

CRÓNICAS

MATEROLOGÍA¹

Seguro de maternidad para obreras y empleadas en Argentina.—El Poder Ejecutivo de la Argentina ha reglamentado, con fecha de abril 1936, la ley 11,933 sobre seguro de maternidad de obreras y empleadas, estipulando la forma en que se administrará el seguro, las contribuciones obligatorias, la afiliación a la Caja de Maternidad, los beneficios que percibirán las afiliadas, y los servicios de carácter sanitario que se prestarán, y los subsidios en efectivo, junto con las personas que tienen derecho a dichos beneficios, y las obligaciones que les corresponden. Los patronos no pueden ocupar a dichas empleadas u obreras sino hasta 30 días antes del día fijado como fecha presunta del parto en el certificado médico, y 45 días después de haber tenido lugar el alumbramiento. Las interesadas presentarán al patrono, antes de cumplir el sexto mes de embarazo, un certificado que indique la fecha probable del parto. (*Bol. Inst. Int. Am. Prot. Inf.* 300, obre. 1936.)

Sección en Costa Rica.—Por un decreto del Presidente de la República de Costa Rica, del 23 de junio de 1937, se ha creado una Sección de Maternidad como dependencia de la Secretaría de Salubridad Pública y Protección Social. La nueva Sección tendrá como jefe un médico con más de cinco años de práctica en el país, el cual tendrá también a su cargo la dirección de la Maternidad Carit. Todas las maternidades y centros maternales, anexos o no a hospitales y clínicas, públicos y privados, así como el Departamento de Obstétricas Visitadoras de la Secretaría de Salubridad Pública, quedarán bajo la vigilancia de la Sección de Maternidad, la cual está encargada de: llevar un registro completo de las instituciones oficiales y privadas que se ocupen de la protección y asistencia de la maternidad; mantener una campaña de ilustración y teórica y práctica en relación con la higiene maternal; mantener y perfeccionar el servicio de obstétricas visitadoras; y dictar la reglamentación adecuada para el buen funcionamiento de los centros maternales establecidos o que se establezcan en el futuro y procurar extender su radio de acción al mayor número posible de poblaciones. (*Legislación Sanitaria*, 1936-1937, p. 73-75.)

Reglamentación de la profesión de comadrona en Cuba.—Un decreto dictado en La Habana el 3 de noviembre de 1936, reglamenta el ejercicio de la profesión de comadrona en Cuba. Entre los requisitos necesarios para ejercer dicha profesión, según el nuevo decreto, pueden citarse los siguientes: poseer el título correspondiente de la Universidad Nacional y tenerlo registrado; poseer certificado de salud, prohibiéndose el ejercicio a aquéllas afectadas de alguna enfermedad transmisible. Los casos de obstetricia sólo podrán ser desempeñados por los médicos, pero las comadronas podrán atender a ciertas medidas que se citan en el decreto. La profesión de comadrona queda bajo la inmediata vigilancia de la Secretaría de Sanidad y Beneficencia. (*Gac. Of.*, nbre. 10, 1936.)

Ayuda al matrimonio en Alemania.—En Alemania en 1932 hubo 510,000 casamientos para una población de 65,000,000; en 1933, 631,000, y en 1934, 740,000, representando los dos últimos años aumentos de 23.5 y 17.2% sobre los anteriores. En el año económico 1934-1935, 333,776 solicitantes recibieron préstamos para el casamiento, habiendo 143,571 hijos vivos entre ese total. La ayuda oficial al matrimonio ha obtenido, pues, los resultados perseguidos desde el punto de vista

¹ La última crónica sobre Maternología apareció en el Boletín de nbre. 1936, p. 1084.

del aumento de la nupcialidad y de la natalidad, revelando la última un aumento de 20% en 1934 (1,181,179) comparado con 1932 (978,161), debido en parte a la disminución de los abortos, pero también al apoyo económico ofrecido por el Estado a las familias. La disminución del aborto se encuentra patentizada en las estadísticas procedentes de algunas de las grandes cajas de seguros contra enfermedad. De todas las parejas que solicitaron préstamos de julio 1° de 1934, a junio 30, 1935, 97.28 resultaron elegibles. De las restantes, dos terceras partes padecían de alguna enfermedad hereditaria o adquirida, 5.9% portaban genes enfermos, aunque al ser examinados eran fenotipos sanos. En algo menos de 10% se consideró a uno u otro aspirante como inepto. La debilidad mental congénita fué la causa más frecuente de rechazo (51.38%); la esquizofrenia en 5.95%, la epilepsia hereditaria en 4.29%, la deformidad física grave en 3.62%; la ceguera hereditaria y otros trastornos visuales en 1.16%, y la demencia maniaco-depresiva en 1%; embriaguez habitual u otro habituamiento, 1.39%; es decir, que más de dos terceras partes de los 9,065 rechazados quedan comprendidos en las disposiciones de la vigente ley de esterilización. Lo acostumbrado en estos casos es solicitar un juicio para determinar la naturaleza hereditaria del mal, y de considerar el tribunal a los individuos impropios para procreación, son sentenciados a la esterilización. Cuatro quintas partes del grupo diagnosticado como débiles mentales presentaban defectos congénitos, y el otro quinto eran portadores de genes enfermos representando familias muy defectuosas, aunque no había trastorno manifiesto al hacer el examen, y tres de cada cuatro eran psicópatas. Entre los rechazados, muchos (14.7%) lo fueron por enfermedades infecciosas: 7.16% tuberculosis establecida o sospechosa; 5.33% sífilis, y 1.58% blenorragia. En 6% se descubrieron trastornos psíquicos y nerviosos, en 2.37% afecciones cardiovasculares, en 1.25% estados que tendían a infecundidad, y en 0.62% antecedentes criminales. Estos exámenes médicos parecen haber revelado males venéreos desconocidos, llevando a muchos a solicitar tratamiento, de modo que la nueva ley ayuda a cumplir con la dictada en 1928, con respecto al tratamiento obligatorio de las dolencias venéreas, y lo mismo reza con la tuberculosis. En 1,025 casos (11.3% del total), la causa del rechazo fué ineptitud de uno de los solicitantes, descollando la incapacidad procreadora. Estos informes son considerados de suma importancia, debido a la masa de datos y a la luz que lanzan sobre muchos puntos. Es posible que algunas de las medidas de urgencia sean abandonadas cuando ya no se necesiten más, por ejemplo, las de índole económica, pero los exámenes prenupciales y las investigaciones de la herencia revestirán sin duda carácter permanente. Los protocolos relativos a la salud, herencia y competencia de los cónyuges, constituyen la base para un censo nacional que abarcará 65 millones de habitantes, comprendiendo factores hasta ahora desatendidos. Hay que hacer notar que los beneficiados con los préstamos conyugales representan un grupo seleccionado de los individuos de salarios más bajos, tomando además en cuenta su salud, herencia y carácter, así como estado económico y social, recalcando siempre la conveniencia de ayudar a las parejas más susceptibles de tener una prole sana y normal y el alivio de la cesantía de los hombres. Los préstamos varían en cuantía según el estado social y económico, representando de \$200.00 a \$480.00, en forma de cupones negociables por muebles y otros objetos domésticos. La obligación corresponde por igual a ambos cónyuges, y la liquidación es en forma de pagos mensuales de 1% del total, mientras que el nacimiento de un hijo amortiza automáticamente la cuarta parte del total debido. Hoy día, pues, en Alemania la campaña eugénica comprende tres fases: fomento de los matrimonios mediante ayuda económica a las parejas física y psíquicamente idóneas; esterilización de los impropios para la procreación; y concesión de terrenos a los sujetos física y mentalmente sanos. A éstas cabría agregar otras medidas como son las

antivenéreas, antituberculosas, etc., y educación física. (Kopp, Marie E.: *Eug. News* 121, nbre.-dbre. 1936.)

