

## MATERNOLOGÍA

*Cantinas maternales de Buenos Aires.*—La primera cantina maternal en Buenos Aires fué fundada en 1915. En 1916, la Asociación de Cantinas Maternales estableció el servicio de protección maternal a domicilio. Las cantinas funcionan en modestas casas, en cuyo frente aparece en grandes caracteres el letrero: "Cantina maternal; se distribuyen dos comidas diarias a toda madre que críc a su hijo." Les paredes del amplio y limpio comedor ostentan adornos y cuadros murales educativos. He aquí, por ejemplo, uno: "La madre que en el concurso anual presente al hijo más hermoso y bien tenido, habiendo sido alimentado sólo a pecho hasta los seis meses, obtendrá el premio de cincuenta pesos." No existe limitación alguna para la admisión de las madres. Dos veces diarias se distribuye comida. Un médico vigila la higiene general y alimentación de las madres. Las cantinas escolares ejercen una acción complementaria, pues facilitan almuerzo y comidas a los niños pobres, y antes de las comidas obligan a los niños a poner en práctica la higiene de la boca y las manos, proveyendo a cada uno de un cepillo de dientes y un jarrito de aluminio. La asociación cuenta hoy día con 6 cantinas maternales y 4 escolares. En las maternales distribuyeron 97,010 y en las escolares 102,219 comidas durante el año 1928. Se atendió en sus domicilios a 1,547 madres. En los consultorios fueron atendidos 1,635 lactantes y 1,150 escolares. (*Bol. Museo Soc. Arg.* 18:29 (eno.) 1930.)

*Protección a la maternidad en Chile.*—En Santiago de Chile las instituciones de protección materna son escasas y de desarrollo insuficiente, consideradas las necesidades efectivas.<sup>64</sup> Para la protección de orden médico cuéntase, además de la Maternidad de la Escuela de Obstetricia y Puericultura "Alcibíades Vicencio," con las maternidades de los hospitales San Vicente, del Salvador y "Ramón Barros Luco," con 155, 100 y 12 camas respectivamente, y la última con un servicio domiciliario; las maternidades Madre e Hijo (privada) y Carolina Freire (del Patronato de la Infancia), que sólo atiende partos a domicilio; siete dispensarios antisifilíticos y dos dispensarios antituberculosos. Para protección de orden social existen: la Pre-Maternidad del Amor Misericordioso (32 camas); los asilos: Maternal del Patronato de la Infancia (42 madres y sala con 26 cunas), San Juan, que recibe madres después del parto, y San Francisco de Regis, que proporciona albergue a las niñas que han huído de su hogar si las lleva allí el novio; Casa Nacional del Niño, que recibe pequeños hasta los 7 años, enviándolos a nodrizas del campo después de los 8 meses; cunas de San José (16 cunas) y Obra Sweet, que reciben lactantes durante el día; Asilo San Francisco de Paula (25 niños); salas cunas instaladas en los grandes almacenes, industrias, etc., en

<sup>64</sup> Fierro Carrera Luisa: *Benef.* 2: 1113 (mayo) 1930.

obedecimiento de una disposición legal; 11 gotas de leche distribuídas en los diferentes barrios urbanos; y un Ajuar Infantil, que proporciona ropa solamente a los niños inscritos en las gotas de leche. Esto no basta para una población de más de medio millón de habitantes.

*Mortalidad materna en el mundo.*—De este minucioso estudio de ciertas causas de mortalidad materna,<sup>65</sup> resalta el hecho notable y casi universal de que la mortalidad materna no revela tendencia a disminuir rápidamente, contrastando en eso, de un modo marcado, con la mortalidad infantil. Una de las causas importantes, sino de la mortalidad materna en general, por lo menos de la constancia de las cifras, radica en la fiebre puerperal. La nomenclatura internacional comprende en la rúbrica de las defunciones de causa puerperal las debidas al aborto, en tanto que la mayor parte de las estadísticas nacionales no hacen tales distinciones, y es casi imposible separar las muertes debidas al parto de las debidas al aborto. He ahí otra causa de la no disminución estadística de la mortalidad maternal, pues ésta abarca las defunciones postabortales, pero de un modo irregular y sin abarcarlas todas. De ahí también dimanar en parte las considerables diferencias que existen en los coeficientes de diversos países. Las cifras para éstos tampoco son estrictamente comparables, pues corresponden a diversos años. Entre los factores que hay que tomar en cuenta, además de la fiebre puerperal y el aborto, figuran la edad de la parturienta y la toxemia, la hemorragia y los accidentes. El aborto, grave problema social de esta época, continúa siendo una de las causas principales y no es posible obtener una disminución notable de la mortalidad maternal en tanto que no se resuelva el problema de la lucha contra el aborto, atacando las causas sociales y económicas de ese fenómeno. Para que el embarazo y el parto pasen a ser actos puramente fisiológicos, exentos de complicaciones patológicas, es preciso que tengan lugar en un medio en que el influjo de los factores sociales y económicos desfavorables queden reducidos al minimum. La bibliografía del autor comprende 75 títulos. (Para datos sobre el asunto relativos a las Américas, véase la Publicación No. 31 de la Oficina Sanitaria Panamericana.)

