sentarse lo más erecto posible, y caminar bien erguido; (8) no meterse en la boca ni tocar con los labios lápices, plumas, dedos u otros objetos fáciles de contaminarse. *Padres:* (1) llamar al médico al menor signo o síntoma de enfermedad en el pequeño; (2) jamás enviar un niño enfermo a la escuela, ni tampoco a uno que pueda ser portador de enfermedad debido a una dolencia reciente; (3) hacer inmunizar los hijos contra la viruela, la difteria y la escarlatina; (4) comprar alimentos salutaríficos, y no precisamente los más populares o más fáciles de preparar; (5) si los alimentos parecen insuficientes para la familia, consultar al departamento de sanidad; (6) vestir a los niños teniendo más presente la salud que el aspecto; (7) consultar al departamento de sanidad en todo problema relativo a la salud. *Maestros:* (1) observar a todos los niños cuidadosamente, y excluir a todo el que manifieste signos o síntomas de enfermedad; (2) grabar constantemente en la mente de los alumnos la importancia de la salud, y enseñarles los modos de obtenerla y conservarla; (3) conservar su propia salud, no tan sólo para dar buen ejemplo, sino también para no infectar a los niños con resfriados, tuberculosis y otras enfermedades transmisibles; (4) cooperar no sólo con los padres, sino también con el médico y la enfermera escolares. *Departamento de sanidad:* (1) interrumpir lo menos posible las labores escolares; (2) visitar las escuelas con religiosidad; (3) examinar a los niños en cuanto a enfermedades contagiosas y defectos físicos; (4) visitar a todos los que hayan estado ausentes por tres días o más; (5) ayudar a los padres a corregir los defectos físicos de los niños; (6) proteger a los niños contra las enfermedades contagiosas mediante la inmunización de los susceptibles y el aislamiento

de los portadores; (7) cooperar constantemente con los maestros, directores de escuelas, padres y médicos de familia; (8) ayudar a las familias menesterosas a obtener los fundamentos de la salud, o sean alimento, calefacción, ropa y asistencia médica. (Koehler, J. P.: *Bull. Mil. Health Dept.*, sbre. 1934.)

## FIEBRE AMARILLA \*

*Colombia.*—Comentando el nuevo decreto sobre viscerotomía en Colombia (véase el BOLETÍN de nbre. 1934, p. 1071), Bevier dice que tiene por fin aclarar la situación creada por los rumores relativos a epidemias de fiebre amarilla que surgen de cuando en cuando. En 1923 hubo una epidemia en Bucaramanga, en la que el diagnóstico de fiebre amarilla sólo fué establecido seguramente después por medio de la prueba de protección. En 1929 se presentó en el Socorro una epidemia grave claramente debida a la fiebre amarilla, y otra en Guadalupe (Santander) de causa incierta. En 1930 y 1931 se presentaron en los alrededores de Santa Marta casos esporádicos de una fiebre acompañada de ictericia que, al ser estudiados, resultaron no ser de fiebre amarilla. En 1932, el resultado de las inmunirreacciones verificadas en un gran número de personas en varias regiones de Santander, Norte de Santander y Boyacá, indicó que la fiebre amarilla es endémica en ciertas áreas de dichas regiones, o que ha existido en ellas en los últimos años, mientras que otras zonas parecen indemnes. La atención de las autoridades y del público ha recaído varias veces sobre Muzo, a causa de las epidemias sospechosas que ocurren allí. En enero de 1934 hubo varios casos; en marzo hubo cinco, cuatro de ellos fatales, y el examen anatomopatológico de uno de éstos vino a confirmar el diagnóstico de fiebre amarilla, mientras que la sangre de un convaleciente acusó una reacción positiva. En junio hubo otra pequeña epidemia, cuyo diagnóstico confirmaron varias sangres positivas y dos autopsias. En el municipio de Caparrapí en enero y febrero de 1933, ocurrió una pequeña epidemia, y en junio otra, y a principios de 1934 algunas muertes achacables por ciertos indicios a la fiebre amarilla. Por lo visto, la enfermedad ha ido propagándose paulatinamente hacia el occidente, y alarma la perspectiva de que pudiera llegar a Puerto Liévano, Guaduas, Útica o Villeta, lugares cuya población probablemente no es inmune. Actualmente, hay una epidemia con síntomas sospechosos en los alrededores de Restrepo (Meta).<sup>1</sup> Cuatro médicos del Departamento Nacional de Higiene la están estudiando ahora, y el municipio de Villavicencio ha nombrado algunos inspectores de sanidad para controlarla. Por lo visto, la fiebre amarilla en Colombia es todavía un problema y, tal vez, una amenaza, cuya importancia precisa no conocen los higienistas y el público no aprecia. El Departamento Nacional de Higiene está organizando ahora un servicio para estudiar el asunto, el cual formará parte de la sección de saneamiento rural. La Fundación Rockefeller ha ofrecido en los servicios técnicos de uno de sus médicos, que por muchos años ha trabajado en el Brasil, o sea el Dr. E. R. Rickard. El Dr. Arturo Vergara Uribe ha sido nombrado médico del servicio, y ambos se encuentran ahora en Restrepo. (Bevier, G.: *Rev. Hig.*, 369, obre. 1934.)

*Frecuencia en el África Occidental.*—Beeuwkes y Mahaffy presentan el resultado de las pruebas de protección en 7,580 sueros recogidos en 181 poblaciones de ocho colonias del África Occidental (Nigeria, Costa de Oro, Sierra Leona, Gambia, Liberia, Dahomey, Níger y Sudán). La enfermedad resultó ser mucho más frecuente que lo que se creía y aproximadamente 25 por ciento de todos los ejemplares estudiados resultaron positivos. Pocas de las poblaciones han evadido la

\* La última crónica sobre Fiebre Amarilla apareció en el BOLETÍN de junio 1934, p. 525.

<sup>1</sup> En las tablas demográficas al final de este BOLETÍN ya se confirman 3 defunciones de fiebre amarilla en esta región.