Maternidade cearense.—No dia 6 de dezembro de 1936 inaugurou-se em Fortaleza, pela iniciativa do Instituto de Protecção e Assistencia á Infancia, a Maternidade Senhora Juvenal Carvalho, destinada principalmente ao socorro hospitalar da mãe indigente. No recinto só se atenderão os casos desviados do normal que não possam ser resolvidos na esfera da assistencia domiciliar. Um serviço de enfermeiras obstetricas atenderá ás mães residentes no barrio do Alagadiço, no qual radica a Maternidade. O edificio acha-se dotado de duas salas destinadas ás parturientes, uma grande sala para as mulheres no ultimo mez da gestação, um aposento reservado aos casos de eclampsia, isolamento para os casos de infeccão puerperal e outras infeccões, e 30 leitos para pensionistas. (*Ceará Med.*, jan.-ab. 1937.)

Maternidad habanera.—En la Maternidad Municipal de la Habana hubo en 1936, 4,755 partos, en los cuales se verificaron 63 sinfisiotomías (1.3 por ciento), con una morbilidad y mortalidad maternas nulas. La mortalidad fetal depurada representó 4.7 por ciento. (Ramírez Olivella, J., y Ortiz, Julio, *Vida Nueva*, 159, mzo. 15, 1937.)

Instituto chileno promaternal.—El 17 de octubre de 1936 quedó instalada en Santiago la Casa de la Madre, del Consejo de Defensa del Niño, que es el primer establecimiento creado en la República para la atención oportuna y completa de la madre indigente. Además de las salas destinadas a la atención de las enfermas y las clínicas respectivas, la Casa también dispone de salasunas y salones de conferencias y entretenimientos. Habrá también una sección de lactantes en tránsito para ayudar a resolver el caso de la madre que fallece o se hospitaliza. (*El Mercurio*, obre. 18, 1936.)

Nueva maternidad en Lima.—Por un decreto dado por el Presidente de la República del Perú el 4 de junio de 1937, la Sociedad de Beneficencia Pública de Lima procederá en el más breve término a ejecutar las obras de edificación, instalación y dotación de servicios de la nueva Clínica de Maternidad de Lima. Para la financiación, queda la Beneficencia autorizada para levantar empréstitos hasta por la suma de 1,500,000 soles oro. (*Ref. Méd.*, 502, jun. 15, 1937.)

Mortalidad puerperal en Estados Unidos.—La mortalidad puerperal para el año 1935 acusó las cifras más bajas jamás registradas en los Estados Unidos, o sea un total de 13,544 defunciones y un coeficiente de 5.8 por 1,000 nacimientos viables, comparado con 5.9 en 1934, 6.7 en 1930 y 8.0 en 1920. El coeficiente más elevado le correspondió al Estado de Carolina del Sur (9.5), y en segundo término a Florida (8.7), mientras que el más bajo fué el de Wisconsin (4.0) y el de Wyoming (4.1). (*"Vit. Stat. Spec. Rep."* vol. 3, No. 14, Of. Censo, Dpto. Com.)

Venezuela.—Durante el año 1936, en el Servicio de Obstetricia del Hospital Vargas, de Caracas, atendieron 862 partos a término, 21 prematuros, 13 gemelares y 49 abortos. La mortalidad materna fué de 1.05 por ciento, y la fetal de 10.32, comprobándose 58 casos de sífilis y 10 de infección puerperal. (*Bol. Hosp.*, 467, dbre. 1936.)

Analizando las causas que motivaron los 89 mortinatos registrados en el Hospital Vargas, Lepage llama la atención a la influencia que sobre la mortinatalidad ejercen ciertos males que entran en la categoría de evitables, y cita las siguientes cifras: mortinatalidad por sífilis, 24 casos (2.78 por ciento); presentación distósica, 21 (2.42); infección amniótica, 13 (1.5); toxemia gravídica, 6 (0.69) y placenta previa, 6 (0.69). (Lepage, C. *Ibid.*, 435.)

Estudio cuantitativo de la reacción de Friedman.—Del estudio de Kelly y Woods se desprende que al verificar la reacción de Friedman, la presencia de uno o más folículos roturados en uno o ambos ovarios constituye una positiva, e igualmente

la presencia de varios folículos hemorrágicos no roturados, en ambos ovarios. Los folículos hemorrágicos no roturados son rojos; no hay que prestar atención a los negros. En muchos casos hay que utilizar el microscopio binocular de poco aumento para no tener que repetir la prueba, y tratándose de folículos roturados debe emplearse ese instrumento sistemáticamente. La modificación de la prueba de Friedman es satisfactoria, aunque la técnica primitiva lo es más (4 cc de orina, tres veces diarias por dos días, matando a la coneja a las 48 horas de la primera inyección). Una inyección de 10 cc de orina, y un examen al cabo de 36 horas, no son tan satisfactorios como dos inyecciones, y todavía es mejor hacer dos inyecciones y verificar el examen a las 48 horas. Las conejas que pesan más de 1,360 gm dan mejores resultados que las que pesan menos, y ése debe ser el mínimo. No es necesario acidular la orina, aunque es mejor hacerlo, pues la hormona muestra más actividad en un medio ácido. Las orinas no matan a los animales de ensayo debido a la alcalinidad. Es más seguro no usar orinas de un peso específico inferior a 1.008, y si es necesario usarlas, la cantidad inyectada debe ser aumentada por lo menos en 50%. (Kelly, G. L., y Bryant Woods, E.: *Jour. Am. Med. Assn.*, 615, fbno. 20, 1937.)

Presentando sus experimentos y observaciones clínicas, Masramón y Pecorone hacen notar que los métodos cualitativos de diagnóstico biológico del embarazo se han mostrado insuficientes o impotentes para asentar el diagnóstico diferencial entre el embarazo normal y el patológico y los demás cuadros capaces de producir una reacción positiva. Para los autores, de los métodos cuantitativos sólo resultan eficaces en la práctica diaria los que utilizan la coneja como animal reactivo (Friedman cuantitativa). De todas las unidades conejas propuestas, creen que la U. C. B. H. (unidad coneja Brindeau-Hinglais, 15 veces mayor que la unidad ratona) es la más sencilla e inequívoca. Los resultados obtenidos por los autores con la orina matutina, compáranse con los obtenidos por Brindeau y Hinglais con el suero sanguíneo, de modo que esto permite simplificar aún más la técnica. Para ellos, conviene asociar siempre el diagnóstico clínico al biológico, primando aquél sobre éste en las zonas dudosas de la escala de concentración hormonal, hasta que la experiencia justifique otro criterio. Los autores publican 25 observaciones demostrativas. (Masramón, A., y Pecorone, R.: *Sem. Méd.* 1,393, nbre. 19, 1936.)