En el informe presentado al Ministerio de Sanidad de Inglaterra por la comisión de mortalidad y morbilidad materna,<sup>66</sup> aparece que en tanto que la natalidad ha descendido de 23.6 (1911-1915) a 16.3, la mortalidad infantil de 109 a 70, y la mortalidad general de 14.3 a 13.4, la mortalidad materna ha subido de 4 a 4.3 por 1,000 nacimientos viables. En otros países, como Holanda, Francia e Italia, los coeficientes son más bajos; y en otros, como Alemania, Bélgica y los

<sup>65</sup> Rapp. Epidém. Mens. Sept. Hyg. Soc. Nations 9: 279 (Jul. 15) 1930.

<sup>66</sup> Carta de Londres: Jour. Am. Med. Assn. 95: 806 (sobre. 13) 1930.

Estados Unidos, más altos. En un análisis de 2,000 muertes maternas, se dividieron éstas en dos grupos: debidas a embarazo y parto, incluso aborto y ectopia; y debidas a una enfermedad concomitante independiente. En el primer grupo los porcentajes mayores fueron: septicemia, 38.6; eclampsia, 13.6; choque operatorio, 9; hemorragia prepuerperal, 7.8; y hemorragia postpuerperal, 5.7. En los casos sépticos, la ineficacia de las soluciones antisépticas o el descuido en usarlas, fué la causa muchas veces. Para la comisión, la eclampsia es casi prevenible, con tal que se practiquen periódicamente uranálisis y determinaciones de la tensión sanguínea. En la inmensa mayoría de las hemorragias fatales, hubo hemorragias precursoras antes. En casi la mitad de las muertes hubo un factor prevenible primario: omisión o insuficiencia del examen prenatal; error de criterio en el tratamiento; falta de medios; o negligencia de la enferma o allegados. En casi la tercera parte de los llamados errores de criterio, éstos consistieron en aplicación prematura del forceps. En el parto deben excluirse todas las posibles causas de infección; médicos y enfermeras deben llevar máscaras, guantes de goma y anguarinas y caperuzas esterilizados. Las enfermeras deben ser examinadas de cuando en cuando, para que no sean portadoras de infección.

*Nueva York.*—En la Ciudad de Nueva York la mortalidad materna apenas si ha descendido de 5.9 por 1,000 nacimientos en 1910 a 5.05 en 1929. En el último año los distintos factores estuvieron representados así: infección puerperal, 0.94; demás causas, 4.14. Distribuidos aun más aparecen estos porcentajes: accidentes del embarazo, 20.35; hemorragia puerperal, 13.83; septicemia puerperal, 18.60; albuminuria puerperal, 17.97; flegmasia alba dolens incluso embolia puerperal, 7.79; enfermedades puerperales de las mamas, 0.16; y otros accidentes de la gestación, 21.3. Con respecto al barrio de Queens, Barry ha llamado recientemente la atención sobre la mortalidad materna acarreada por el embarazo ectópico roturado, que representó en dicho año 12.5 por ciento del total. (*Weekly Bulletin*, N. Y. C. Dept. Health, sbre. 13, 1930.)

*Efectos de la asistencia prenatal.*—Grulee<sup>67</sup> declara que debe reservarse por algunos años el juicio sobre el efecto de la asistencia prenatal, pues los problemas por resolver no son tan manifiestos ni tan fáciles como los involucrados en la reducción de la mortalidad infantil, y para el éxito precisan largos años de estudio persistente. En primer lugar, la asistencia prenatal implica con toda probabilidad una partería mejor. Además, esa asistencia dará mayor impulso a los esfuerzos científicos para estudiar todo lo relativo al recién nacido y al feto. No cabe duda de que dicha asistencia ha mermado marcadamente las probabilidades de la muerte por sífilis. Por ahora no puede

<sup>67</sup> Grulee, C. G.: *Am. Jour. Pub. Health* 20: 269 (mzo.) 1930.

esperase reducir las muertes debidas a vicios de conformación, hemorragias, trastornos digestivos y pulmonares, e ictericia.

Blanche M. Haines<sup>68</sup> declara que la asistencia prepuerperal de la madre ha mermado la mortalidad infantil debido a factores natales y prenatales, y puede mermarla todavía más en los Estados Unidos. La disminución de la mortalidad materna observada hasta ahora relaciónase principalmente con la albuminuria y las convulsiones. Aunque no ha disminuído la septicemia puerperal, puede esperarse algún resultado apenas el público comprenda mejor los peligros de ese estado. En 1921 el Congreso de los Estados Unidos aprobó la ley de maternidad e infancia, concediendo subsidios federales a los Estados para fomentar el bienestar e higiene de las madres y los hijos, y para fines de 1927 todos los Estados menos 3 habían aceptado las condiciones de la ley, y esos 3 habían en cambio aumentado las partidas dedicadas al asunto. En 1922, por cada 1,000 nacidos viables morían 76; y en 1927, sólo 65. La mortalidad puerperal era de 6.6 en 1922 y de 6.5 en 1927. La mortalidad debida a trastornos gastrointestinales en los niños disminuyó de 13 en 1922 a 8 en 1927; la debida a afecciones respiratorias, de 14 a 10; y la debida a factores natales y prenatales, de 36 a 34, respectivamente. La mortalidad puerperal sólo ha disminuido en lo tocante a albuminuria y convulsiones de 1.8 a 1.5, pero la debida a septicemia puerperal ha aumentado de 23.7 a 23.9.

En el Real Hospital Gratuito de Londres en un período de 8 años, sólo han muerto 26 madres en 9,468 partos, o sea una mortalidad puerperal de 2.7 por 1,000. Las enfermas comprendían 6,617 atendidas en las 46 camas obstétricas y 2,951 vigiladas por el servicio externo. El servicio prenatal parece haber ejercido un influjo muy favorable. En los 8 años hubo 49,047 visitas prenatales, o sea más de 5 por cada gestante. De las 26 muertes, 6 se debieron a choque obstétrico, 4 a choque hemorrágico, 6 a septicemia, 2 a embolia, 4 a toxemia y eclampsia, 1 a bronconeumonía y 1 a apendicitis aguda. El hospital aludido es una institución docente en que cambia constantemente el personal, aparte del director y 3 ayudantes. (*Lancet*, eno. 11, 1930.)

*Australia.*—En su informe sobre protección a las madres y a los niños en Australia, la Dra. Janet M. Campbell, del Ministerio de Sanidad de Inglaterra,<sup>69</sup> hace notar que la mortalidad puerperal en Australia fué en 1928 de 5.98 por 1,000, ó sea la cifra más alta en dicho país en todo el período de 1911-1928, mayor que en Inglaterra, y casi el doble que en Holanda y Escandinavia. En cambio, la mortalidad infantil ha disminuído de 96.9 por 1,000 a principios del siglo a 53 en 1928; pero la neonaimortalidad ha bajado muy poco. Las principales causas de la mortalidad infantil son: pre y neonatales,

<sup>68</sup> Haines, Blanche M.: *Id.*, p. 273.

<sup>69</sup> Carta de Australia: *Jour. Am. Med. Assn.* 94: 1774 (mayo 31) 1930.

49.2 por ciento; afecciones del aparato respiratorio, 10.7 por ciento; y gastroenteritis, 19.6 por ciento. En Australia no incriben la mortinatalidad, pero ciertos datos indirectos indican que es aproximadamente de 30 por 1,000, y permanece bastante constante. En Australia hay dos métodos para instruir a las madres: el primero consiste en visitas de un especialista, y el segundo en la creación de centros a los que llevan al niño para vigilancia y consejo. Por ejemplo, en Nueva Gales del Sur hay 80 de esos centros con 210 enfermeras visitadoras, de los cuales, todo caso de enfermedad o de marcada desnutrición es enviado al médico de la familia o al hospital. La asistencia comprende todas las clases sociales. Es notable la falta de dirección médica en las clínicas, en parte debido a que se trata de recalcar la función educacional, y en parte a que es difícil obtener nipiólogos que no tengan su clientela particular. En casi todas las maternidades de las poblaciones importantes hay clínicas prenatales, y en todo el país se están ensanchando los edificios a fin de contar con más lechos para parturientas, y en muchos distritos rurales han agregado salas de maternidad a los hospitales generales. La mortalidad puerperal es mayor entre las madres solteras que en las casadas, y la mortalidad infantil casi el doble en los hijos ilegítimos que en los legítimos. Para la autora, en lo tocante a la obstetricia práctica, lo mejor es que el médico acepte responsabilidad médica completa por el embarazo, parto y puerperio, pero que deje a cargo de la comadrona el parto normal. En lo tocante a higiene infantil, propone que en cada Estado haya una división de protección a las madres, lactantes y niños, dirigida por un médico que obtenga la cooperación de la profesión médica, y sea asesorado por un consejo en que tengan representación las varias instituciones de medicina, enfermería, filantrópicas, etc.

*Protección a la maternidad en Suecia.*—La comisión de peritos nombrada por el Departamento de Previsión Social de Suecia en 1926 publicó su dictamen a fin del año 1929, haciendo notar las mejoras necesarias.<sup>70</sup> Además de medidas educativas recomendó mejor asistencia médica y ayuda económica a la madre en ciernes, a la parturienta y a la madre joven que cuida su hijo. Con respecto a asistencia médica propone aumentar los medios disponibles para gestantes y madres recientes, pagando una mitad del costo la madre y la otra mitad el erario público. Para vigilancia del cuidado de los recién nacidos, el comité recomienda la utilización de los médicos de sanidad, a quienes denunciarán los casos las comadronas. La comisión recomienda aumentar el número de camas para casos de maternidad y el establecimiento de hospitales especiales que recibirán apoyo económico de parte del Estado, así como el de asilos para madres que no pueden trabajar y que tienen hijos pequeños.

<sup>70</sup> Hiscock, I. V.: Am. Jour. Pub. Health 20:806 (jul.) 1930.

Con respecto a ayuda económica, propone lo siguiente: conceder un subsidio de unos \$13 a las mujeres cuyos ingresos no lleguen a cierta suma fija, además de los servicios de una partera; conceder un subsidio igual a dos terceras partes del salario de las mujeres trabajadoras, a fin de compensar la pérdida debida a la ley que prohíbe el empleo de mujeres en ciertos oficios durante 6 semanas después del parto.