La reacción de Friedman y los tumores hipofisarios.—Al verificar la reacción de Friedman en un grupo seleccionado de 946 personas no gestantes, McCullagh y Cuyler observaron 209 positivas, sospechando endocrinopatía en todos esos casos. En 131 hicieron un diagnóstico clínico de afección hipofisaria, y en 59 de éstos descubrieron cantidades excesivas de substancia gonadotropa en la orina. Entre los 131 casos hubo 15 de tumor hipofisario. En los casos de tumor hipofisario en que la Friedman es positiva, la roentgenoterapia de la hipófisis puede ir seguida de marcada disminución de la secreción de substancia gonadotropa. (McCullagh, E. P. y Cuyler, W. K.: *Endocrinology*, 8, eno. 1937.)

Modificación de la reacción de Visscher y Bowman.—Friedrich llama la atención sobre la reacción química de Visscher y Bowman para el embarazo, habiéndolo convenido numerosos experimentos de que el resultado es determinado por el ácido clorhídrico, pues cuando se omite esta substancia, no se produce reacción alguna. En 312 ejemplares de orina comprobados con la técnica de Visscher y Bowman, y con la del autor y en que sólo utilizó ácido clorhídrico, sólo hubo cinco resultados contradictorios, y el método del ácido clorhídrico resultó correcto en los cinco. En su último método, agrega 3 gotas de una solución al 25% de ácido clorhídrico a 1 cc de orina, y luego calienta la mezcla al punto de ebullición, precisamente por dos minutos, sobre un mechero de Bunsen. El color pardo ligero indica una reacción negativa, el pardo rojizo u obscuro positiva, sin que

por lo común haya precipitado. (Friedrich, B.: *Monats. Geburt. Gynäk.*, 211, obre. 1936.)

Signo de embarazo.—Herscovici hace notar que en la mayor parte de las gestantes la temperatura de las mamas es superior a la normal y distinta de las regiones cutáneas cercanas. Si se interrumpe el embarazo, esa hipertermia desaparece (11 observaciones). Este dato posee posible valor si el estado general es normal. La elevación térmica aparece hasta antes que una reacción positiva del embarazo. (Herscovici: *Gaz. Hôp.*, 426, ab. 3, 1937.)

Diagnóstico prenatal del sexo.—Viscasillas García repasa los procedimientos preconizados para el diagnóstico prenatal del sexo, mencionando los de Dorn y Sugarman, la radiografía, y el método alérgico. El primero no le parece bien fundado, vista la contradicción con la reacción de Brouha-Hinglais-Simonnet para el embarazo, y además que Iribarren en Caracas ha obtenido un resultado totalmente opuesto a los de Dorn y Sugarman. El método radiográfico introducido por Albano y Gallina en 1932 y perfeccionado por Cetroni y Azzariti sólo es relativamente inocuo, pues hay el peligro de penetrar en la placenta, y no siempre da resultado. El método alérgico es el de Vargas de Bogotá y Giangiobbe, de Buenos Aires, y el autor lo probó, aunque sin tener la suerte de obtener los resultados publicados por Vargas y Giangiobee, quizás por no contar con el preparado apropiado. (Viscasillas García, F.: *Med. Ibero.*, 316, sbre. 19, 1936.)

La isohemoaglutinación en la investigación de la paternidad.—Levine apunta que, en los Estados Unidos, sólo Nueva York y Wisconsin autorizan el empleo de la determinación de los grupos sanguíneos para investigar la paternidad en casos apropiados y probablemente leyes semejantes serán introducidas dentro de poco en otros Estados. Al mismo tiempo, opina que estas pruebas deben ser verificadas por peritos, de preferencia escogidos por las sociedades médicas, pues si bien no es difícil la determinación de los cuatro grupos sanguíneos, la pesquisa de los factores M y N comprende procedimientos complicados, y hay que preparar en primer lugar inmunisueros con varias inyecciones de hematies escogidos en conejos y luego verificar ensayos preliminares para determinar si el antígeno es de suficiente potencia. El individuo escogido para este trabajo debe tener a su disposición una lista de individuos de los tres géneros (MN, M y N), por lo menos en los grupos O, B y subgrupos A¹ y A², cuyas sangres se necesitan para la absorción en la preparación de los líquidos de diagnóstico, siendo indispensable que no se emplee ningún líquido específico, a menos que manifieste reacciones potentes sobre células sensibles. En Europa ya han empleado estas pruebas por más de 10 años, y Schiff recopiló 6,665 casos, en 546 de los cuales se habían hecho falsas acusaciones de paternidad, y estas cifras no comprenden las pruebas más recientes con M y N. Entre otros países, los tribunales de Alemania, Austria, Dinamarca, Noruega, Suiza y Lituania reconocen estas pruebas. (Levine, Philip: *Jour. Am. Med. Assn.*, 2,069, dbre. 19, 1936.)

Factores que afectan la proporción de los sexos.—Russell ha estudiado recientemente en Inglaterra la posible intervención en la proporción de los sexos, de factores puramente externos, tales como edad, nacionalidad, y estado social de los padres, primogenitura y tamaño de las familias, oscilaciones estacionales y seculares, cruce, migración y crisis sociales. En Inglaterra y Gales la proporción de varones por 1,000 hembras en los últimos 95 años ha variado de 1,032 a 1,061, correspondiendo la última cifra al período inmediatamente subsecuente a la guerra. El promedio para todo el período fué 1,043, y la dispersión media representada por la desviación tipo fué de 5.7. Las cifras para Londres, durante un período más largo (1629 a 1920), corresponden a las del país en general. Los datos ingleses corroboran los estadounidenses, en el sentido de que en las zonas rurales es mayor la proporción de mujeres, llegando a 7 ± 1.66 . Las estadísticas

ingresas no revelan diferencia alguna en este sentido entre los hijos legítimos e ilegítimos. Tampoco se observó allí correlación estacional, según se ha apuntado para los Estados Unidos durante el período 1921-1924, y para Nueva York en 1922-1933, en el sentido de que la concepción que tiene lugar de julio a septiembre favorece el aumento de la masculinidad. En algunos países, en particular Grecia, la masculinidad es sumamente alta; en otros, como Japón e Italia, baja, y hay hasta indicios de que la proporción puede ser afectada por la migración. Los nacimientos en tierras extranjeras de individuos de la misma nacionalidad, rinden un diferencial menor de sexo que la madre patria. Las crisis sociales sí afectan el resultado, y en los países afectados por la Guerra Mundial, el diferencial fué elevado, y más aún después de terminar la guerra, que mientras duró ésta. En los países neutrales se observó el mismo fenómeno, pero no tan acentuado. La proporción es mayor entre los primogénitos, disminuyendo al aumentar la familia. En Inglaterra y Gales el coeficiente de masculinidad se correlaciona con el estado social, es decir, que disminuye a medida que se desciende en la escala social. Russell no pudo encontrar datos terminantes de que la proporción de los sexos se relacione con la edad de los padres, y de existir alguna relación, es más bien con la edad del padre que con la de la madre. (Russell, W. T.: *Jour. Hyg.* 381, jul. 1936.)