*Centros de asistencia materna y de puericultura.*—En 1927 se iniciaron en Italia tres “cátedras” de asistencia materna y de puericultura, limitadas a una pequeña región del Lacio, cerca de Roma, pero desde entonces se han multiplicado rápidamente, y ya hay unas 80, cuya acción abarca unas 2,200 comunas.<sup>71</sup> El servicio sanitario está confiado a tres personas: un médico puericultor, un consultor eugénico y una asistente sanitaria. Cada zona regional tiene a su frente un técnico que vigila un número variable de cátedras. El costo de las cátedras viene a ser de unas 10,000 liras mensuales y queda compensado de sobra por el número de los asistidos, que llegan a centenares de miles.

*Aislamiento de la hormona femenina.*—En el XIII Congreso Internacional de Fisiología, celebrado en Boston en agosto de 1929, Doisy y sus colaboradores anunciaron que habían aislado por primera vez la hormona del sexo femenino en forma cristalina. Después, Butenandt, de Göttingen, anunció que había hecho lo mismo, y de paso dado a su preparado un nombre patentado.<sup>72</sup>

*Certificado prenupcial.*—En el Décimocuarto Congreso de Medicina Legal de Lengua Francesa los ponentes, Vervaeck, de Bruselas y Leclercq, de Lilla, mostráronse favorables a la institución del certificado prenupcial, pero apuntando las siguientes objeciones: de orden moral: ataque a la libertad individual; de orden social: dicho examen puede favorecer la unión libre y no impedirá la procreación de hijos ilegítimos que no estarán protegidos contra las taras hereditarias; de orden sentimental: el examen hiere algunos sentimientos respetables y la ruptura del noviazgo puede acarrear graves consecuencias y no se seguirá siempre el consejo del médico; de orden eugénico: es difícil establecer las taras transmisibles por la herencia; de orden médico: el examen prenupcial no ofrece seguridad completa y es difícil de realizar. Sin embargo los ponentes presentan los siguientes casos en los que el matrimonio debería prohibirse, o por lo menos, ser desaconsejado o aplazado: enfermedades hereditarias, en particular físcopáticas y epilépticas; taras constitucionales de origen blastotóxico; algunas enfermedades no hereditarias pero susceptibles de evolución rápida, como la tuberculosis pulmonar y las afecciones que

<sup>71</sup> Rif. Med. 46: 1233 (agto. 4) 1930.

<sup>72</sup> Editorial: Jour. Am. Med. Assn. 94: 341 (fbro. 1°) 1930.

contraíndican la maternidad en las mujeres; las enfermedades contagiosas. Lo esencial es conciliar el interés social y la libertad individual. Pueden emplearse para ello varios métodos, pero la solución mejor parece consistir en imponer a los futuros esposos la obligación legal de someterse a un reconocimiento médico cuyo resultado debería comunicarse amistosamente, sin que la ley opusiera el matrimonio, de persistir las partes, ya al tanto de las circunstancias, en contraer una unión cuyos peligros conocen. Además, los ponentes recalcan estas metas: generalización del examen prenupcial, completado de preferencia en el momento del matrimonio, ya por un nuevo reconocimiento o por declaración de los novios en el sentido de que no han contraído afecciones contagiosas desde el primer examen; comunicación mutua por los prometidos de los resultados del examen; respeto íntegro del secreto médico al entregar los certificados; y consignación en el certificado, de que éste sólo aporta una seguridad relativa que no compromete la responsabilidad del médico, y que ha sido remitido directamente al novio a petición de éste. El Congreso de Medicina Legal aprobó el voto de Leclercq en el sentido de que los poderes públicos participen desde ahora en la propaganda en favor del examen prenupcial.

*La prueba de Zondek y Aschheim para el embarazo.*—Westermann <sup>73</sup> aplicó el método de Zondek y Aschheim a 9 gestantes, y todas resultaron positivas. En 20 en que podía excluirse la gestación, el resultado fué negativo. En 4 casos la prueba permitió hacer el diagnóstico exacto.

De 461 ejemplares de orina de mujeres que se sabía no se hallaban embarazadas, 450, ó sea 97.6 por ciento, resultaron negativos con la prueba de Aschheim-Zondek para el embarazo; y de 444, 435, ó sea 98 por ciento positivos. Para el autor, pues, <sup>74</sup> esa prueba es fidedigna si el embarazo ha existido más de 4 semanas y su exactitud (97 a 98 por ciento) sobrepasa la de otras pruebas conocidas.

A Stone <sup>75</sup> la prueba de Aschheim-Zondek le ha resultado valiosísima para el diagnóstico temprano del embarazo cuando no es posible hacerlo con el examen físico. El porcentaje de fracasos en 100 ejemplares urinarios procedentes de 90 embarazadas sólo llegó a 5. El diagnóstico fué positivo desde la segunda semana de no aparecer las reglas en 3 casos, a la cuarta en 2; a la quinta en 1; de la sexta a la octava en 6; y de la décima a la duodécima en 6 casos.

Laffont y Chiapponi <sup>76</sup> comprobaron la exactitud de la reacción de Aschheim y Zondek inyectando a las ratas orina de 6 mujeres embarazadas y 6 no grávidas. Los únicos animales que acusaron una reacción bien definida fueron los primeros.