Entrecruces.—Ikemi ha estudiado el influjo biológico de la consanguinidad en una aldea de pescadores llamada Usuki, del Occidente del Japón, donde los habitantes se han entrecruzado por siglos enteros, sin jamás casarse con gente de otros poblados. El número de familias representa 135, con 1,786 individuos, 904 hombres y 882 mujeres, cuyos hábitos y costumbres son muy distintos de los de otros japoneses. Aunque los niños no asisten allí con regularidad a la escuela, los protocolos escolares demuestran que cuando asisten, descuellan, de modo que la consanguinidad jamás ha afectado su intelectualidad. Los crímenes son raros en la localidad, de modo que tampoco existe degeneración mental. Si bien las nociones sanitarias escasean, no se ha observado ninguna enfermedad hereditaria grave, ni existen allí lepra, sífilis ni elefantiasis, ni tampoco daltonismo o demencia. En general, la constitución física de los habitantes es robusta, los divorcios son raros, y la natalidad superior a la de las dos aldeas cercanas, mientras que la mortinatalidad es rara. En 27 casamientos de primos se observó lo siguiente: cuando ambos padres poseen excelencia mental y física, 80% de los niños no ceden a los padres en ese sentido; 20% son buenos, y ninguno peor que los padres; si éstos son meramente buenos, no excelentes, 15% de los niños excelen; 75% son tan buenos como los padres, y 10% inferiores; por el contrario, si ninguno de los padres es bueno, todos los niños son inferiores a los de las otras familias. Si ambos padres son buenos física, pero no mentalmente, todos los niños son buenos físicamente; 10% mentalmente excelentes; 70% mentalmente buenos, y 20% inferiores. En resumen, pues, cuando los esposos son excelentes, el resultado no es malo. (Carta del Japón: *Jour. Am. Med. Assn.*, 314, eno. 23, 1937.)

Gemelos en Japón.—En los Estados Unidos hay un par de gemelos por cada 85 nacimientos, aunque entre los negros el coeficiente es mayor: 1 por 70 nacimientos. En el Japón la proporción varía de 1 por 56 en Osaka a 1 por 80 en Oita, y los gemelos dicigóticos (desiguales) son mucho más raros que entre los europeos: 0.27% en vez de 0.7 a 1.3%. (Komai y Fukuoka: *Am. Jour. Phys. Anthropol.*, sbre. 1936.)

Resolución sobre la anticoncepción.—En la sesión celebrada por la Asociación Médica Americana en 1937 se aprobó un voto en el sentido de tomar toda acción que parezca necesaria para poner en claro a los médicos sus derechos legales con respecto al empleo de contraceptivos, pero sólo en las situaciones que surjan en la relación de médico y enfermo; que la Asociación emprenda la investigación de

los dispositivos y métodos recomendados o empleados para la prevención de la concepción, con mira a determinar sus propiedades y efectos fisiológicos, químicos y biológicos, y publicar los resultados de esta investigación para información de la profesión; y que el Consejo de Enseñanza Médica y Hospitales de la Asociación dé impulso a la instrucción cuidadosa en las facultades de medicina con respecto a los varios factores que intervienen en la fecundidad y la esterilidad humana. (*Jour. Am. Med. Assn.*, 2,218, jun. 26, 1937.)

La esterilización en Estados Unidos.—Popenoe señala que 29 Estados (31 en sbre. 1937.—RED.) de la Unión Americana, y 11 países extranjeros ya han dictado leyes sobre la esterilización eugénica. En los Estados Unidos, el total de esterilizados en 30 años, hasta el 1° de enero de 1937, apenas pasa de 25,000, correspondiendo el mayor número al Estado de California, con 11,484, viniendo después Virginia, 2,634; Kansas, 1,750; Michigan, 1,696; Minnesota, 1,278, y Oregon, 1,105. Hay algunos motivos para creer que en Alemania han esterilizado, o por lo menos ordenado la esterilización, desde el 1° de enero de 1934, de 250,000. En la legislación promulgada hasta ahora, pueden vislumbrarse los siguientes principios: esterilización fundada en razones sociológicas, así como eugénicas; aplicación general, más bien que a la mera fracción recluída en ciertos establecimientos públicos; alentar la esterilización voluntaria; esterilizar a los portadores de características inconvenientes, así como a los individuos afectados manifiestamente, como por ejemplo se hizo en Alemania con un hemofílico; extensión a los criminales. Las leyes conceden ciertas excepciones a opositores religiosos, permitiendo en esos casos la segregación en vez de la esterilización. El número de esterilizaciones oficiales en los Estados Unidos ascendió en 1936 a 2,241, o sea el mayor en ningún año dado, salvo 1935. (Popenoe, Paul: *Eug. News*, 42, mayo-jun. 1937.)

El control de la natalidad en Puerto Rico.—En Puerto Rico el movimiento pro control de la natalidad fué iniciado en 1919 por un periodista, y desde entonces no han cesado los esfuerzos, si bien éstos han sido más o menos esporádicos. La primera clínica fué inaugurada en 1933, la segunda en 1934, y en 1935 unas 46, con una clínica de instrucción en San Juan. Esas clínicas cesaron en 1936. Al crearse el mismo año la Asociación Pro Salud Maternal e Infantil, comenzaron a funcionar de nuevo tres clínicas. (Guzmán Rodríguez, M.: *Bol. Asoc. Méd. P. R.*, 345, jul. 1937.)

Una ley del 15 de mayo de 1937 prohíbe en Puerto Rico la provocación, enseñanza y práctica del aborto, y fomenta la enseñanza y divulgación de principios eugénicos a fin de dar a luz hijos sanos y vigorosos y disminuir la elevada mortalidad infantil, y otra ley del 13 de mayo del mismo año crea un Consejo Insular de Eugenesia, que autorizará la esterilización de toda persona que padezca de afección o retardo mental, epilepsia, o perversión sexual, a fin de mejorar el estado físico o psíquico de dicha persona, o beneficiar a la sociedad. (*Eug. News*, 94, sbre.-obre. 1937.)

Matrimonios infecundos.—Interrogando a los amigos íntimos, en vez de a los interesados, Popenoe estudió 576 matrimonios infecundos, principalmente entre profesionales de California. En una tercera parte de ellos, la infecundidad era involuntaria. En los matrimonios con infecundidad voluntaria, ésta se debía en la sexta parte a mala situación económica, en la vigésima al deseo de no transmitir defectos hereditarios, y en la onceava a mala salud. La causa más frecuente, que comprendía 27% del total, era el egoísmo, bien del esposo o la esposa; un número casi igual, o sea 23% del total, se debían a que la esposa prefería una "carrera." (Murphy, D. P.: *Eugenical News* 102, sbre.-obre. 1936.)

Fecundidad y esterilidad.—Repasando todo el asunto de los períodos de fecundidad y de esterilidad fisiológica en la mujer, y en particular los trabajos de

Ogino y Knaus, Vignes y Robey señalan que hay dos teorías que se dividen el favor de fisiólogos y ginecólogos sobre el asunto: una afirma rigurosamente la demarcación entre el período de fecundidad y los períodos de esterilidad fisiológica, mientras que la otra sostiene la posibilidad de la fecundación en cada día del mes menstrual. La ley de Ogino y Knaus se asienta en la extrema brevedad de la vida del óvulo; limitación del poder fecundante del espermatozoide; íntima relación de la fecundación con la ovulación, y fijación de la fecha de la ovulación. Los adversarios presentan en contra argumentos clínicos, biológicos, experimentales y anatómicos. Aclarando la aparente contradicción, los autores sostienen que la ley, aunque exacta en principio, no es absoluta, de modo que se necesita estudiar cada caso individualmente, a fin de poder sacar conclusiones bien fundadas. (Vignes, H., y Robey, M.: "Périodes de fécondité et de stérilité chez la femme," París.)