<sup>73</sup> Westermann, M. C.: Ned. Tijdschr. Gen. 73: 5686 (dbre. 7) 1929.

<sup>74</sup> Stal, P. L.: Ned. Tijdschr. Gen. 74: 1862 (ab. 12) 1930.

<sup>75</sup> Stone, B.: South. Med. Jour. 23: 747 (agto.) 1930.

<sup>76</sup> Laffont, A., y Chiapponi, L.: Rev. Fran. Gynéc. 25: 444 (jun.) 1930.

Wahl <sup>77</sup> realizó la prueba de Aschheim y Zondek en 129 mujeres. En 89 gestantes, fué 88 veces positiva y una sola negativa. En 33 no grávidas (mioma, carcinoma, tumores anexiales, etc.) fué siempre negativa. En 5 casos de preñez extrauterina fué 2 veces positiva y 3 negativa, tratándose en los últimos probablemente de fetos muertos. La reacción consiste en inyectar la orina de la mujer estudiada a ratonas jóvenes (de 3 a 4 semanas, que pesen de 6 a 8 gms.) las cuales, al cabo de 4 días, acusan manifestaciones de celo con maduración folicular, ovulación y puntos sanguíneos en los ovarios. El efecto se debe también a que la hormona del lóbulo anterior de la hipófisis existe en la orina de las gestantes y es eliminada en mayor abundancia precisamente al iniciarse el embarazo. La reacción todavía se manifiesta 8 días después del parto o de la expulsión del feto.

Hablando de la reacción de Porges-Pollatschek, que algunos han tratado de sustituir por la complicada Aschheim-Zondek, Goczy,<sup>78</sup> de Budapest, la probó y declara que obtuvo resultados falsos en 7 de 30 casos de embarazo y en 9 de 30 no grávidos. La reacción de Porges-Pollatschek se basa en que la piel de las gestantes es mucho menos sensible que la de las no grávidas a la hormona del lóbulo anterior de la hipófisis.

*Valor de la prueba de Luttge y von Mertz en el embarazo.*—De sus observaciones en 67 personas que no se hallaban en cinta, 66 que se hallaban en cinta, 28 que habían dado a luz recientemente, y 13 ejemplares de sangre placentaria, Bessemans, Nélis y Hacquaert<sup>79</sup> deducen que la reacción serológica de Luttge y von Mertz presenta mucho interés científico en el diagnóstico del embarazo. Por ejemplo, los sueros de las personas que no se hallaban en cinta sólo reaccionaron positivamente en 19 a 24 por ciento, en tanto que la proporción en las gestantes, por lo menos en los últimos meses, llega a 76 a 81 por ciento. Sin embargo, hay que hacer notar que los 3 investigadores, al examinar independientemente los mismos sueros, no tuvieron más que 80 por ciento de concordancia, lo cual patentiza la facilidad con que se cometen errores. Los resultados también fueron mucho menos favorables que los descritos por los inventores del método.

*Eritrosedimentación.*—Bland, Goldstein y First<sup>80</sup> determinaron la velocidad de la sedimentación en 540 gestantes en diversas épocas del embarazo y del puerperio. En 536 la eritrosedimentación era más rápida que en las mujeres no grávidas normales. De 453 examinadas en el sexto mes del embarazo o después, 75 por ciento revelaron marcada aceleración. De 79 con una fórmula eritrocítica de 4 millones o más, 30 por ciento acusaron una curva bien diagonal o vertical,

<sup>77</sup> Wahl, F. D.: Zentralblatt Gynekol. No. 21, 1930.

<sup>78</sup> Carta de Budapest: Jour. Am. Med. Assn. 95: 879 (sbro. 20) 1930.

<sup>79</sup> Bassemans, A., Nélis, P., y Hacquaert R.: Rev. Belge Soc. Méd. 2: 341 (ab. 1930.)

<sup>80</sup> Bland, P. B., Goldstein, L., y First, A.: Surg. Gynec. & Obs. 50: 429 (fbro.) 1930.

en tanto que de 86 con anemia intensa, 91 por ciento revelaron una velocidad que equivalía a una curva bien diagonal o vertical. De 26 que manifestaron hiperleucocitosis (15,000 ó más), un 92 por ciento revelaron una aceleración muy rápida, en tanto que 64 por ciento de las 394 que manifestaron una fórmula leucocitaria de menos de 10,000, acusaron una sedimentación equivalente a una curva diagonal o vertical. Las mismas cifras de sedimentación continuaron en los primeros 10 días después del parto. En casi todas las mujeres, la sedimentación y la fórmula eritrocítica habían vuelto a lo normal dentro de los 6 meses del parto. De 100 examinadas en ese período, 92 manifestaron una sedimentación lenta con un índice de 6 a 8 milímetros. La aceleración gravídica, con toda probabilidad, depende primariamente del mayor contenido de fibrinógeno en el plasma, y, secundariamente, de la anemia y leucocitosis del embarazo.

*Cuidado de los pechos.*—Para Smith,<sup>81</sup> la mama necesita muy poca atención durante el embarazo, pues la naturaleza misma se encarga de prepararla para su misión. No se gana nada con ponerse sujetapechos o el masaje, y éstos pueden hacer daño. Si el pezón se encuentra francamente invertido, la manipulación encierra tanto peligro que no está justificada, y debe aconsejarse a la madre que no le dé el pecho al hijo. Las grietas y abrasiones exigen el mismo tratamiento durante el embarazo que después del parto. Cuando hay que mostrarse más cuidadoso es en los primeros días después del parto.

*Frecuencia y causas del aborto.*—Para Pérez Velasco<sup>82</sup> en la actualidad hay en el mundo una verdadera epidemia de aborto. En la Argentina, según Zárate, la proporción en 1912 era de 40 por ciento (?). La principal causa del aborto es el deseo de no tener hijos (70 por ciento); sigue la sífilis y otras infecciones; y luego las enfermedades tales como nefritis, nefrosis y eclampsia. Entre las causas que pudieran llamarse biológicas figuran: la disminución de las secreciones internas de las vitaminas y de las sales minerales. Para el autor, la falta de hierro en la alimentación es muchas veces motivo de aborto. El yodo es otro principio que, con la tiroxina, interviene en el crecimiento del embrión, y en casos de aborto repetido, con la administración de yodo y hierro el embarazo ha podido llegar felizmente a término.

*Indicaciones de la esterilización terapéutica.*—Williams<sup>83</sup> estudia 118 esterilizaciones realizadas entre 33,000 enfermas del servicio obstétrico del Hospital Johns Hopkins. Esos casos no comprenden aquéllos en que la esterilización fué inevitable, sino puramente las enfermas en que constituyó un detalle esencial de la intervención quirúrgica.

<sup>81</sup> Smith, F. B.: Am. Jour. Obs. & Gynec. 18: 784 (dbre.) 1929.

<sup>82</sup> Pérez Velasco, B.: Rev. Esp. Obs. & Ginec. 14: 505 (dbre.) 1929.

<sup>83</sup> Williams, J. W.: Jour. Am. Med. Assn. (nbre. 15) 1929.

Pueden utilizarse 4 métodos para la esterilización: intervención en los ovarios, trompas o útero, y los rayos X. El autor rechaza las operaciones radicales en los ovarios y la roentgenoterapia, de modo que le restan las operaciones en la trompa y en el útero. La esterilización tubaria puede conseguirse con cualquiera de los siguientes procedimientos: ligadura simple, ligadura doble y sección entre ligaduras, sección del tubo y enterramiento de su extremidad próxima, salpingectomía total, excisión de la trompa en el cuerno uterino, y desviación del extremo lateral de la trompa, a fin de que el huevo no pueda llegar a ella. Para él, el mejor método práctico consiste en la excisión del extremo de la trompa proximal al cuerno uterino por medio de una incisión cuneiforme. Su estadística se subdivide así: a término, sección radical, 34 casos; sección conservadora con esterilización tubaria, 32; antes de la viabilidad: histerectomía supravaginal, 27; histerectomía con esterilización tubaria, 18; no embarazadas: histerectomía supravaginal, 4; esterilización tubaria, 3; total, 118 casos. De las 66 esterilizaciones a término, 48 fueron llevadas a cabo por existir tal desproporción entre el tamaño de la cabeza y la pelvis, que había sido necesario practicar repetidas cesáreas. Muchas mujeres fueron esterilizadas por padecer de nefritis crónica. Otro grupo de indicaciones está formado por trastornos mentales y dificultades económicas, y por cardiopatías graves. La tuberculosis fué una indicación en 9 enfermas. El autor se ha vuelto más conservador con respecto al aborto en tuberculosas desde que un análisis de esos casos reveló que al cabo de tres años estaban vivas un número igual de aquéllas en que no se había interrumpido el embarazo. Para él, el médico debe dar consejos contraconceptivos cuando estén indicados médicamente, pero de acuerdo con su conciencia, lo mismo que el recomendar cualquiera otra medida profiláctica. Esas medidas servirán los fines propuestos entre las clases inteligentes, pero resultarán casi inútiles para las ignorantes. Las leyes deberían mostrarse más tolerantes en la libertad concedida a los médicos en ese sentido.

*Reacción a la quinina.*—Una historia de idiosincrasia a la quinina contraindica la analgesia rectal en la forma acostumbrada, pues la quinina es absorbida por el recto.<sup>84</sup>

*Tratamiento profiláctico de las albuminúricas en el embarazo.*—En las gestantes que han manifestado albuminuria en un embarazo anterior, Rivett<sup>85</sup> declara que lo esencial en el tratamiento es mantener la orina a una alcalinidad mínima de  $p_{H}$  7.7. Para impedir la hiperdosis de alcalinos, se calcula de cuando en cuando el bicarbonato del plasma sanguíneo, que en las mujeres alcanza una concentración molar aproximada de 0.030; pero desciende a 0.0247 en 85 por ciento de las gestantes. La dosis diaria habitual de alcalinos es de unos 26

<sup>84</sup> Gustafson, G. W.: Am. Jour. Obs. & Gynee. 18: 877 (dbr.) 1929.