Ineficacia de los métodos anticonceptivos.—Después de estudiar las historias de 30,949 mujeres, Pearl deduce que la disminución del embarazo en 10,806 blancas, y 925 negras (42.7 y 6.4 por ciento, de los totales respectivos) que habían practicado la anticoncepción, sólo representó de 20 a 30 por ciento, lo cual también puede probablemente ser interpretado como expresión de la relativa falta de inteligencia y de eficacia con que se aplicaron los métodos. (Pearl, Raymond: apud *Jour. Am. Med. Assn.* 1,564, nbre. 7, 1936.)

Esterilización en Noruega.—La ley noruega dictada en 1934 ha sido por fin objeto de reglamentación. El permiso para la esterilización es concedido por el presidente de la junta de sanidad. Si se trata de menores o de dementes o defectuosos mentales, el caso lo decide un tribunal compuesto de cuatro peritos, y comprendiendo por lo menos una mujer, y un juez, además del presidente de la junta. Si el interesado solicita la operación, puede ejecutarse ésta de haber razones para ello. Si se trata de un menor o defectuoso mental, tiene que autorizarla el tutor o guardián, y únicamente si no hay esperanzas de curación o mayor mejoría, o hay motivos para deducir que la prole puede heredar alguna patología mental o física. El jurado de peritos o el presidente de la junta de sanidad determinan la clase de operación que debe ejecutarse, y dónde y cuándo la ejecutarán, lo cual por lo común es en un hospital aceptado. Antes de conceder la operación, cuando se trata de una persona casada, se concede al consorte la oportunidad para expresar su opinión. La esterilización, a menos que se trate de defectuosos mentales, no es permitida a menos que la solicite el sujeto mismo, aunque éste padezca de una afección hereditaria. Hasta hoy, sólo se han autorizado unas 30 esterilizaciones, casi por igual entre ambos sexos. (Hansen, Klaus: *Eug. News* 129, nbre.-dbre. 1936.)

Asistencia maternal en Chile.—La Dirección General de Sanidad de Chile ha establecido, por intermedio de su Departamento de la Madre y el Niño, un servicio de atención domiciliaria para multíparas indigentes, habiendo adquirido de la Caja de Seguro Obrero 500 cajas maternas debidamente equipadas, a un costo de 6,800 pesos. Un reglamento especial estipula que los médicos de los Centros Preventivos de la Madre y el Niño deberán atender al recién nacido durante los primeros 5 días, y a la madre durante la gestación; y las matronas, a las madres durante los primeros 8 a 16 días. Cada atención costará al gobierno la suma de 13.60 pesos, es decir, el valor de cada caja maternal. (*El Mercurio*, ab. 20, 1937.)

Asistencia materna.—La Asociación de Centros de Maternidad de Nueva York condensa en los siguientes ocho puntos la asistencia que toda madre debe recibir: (1) Examen completo por un médico competente al principio del embarazo; (2) Examen dental al principio del embarazo, y asistencia que sea necesaria; (3) Vigilancia por médico y enfermera, y asistencia e instrucción durante todo el embarazo; (4) Atención a todo problema susceptible de afectar la salud del hijo o

de la madre, o la tranquilidad de ésta; (5) Parto aséptico bajo la dirección de un médico competente, con asistencia diestra; (6) Después del parto, vigilancia por médico y enfermera, y asistencia e instrucción hasta que la madre pueda reanudar su trabajo habitual, y atender a las nuevas obligaciones que le impone la criatura; (7) Exámenes al mes, dos y tres meses del parto, y tratamiento si está indicado; (8) Vigilancia sanitaria de la criatura y asistencia subsecuente de la madre si la necesita.

Seminarcosis puerperal.—Krebs y colaboradores describen la aplicación de la seminarcosis con escopolamina y morfina al parto, analizando 7,610 casos de los 8,166 atendidos de ese modo en dos maternidades de la ciudad de St. Louis. El método ha ido en aumento constante, pues en la primera serie de 2,000 partos atendidos en dichos establecimientos, sólo en 1077 se empleó el bromhidrato de escopolamina; en 956 con opiáceos, y en 126 con otro medicamento, mientras que en la segunda, de 2,000 casos, sólo en 573 no se utilizó el bromhidrato. La mortalidad fetal para la serie de 4,000 casos fué 2.5% en los casos atendidos sin bromhidrato de escopolamina; 1.8% en los atendidos con bromhidrato y opiáceos; 1.5% en los atendidos con bromhidrato y otro medicamento, y 0.3% en los tratados con bromhidrato de escopolamina y barbituratos. El método ha sido utilizado por más de 20 años, habiendo demostrado su valor. La inyección inicial contiene 10 mg de morfina (o a veces clorhidrato de dilaudida) y 0.5 mg. de bromhidrato de escopolamina, sin que jamás se repita la primera. Se dejan transcurrir 45 minutos entre la primera y la segunda, y la segunda y tercera inyecciones, rigiéndose de allí en adelante la posología por la intensidad de la seminarcosis obtenida. Cuando se intensifica la seminarcosis a una anestesia general con un anestésico en el momento del parto, hay que desplegar mucho cuidado para no administrar demasiado anestésico. El cloroformo debidamente administrado resulta ideal, y con 10 a 15 gotas colocadas en una mascarilla de gasa fina basta. También se emplean el éter, el protóxido de ázoe y el etileno, de parecer justificado su empleo. La morfina tiene su aplicación principal en el primer período del parto, en particular en las primíparas o en las múltíparas en que ha habido que practicar alguna cervicoplastia, o en quienes el primer período es prolongado y doloroso. La desventaja del procedimiento es principalmente para los asistentes, pues tiene que permanecer uno constantemente con la parturienta. Parece que el método ideal consiste en emplear los barbituratos con el bromhidrato de escopolamina, bien solos o con una dosis menor de opiáceos. El método no se debe emplear para excluir otras medidas de analgesia y anestesia, sino combinándose con ellas. (Krebs, O. S.; Wulff Jr., G. L., y Wassermann, H. C.: *Jour. Am. Med. Assn.* 1,074, nbre. 21, 1936.)

Describiendo los tres años en que han empleado el fenobarbital sódico y el bromhidrato de escopolamina en el Hospital de Evanston, Galloway y colaboradores declaran que han empleado este método para mermar el dolor en 1,415 casos, con una mortalidad materna de 0.07%, fetal bruta de 2.19%, y fetal obstétrica de 0.64%, y morbilidad materna de 5.08%, deduciendo que no hace aumentar la mortalidad y morbilidad materna ni la mortalidad infantil. Sí aumenta la morbilidad fetal si se toman como tal somnolencia, flacidez y bradicardia producidas en el niño. El método ha sido empleado en 62% de las mujeres recibidas, reconociéndose que como otros métodos, no tiene aplicación universal, y al tocólogo le corresponde decidir el punto. Como es indispensable una observación constante e inteligente, debe reservarse para los hospitales bien organizados, no teniendo aplicación a domicilio. (Galloway, C. E.; Grier, R. B., y Blessing, Robert: *id.* 1,707, nbre. 21, 1936.)

Kane y Roth emplearon el paraldehído y el alcohol bencílico para aliviar los dolores del parto en 240 primíparas y 108 múltíparas, con los siguientes resultados:

amnesia y analgesia, 57%; amnesia y analgesia parcial, 28%; recuerdo de los acontecimientos, pero sin dolor, 4.7%; recuerdo de los acontecimientos y algo de dolor, 2.6%, y poco o ningún alivio, 7.7%. La combinación de estos dos medicamentos por vía rectal produce amnesia completa, sin prolongar demasiado el parto, y sin efectos contraproducentes para la madre o el feto. La solución se retiene sin dificultad, excepto cuando hay compresión del recto. Los autores no observaron ningún caso de proctitis u otra señal de lesión local de los tejidos. Las parturientas sólo revelan irritabilidad cuando es defectuosa la técnica de administración, y en cambio, se les evitan la fatiga, el shock físico del dolor, no recuerdan haber sufrido, y duermen de seis a doce horas después del parto. La experiencia obtenida con este método, demuestra que el éxito radica principalmente en conceder la atención debida a la administración de las sustancias. (Kane, H. F., y Roth, G. B.: *id.* 1,710, nbre. 21, 1936.)

En la discusión, De Lee hizo notar que el éxito de todos los anestésicos depende del médico. Agregó que en algunos casos ha empleado con éxito la sugestión y hasta el hipnotismo, pero hay que mostrarse muy cuidadoso en esto, en particular para evitar la catalepsia. Para Baer, los métodos descritos todavía son deficientes. En el Hospital Michael Reese de Chicago, durante más de 30 años la morfina ha sido empleada principalmente como analgésico. Holmes señaló que, aunque fué de los primeros en introducir la escopolamina en 1901, en varias parturientas el resultado ha sido desastroso. También hizo notar que la mortalidad obstétrica no ha disminuído en los Estados Unidos en los últimos 20 años, representando 0.8% entre 240,000 partos atendidos en 490 hospitales, o sea más o menos lo mismo que en la Maternidad de Rotunda, hace un siglo. Eastman apuntó que la analgesia con barbituratos, y también con escopolamina y morfina, afecta profundamente al feto, aunque los fetos a término parecen tolerar el efecto satisfactoriamente, si no hay otras complicaciones. Wulff reconoció que el empleo de morfina o de dilaudida con escopolamina probablemente aumenta el coeficiente de apnea fetal, aunque ésta no es tan pronunciada cuando se emplean barbituratos. Emmert explicó que ha empleado con Goldschmidt, de St. Louis, un nuevo barbiturato, la amilbetabromalilmalonilurea de sodio por vía rectal, sin mortalidad materna o fetal ni efecto contraproducente sobre la madre. Para Wallace, la analgesia obstétrica debe emplearse únicamente en los casos de parto prolongado, pues siempre entraña ciertos inconvenientes. (*Id.* 1,714, nbre. 21, 1936.)

Bolsas de hielo en el parto.—Según Hugué, la acción del hielo sobre el útero realiza una histerectomía artificial o fisiológica muy superior a la histerectomía quirúrgica. Es preciso evitar la contaminación en el momento del parto normal, y sobre todo distócico; y una buena precaución consiste en enfriar preventivamente el útero después de toda intervención obstétrica, por sencilla que sea. Esta manera de actuar que siguen en la Clínica de la Asociación de Damas de La Cavadonga, de La Habana, les ha permitido obtener los mejores resultados. En cerca de 400 partos asistidos no han registrado un solo caso de infección puerperal. (Hugué, Luis: *Bol. Mens. Cln. Asoc. Damas Cavadonga*, 173, nbre. 1°, 1936.)

Tacto rectal.—Entre 1,979 partos atendidos de 1929 a 1936 en la Maternidad del Hospital Alemán, de Buenos Aires, 1,615 (83.9 por ciento) fueron espontáneos, 333 patológicos y 31 cesareados. De los 1,615 partos espontáneos, 1,179 (73 por ciento) fueron controlados exclusivamente por tactos rectales, excluyendo así todo tacto vaginal y tal causa posible de infección. En resumen, el A. preconiza el tacto rectal, pero no se opone al tacto vaginal complementario cuando el rectal y el examen externo no son suficientemente aclaratorios para el diagnóstico. (Jürgens, O.: *Sem. Méd.*, 1293, mayo 6, 1937.)

Eclampsia en Costa Rica.—Beeche Cañas señala que en 1,600 partos consecutivos

en el Hospital de San Juan de Dios, de San José de Costa Rica, solamente hubo dos casos de eclampsia. Entre 2,783 exámenes prenatales de gestantes de tres meses a término, descubrió dos casos de vómito incoercible, uno mortal, pero ninguno de convulsiones. La presión media en la gestante vino a ser 109.8 mm sistólica y 67.1 mm diastólica, y algo mayor en las que presentan síntomas de toxicidad. La edad media del grupo fué 25.3 años, perteneciendo en su mayoría a la clase pobre. Al investigar el punto con 16 médicos, sólo mencionaron 34 casos en un período que abarcó hasta 30 años. El mismo autor, personalmente, en 22 años sólo ha visto cinco casos. Estas cifras parecen ser muy inferiores a las de otros países. (Beeche Cañas, L.: *Rev. Méd.*, 381, nbre. 1936.)

Hemorragias postmenopáusicas en Chile.—Bertoglio Ceccotti analiza las metrorragias post-menopáusicas observadas en la Clínica Ginecológica Universitaria de Chile, en enfermas de 45 a 80 años de edad. En conjunto, de 720 mujeres interrogadas en menopausia, 40 (5.5%) acusaron metrorragia. En los primeros dos años de estar en menopausia, presentaron metrorragias 47.5%, y en los primeros cinco años 62.5%, constituyendo las metrorragias el único síntoma en 22 (55%). Del total, 67.5% eran motivadas por lesiones benignas del aparato genital, y 32.5% por lesiones malignas, lo cual se compara con proporciones de 81.5% y 18.5% en el Servicio de Ginecología del Hospital del Salvador, donde excluyen neoplasias cervicouterinas. (Bertoglio Ceccotti, U.: "Hemorragias post-menopáusicas," Santiago de Chile, 1936.)