<sup>85</sup> Rivett, L. C.: Brit. Med. Jour. 2: 1050 (dbr.) 1929.

gms., a partes iguales de bicarbonato de sodio y citrato de potasio; pero debe variarse según la reacción urinaria y el contenido de bicarbonato en el plasma, de modo que en algunas llega a 50 gms. y en otras sólo de 4 a 8 gms. En el régimen alimenticio, se merma la ingestión de proteínas, es decir, carnes, leche y huevos. Hay que conseguir por lo menos una evacuación diaria. La enferma debe descansar y evitar todo esfuerzo, pero recibe aire puro y ejercicio moderado.

*Proflaxia de la septicemia.*—Miller y sus colaboradores<sup>86</sup> afirman que el espéculo revelará erosión más o menos marcada en 80 por ciento de las multíparas y 10 por ciento o más de las primíparas. Los autores obtuvieron cultivos directos de 175 de esos casos, encontrando estreptococos en 10.25 por ciento, y hemolíticos en 3.66 por ciento. Los microorganismos fueron: *Staphylococcus albus*, 56.41 por ciento; *Staphylococcus aureus*, 5.12 por ciento; estreptococos hemolíticos: *Streptococcus pyogenes*, 1.28 por ciento; *Streptococcus equi*, 1.28 por ciento; anhemolíticos, *Streptococcus salivarius*, 2.56 por ciento; y *Streptococcus fecalis*, 3.84 por ciento. El porcentaje total de estafilococos fué de 61.53; de *Streptococcus viridans*, 7.68; y hemolíticos, 2.56. Hubo otros bacilos que no pudieron trasplantarse al agar sangre, a saber: difteroides, 10.25 por ciento; gram-positivos, aerobios esporógenos, 8.96 por ciento; bacilo de Doederlein, 7.68 por ciento; gram-negativos: *B. coli-communior*, 3.79 por ciento; *B. coli-communis*, 2.56 por ciento; y *B. pyocianeus*, 1.28 por ciento. Del análisis anterior se deduce que 90 por ciento de los partos dejan tras sí un cuello traumatizado y lacerado y en 10 por ciento además hay bacterias, y en 4 por ciento estreptococos hemolíticos. De acuerdo con la indicación de Coopernail, los autores comenzaron a cauterizar el cuello en todos los casos de erosión postpuerperal. En una serie de más de 2,000 casos cauterizados hubo un aborto. Un análisis revela estas ventajas de la cauterización: no prolonga el primer período del parto ni demora la dilatación espontánea del cuello; tampoco aumenta el porcentaje de intervenciones instrumentales; no se ha observado ningún caso de septicemia en un cuello cicatrizado, en tanto que hubo dos casos graves en que no se realizó una buena cauterización por ser la erosión demasiado extensa o profunda; y la temperatura no sube, en contraposición a la hipertermia descubierta en el grupo no cauterizado.

*Infecciosidad de la septicemia puerperal.*—Robinson y Cuttle<sup>87</sup> comunican 10 casos de fiebre puerperal en que los microbios no penetraron por el canal genital, ni fueron transmitidos por los manos o los instrumentos del tocólogo. Toda la serie se debió al mismo microbio y procedió de un caso inicial de escarlatina. Según los autores, la

<sup>86</sup> Miller, H. A., Ben Martínez, D., y Hodgdon, M. E.: Jour. Am. Med. Assn. 95: 923 (sbre. 27) 1930.

<sup>87</sup> Robinson, A. L., y Cuttle, G. E.: Lancet 1: 67 (eno. 11) 1930.

infección tuvo lugar por vía aérea, y pone sobre el tapete la exclusión de las visitas en las salas de maternidad, y el valor de las batas, más-caras, y esterilización de las ropas de cama.

*El régimen en la septicemia puerperal.*—Mellanby<sup>88</sup> llama de nuevo la atención al efecto de la vitamina A sobre la septicemia puerperal. De 22 enfermas que ingresaron en la institución en los dos años antes de instituir el nuevo tratamiento, murieron 20. De 9 tratadas desde el principio con vitamina A, se repusieron 8. Además, se trató a otros 2 enfermos septicémicos (uno colibacilar, y otro estafilocócico) curándose uno y muriendo el otro. En conjunto, de 11 enfermos tratados murieron 2, o sea 18 por ciento, comparado con 91 por ciento en el grupo anterior. Para el autor, hay pruebas poderosas de que la vitamina A acrecienta la resistencia orgánica a las bacterias.

Green y Mellanby<sup>89</sup> han seguido comprobando la posible facultad antiinfecciosa de la vitamina A en la septicemia puerperal. En 22 testigos, la mortalidad llegó a 92 por ciento, en tanto que en 11 parturientas en que se empleó la vitamina A en grandes cantidades, la mortalidad descendió a 18 por ciento. La vitamina no obra como bactericida o antitoxina, sino más bien como tónico general. En las enfermas repuestas, los hemocultivos continuaron positivos de 7 a 14 días. Mellanby está empleando el mismo método en una clínica prenatal externa, pero todavía no se hallan disponibles las estadísticas.