Estudio de la placenta previa.—Irving estudia los 308 casos (1.08 por ciento) de placenta previa observados de 1916 a 1935 entre 28,391 partos de la Maternidad de Boston. Los 308 casos fueron asistidos por 85 tocólogos distintos. Los métodos empleados en la serie pueden sumarse en: expectativo, comprendiendo mera rotura de las membranas o parto normal o quirúrgico con dilatación completa; cesárea; versión de Braxton Hicks; bolsa de Vorhees, y parto forzado. La mortalidad materna ha disminuído en ese período de 11.6 a 2 por ciento, y la fetal neta de 47 a 23 por ciento. En los casos asépticos: si el feto se halla vivo, es normal y pesa más de 1.7 kg, la cesárea ofrece 85 por ciento de probabilidades de obtener un feto vivo, y el riesgo para la madre no pasa de 5 por ciento; si el feto se halla muerto, deformado o pesa menos de 1.7 kg, puede verificarse la versión de Braxton Hicks por un tocólogo diestro, sin mayor riesgo para la madre que la cesárea; y en los casos de placenta previa marginal, la mera rotura de las membranas es acreedora a más pruebas, siendo inocua para la madre, y al parecer menos nociva para el feto que lo supuesto. En los casos infectados, la cesárea, seguida de la histerectomía, es la operación de elección, independiente del estado del feto. (Irving, F. C.: *Am. Jour. Obst. & Gyn.* 36, jul. 1936.)

Vacunación en la infección puerperal.—Bello y Bianchini hacen notar que, en los años 1928 y 1929, en que no emplearon la vacunación antipiógena en la Maternidad de Buenos Aires, hubo un 41.53 por ciento de infección activa del canal genital entre 65 alumbramientos artificiales, mientras que en 1933 y 34, entre 54 casos en que se empleó la vacuna, dicha infección bajó a 27.77 por ciento. El resultado no es definitivo, dado el corto número de alumbramientos artificiales. Cabe sí decir ya que dicha vacuna es inocua en la forma en que se aplica, y que vale la pena probarla, no sólo en los casos de alumbramiento artificial, sino también en todos aquéllos en que se realice intervención prolongada o cruenta, o se sospeche una asepsia poco escrupulosa. (Bello, J. A., y Bianchini, C. A.: *Sem. Méd.*, 1057, ab. 15, 1937.)

El prontasil en la septicemia puerperal.—Los trabajos publicados recientemente en Inglaterra por Colebrooke y colegas indican que el prontasil rojento ejerce un efecto beneficioso en la fiebre puerperal debida al estreptococo hemolítico. En 1931-1935 se trataron 495 enfermas en el Hospital de la Reina Carlota, con una

mortalidad de 22.7%. En parte del año 1936 se trataron 64 casos con prontosil rojo y prontosil soluble, con una mortalidad de sólo 4.7%. Aparte de esta baja de la mortalidad, se observó una disminución súbita de la gravedad de la peritonitis, que está considerada como la complicación más peligrosa, y además, no se observó absceso palpable después de iniciar el tratamiento. Colebrooke hace una reserva, y es que en los últimos cinco años ha habido signos de una disminución general de la gravedad de la septicemia puerperal en Inglaterra, y hace notar, además, que no debe confiarse en primer lugar en medicamentos curativos, sino en la profilaxia. (Carta de Londres: *Jour. Am. Med. Assn.*, 1,443, ab. 24, 1937.)

Tratamiento de la eclampsia.—Entre 5,183 casos obstétricos tratados en los hospitales del Colegio Médico de Virginia hubo 105 casos de eclampsia (2.2%), y 16 muertes maternas (15.23%). En 1931 y 1932 la mortalidad llegó a 25.53%; en 1933, 1934 y 1935 sólo a 6.88%. De los fetos, 17 nacieron muertos, y seis nacidos vivos murieron (23.92%). De los 105 casos de eclampsia, 56.2% pertenecían al grupo grave. Los autores recomiendan para el tratamiento: si hay convulsiones, solución de sulfato de magnesio (20 cc al 10%) por vía venosa, e inmediatamente suero dextrosado (500 a 1,000 cc al 10%) por la misma vía. Si la enferma permanece consciente, 30 cc de sulfato de magnesio al 50% por vía bucal, y 0.4 a 0.5 gm de digital; si se encuentra en coma, un lavado gástrico y la misma medicación con sonda. Según ellos, la morfina aumenta marcadamente la mortalidad fetal. En un número limitado de casos seleccionados, la cesárea con anestesia local o raquídea, tal vez sea la operación de elección. En las eclámpticas la anestesia general entraña mucho peligro. En conjunto, los autores favorecen el tratamiento abstencionista en la eclampsia. Aunque creen que la buena asistencia prenatal mermará la frecuencia del mal, no creen que pueda prevenirla del todo. De no ceder a la dieta, el descanso y la eliminación, hay que considerar la interrupción del embarazo. (Ware Jr., H. H., y Noblin, F. E.: *South. Med. Jour.*, 153, fibro. 1937.)

Tratamiento de la eclampsia.—Rucker señala que en su clientela de Richmond ha tratado 129 casos consecutivos de eclampsia, con una mortalidad materna bruta de sólo 4.65%. El tratamiento se guía por los siguientes principios: hacer cesar las convulsiones con sulfato de magnesio o amital sódico por vía venosa; reposo; fomento de la eliminación renal administrando líquidos por vía bucal, o suero dextrosado por vía venosa; y digital a dosis adecuadas. (Rucker, Pierce: *Jour. Am. Med. Assn.*, 1087, obre. 2, 1937.)

Mola hidatiforme.—Aguilar Meza agrega cinco casos de mola hidatiforme ectópica observados en Quiriguá, Guatemala, a los 55 previamente descritos en la literatura. La enfermedad ya parece haber sido conocida desde Aecio de Amida e Hipócrates, pero las primeras observaciones modernas parecen ser las de Velpeau, en el siglo XIX. (Aguilar Meza, R.: "Mola hidatítica," Guatemala.)

Tratamiento de la endocervicitis infecciosa crónica.—Después de haber tratado 250 casos de endocervicitis infecciosa crónica con ácido crómico, curándolos completamente dentro de cinco a siete semanas, Ross declara que el procedimiento es inocuo y satisfactorio, resultando excelente para un estado que forma un porcentaje algo elevado de la práctica ginecológica. (Ross, J. W.: *Am. Jour. Obst. & Gyn.*, 348, 1937.)

Daños y perjuicios por fiebre puerperal.—El 14 de julio de 1936, la Cámara de los Lores de Inglaterra falló en un caso interesante. En enero 1933, la Sra. M. ingresó en la sala pública de la Maternidad del Condado Lindsey, dando a luz el 13; el 14, otras cuatro parturientas manifestaron fiebre puerperal, y el 17 la misma Sra. M. contrajo la enfermedad, de la que se repuso. En noviembre 1933, la Sra. M. demandó al Consejo del Condado por infracción de contrato, negligencia al no cerrar la sala al presentarse un caso de fiebre puerperal el 4 de julio,

y por no haberse informado a ella, al esposo o al médico de cabecera. Ganó el pleito, habiéndosele concedido £750, y gastos. La Corte de Apelación confirmó el fallo el 8 de febrero de 1935. El 14 de julio de 1936, la Cámara de los Lores desechó la apelación del Consejo del Condado, pues consideró que el jurado estaba en lo justo al considerar que sin tomar frotos existía un grave peligro de la presencia de portadores, y hasta no eliminar ese riesgo, resultaba peligroso admitir a otra enferma en la Maternidad. Según lo anterior, constituye negligencia de parte de las maternidades, al presentarse un caso de fiebre puerperal, recibir una enferma sin haber tomado frotos de todos los empleados, y dejar de informar a la enferma, el esposo o el médico de cabecera, de algún caso anterior en la maternidad. Al comentar el caso, el *British Medical Journal* declara que por lo común se cumple con el primer requisito, y que convendría hacerlo siempre. (*Am. Jour. Pub. Health*, 1, 223, dbre. 1936.)