*Factores en la septicemia puerperal.*—La Vake<sup>90</sup> sostiene que en 95 por ciento de los casos de parto espontáneo el examen vaginal es innecesario, y ha empleado sistemáticamente el rectal desde 1913 en esos casos, oponiéndose así a Reis, en cuya casuística las infecciones pelvianas fueron más frecuentes entre las mujeres examinadas por el recto que entre las examinadas por la vagina, y mucho más que entre las que no fueron examinadas ni de uno ni de otro modo. Armstrong<sup>91</sup> ha descrito tres epidemias de septicemia puerperal en el Hospital de San Bartolomé, de Londres, en que cree que las pruebas fueron convincentes de que la infección fué transmitida por vía aérea, visto lo cual indica que se excluya de las salas de maternidad a todos los posibles portadores de estreptococos, así como todos los expuestos a estreptococias de cualquier género. Entre 2,000 partos, la morbilidad puerperal fué 10 por ciento mayor en los partos instrumentales que en los espontáneos.

*Infección por estreptococos anaerobios.*—Colebrook<sup>92</sup> aisló estreptococos anaerobios de la sangre de 17 púérperas y del derrame pleural de otra más. En 8 casos los hemocultivos revelaron colonias mixtas de dos clases de estreptococos, o de estreptococos anaerobios con otras especies. Las 19 razas anaerobias aisladas parecen formar un

<sup>88</sup> Mellanby, E.: Brit. Med. Jour. 1: 677 (ab. 12) 1930.

<sup>89</sup> Green, H. N., y Mellanby, E.: Brit. Med. Jour. 1: 984 (jun. 1) 1930.

<sup>90</sup> La Vake, R. R.: Am. Jour. Surg. 7: 683 (nbra.) 1929.

<sup>91</sup> Armstrong, R.: St. Bartholomew's Hosp. Rep. 62: 169, 1929.

<sup>92</sup> Colebrook, L.: Brit. Med. Jour. 2: 134 (jul. 26) 1930.

grupo heterogéneo, conformándose algunas al tipo del *Streptococcus putridus* de Schottmüller, y otras no.

*La Dick en el puerperio.*—Stent<sup>93</sup> realizó un estudio de 500 mujeres con el objeto de determinar la relación entre los resultados de la Dick y la naturaleza del puerperio. La inmunidad a la toxina estreptocócica medida por la Dick, no mermó la propensión a un puerperio morbosos. En la serie sólo hubo 9 enfermas infectadas de gravedad. De esas, 5 que eran Dick negativas fueron examinadas bacteriológicamente; 4 se hallaban infectadas por estreptococos hemolíticos y 2 murieron. La inmunidad a la toxina, determinada por la Dick, no impidió, pues, la estreptococia. Varios factores pueden intervenir en ello, por ejemplo, traumatismo, infecciones mixtas, virulencia de ciertas razas, etc.

*Profilaria y tratamiento de la eclampsia.*—Fundándose en 111 casos observados, Rissmann<sup>94</sup> declara que la nutrición errónea y excesiva de las gestantes es un factor esencial en la eclampsia. Recomienda un régimen en gran parte vegetariano y prohíbe las especias y bebidas alcohólicas. También evita los huevos crudos y los quesos muy fuertes. Si hay trastornos metabólicos, recomienda vitaminas y hormonas. En la terapéutica recalca la inanición, la flebotomía, y repetidas inyecciones intramusculares de 0.4 gm. de fenobarbital en el tórax o brazo cada 2, 4 ó 6 horas, pero sin administrar más de 1.6 gms. en 24 horas. Después de vencer las primeras dificultades, hay que individualizar el tratamiento y acelerar el parto, a veces por medio de la cesárea. Después de cada ataque conviene administrar oxígeno. Después del parto son útiles los goteos rectales de suero glucosado al 5 por ciento.

*Tratamiento de la eclampsia convulsiva gravídica.*—A una serie de 92 observaciones anteriores de eclampsia puerperal convulsiva, Llamas Massini<sup>95</sup> agrega ahora 14 casos más, contando ya con 16 de eclampsia convulsiva gravídica, tratados precoz y quirúrgicamente con 0 por ciento de mortalidad materna y fetal. Para él, la supresión del parto por la cesárea precoz en la eclampsia convulsiva de los últimos meses de la gestación con feto vivo, es el mejor tratamiento en lo tocante a la vida de la madre y del hijo.

*Eclampsia en las Filipinas.*—Según Acosta-Sison y Baens,<sup>96</sup> la frecuencia de la eclampsia en el Hospital General de las Filipinas entre 17,661 parturientas fué de 1.18 por ciento en el decenio de 1919–1928. En los embarazos gemelares fué de 11.3 por ciento, y en las primíparas dos veces y media mayor que en las múltiparas. En las Filipinas la eclampsia es más frecuente en los meses de enero, mayo, diciembre, marzo y agosto, y de las 3 variedades la intrapartum es la más común, pero superando poco a la antepartum, y acusando la última la mortalidad mayor.

<sup>93</sup> Stent, L.: *Lancet* 1: 1066 (mayo 17) 1930.

<sup>94</sup> Rissmann, P.: *Med. Klin.* 26: 383 (mzo.) 14, 1930.

<sup>95</sup> Llamas Massini, J. C.: *Rev. Esp. Obs. & Ginec.* 15: 269 (jul.) 1930.

<sup>96</sup> Acosta-Sison, H., y Baens, A.: *Phil. Is. Med. Assn. Jour.* 10: 105 (mzo.) 1930.