Una parturienta recibida en un hospital de Inglaterra, después de dar a luz fué trasladada de la sala de maternidad a la general, en la cual contrajo fiebre puerperal de una mujer que luego resultó padecer de esta enfermedad. La enferma entabló pleito al hospital y al médico que la asistiera, y al dictar un fallo de \$18,000 de daños y perjuicios en favor de ella, el juez declaró que una de las reglas del hospital era que no debían admitirse casos infecciosos en la sala general, y que las autoridades del hospital habían descuidado sus obligaciones al colocar a la parturienta en una sala donde tenían un caso grave y sospechoso. El médico debió haber aislado el caso, a fin de impedir que se propagara la infección, y al observar que se había colocado a la enferma en la misma sala, debió haber hecho todo lo necesario para impedir que se infectara la última, lo cual no hizo, ni tampoco protestó ni avisó sobre el peligro corrido. La enferma ha quedado afectada en las caderas, un hombro, y una muñeca, y ninguna compensación puede resarcirla por la angustia y padecimientos experimentados. (Carta de Londres: *Jour. Am. Med. Assn.*, 802, sbre. 4, 1937.)

Causa de la hemofilia.—Patek Jr. hace notar que los últimos estudios suyos y de Stetson y Taylor indican que las plaquetas son normales en la hemofilia, pero que el plasma es deficiente en una substancia que contiene el plasma normal no celular. Esta substancia coagulante es precipitada por el complejo protrombina, pero parece ser distinta de ésta. (Patek Jr., A. J.: *Jour. Am. Med. Assn.*, 2, 241, jun. 26, 1937.)

Herencia de la hemofilia.—Haines ofrece la siguiente explicación de la herencia en la hemofilia: En el hombre, el sexo es determinado por los cromosomas X e Y. El varón tiene un cromosoma X y uno Y, y la hembra dos X. La hemofilia se debe a un geno transportado solamente en el cromosoma X, y recesivo a lo normal. El cromosoma X del varón procede de la madre, y el Y del padre. Por consiguiente, la hemofilia en el hombre debe ser transmitida por la madre, y las mujeres rara vez o nunca padecen de la enfermedad, aunque madres normales pueden transmitir el geno a sus hijos varones. (Haines, George: *Jour. Am. Med. Assn.*, 2, 156, jun. 19, 1937.)

Hemofilia en la mujer.—Después de repasar la literatura relativa a la hemofilia en la mujer, Bauer y Meller contestan negativamente la pregunta de si el factor hereditario interviene en todos los casos de la enfermedad. Según ellos, hay familias en que el factor sólo se manifiesta en los varones; otras en que tanto varones como mujeres revelan síntomas; y otras más raras en que sólo las mujeres los acusan. Tampoco creen que haya llegado todavía la hora de formular leyes precisas sobre la transmisión hereditaria de la hemofilia. Sí reconocen que rara vez se observan en las mujeres las hemorragias graves y frecuentes que afectan a los hombres. Después de ofrecer explicaciones del fenómeno, describen sus observaciones en cuatro mujeres en que la semiología semejaba la de la hemofilia

y había deficiencia del aparato trombocitario. Mientras que sus primeros dos casos les hacen recalcar las características de la hemofilia femenina, otros cuatro indican que puede haber una combinación de hemofilia y trombopenia, de modo que no cabe trazar distinciones entre los dos trastornos. De esos casos también cabe deducir que los órganos sexuales de la mujer ofrecen protección específica contra las hemorragias fatales. (Bauer, Hertha, y Meller, J.: *Wien. klin. Woch.*, 495, ab. 16, 1937.)

Hemofilia en la raza negra.—Al comunicar un caso que considera típico de hemofilia, salvo por la historia familiar, en un negro, Crandall agrega que un repaso de la literatura no le reveló un solo caso indudable de hemofilia en dicha raza. (Crandall, N. F.: *Am. Jour. Med. Sc.*, 745, dbre. 1936.)

Histidina en la hemofilia.—Habiendo observado que la administración de histidina acorta considerablemente la coagulación, y que el efecto todavía es mejor y más duradero combinándola con calcio y vitamina C, Kohl probó ese método en tres casos de verdadera hemofilia, observándose una considerable disminución de la tendencia hemorrágica. (Kohl, H.: *Zeits. klin. Med.*, 40, ab. 7, 1937.)

Nuevo tratamiento de la hemofilia.—Timperley y colaboradores describen un nuevo método que han aplicado al tratamiento de 13 hemofílicos, aparentemente con buen resultado, por lo menos en parte. La substancia empleada es extraída de la ovalbúmina, incubada a 37 C por varios días en presencia de bromuro de potasio, y al ser inyectada intravenosamente, merma el tiempo de coagulación de la sangre. Por lo general, una sola dosis suficiente protegerá contra hemartrosis por un período que varía de cuatro días a cuatro semanas, pero sólo cohibirá las hemorragias externas de 4 a 24 horas. La dosis tiene que graduarse en cada enfermo, observando el tiempo de coagulación antes y después de la inyección. (Timperley, W. A.; Naish, A. E., y Clark, G. A.: *Lancet*, 1,142, nbre. 14, 1936.)

Aborto en Chile.—Gacitúa G. hace notar la importancia que sigue revelando el problema del aborto en Chile. En su servicio, en 1934 se atendieron 1,068 partos, entre los cuales sólo 571 (53.46%) pueden considerarse como verdaderamente espontáneos. Entre los 451 casos sospechosos abundaron mucho más que en el otro grupo, las complicaciones. Las maternidades de San Borja atendieron en 1935 a 5,793 enfermas, de las que murieron 79 (1.36%), y de esas muertes correspondieron 29 (36.7%) al aborto. (Gacitúa G., V. M.: *Bol. Méd. Chile*, 1, eno. 16, 1937.)

Aborto en Guatemala.—La *Revista de la Cruz Roja Guatemalteca* (mzo. 15, 1937, p. 9) considera alarmante el número de abortos espontáneos que sobrevienen en Guatemala, haciendo notar que el examen de la sangre de las gestantes es necesario y debería ser obligatorio. Señala que la Dirección de Sanidad Pública de Guatemala verifica gratuitamente dicho examen, y que algunos laboratorios públicos y particulares hacen el diagnóstico precoz del embarazo.

Abortos en la Gran Bretaña.—El Consejo de la Asociación Médica Británica acaba de publicar una encuesta sobre el asunto del aborto, considerando que el número de los abortos criminales, accidentales o terapéuticos es demasiado elevado; que se reconoce generalmente que 10 a 20% de los embarazos son interrumpidos, lo cual ocasiona una mortalidad importante, sobre todo en los casos clandestinos. La Asociación considera las leyes actuales insuficientes, y pide que se estudien nuevas disposiciones contra ese peligro nacional.

Los rayos X en el aborto.—Mayer y colaboradores repasan una serie de 200 casos en que se emplearon en un decenio los rayos X para obtener el aborto terapéutico. Recomiendan el método para los embarazos de no más de 14 semanas cuando hay lesiones en que la intervención cruenta podría resultar muy peligrosa, y cuando la enferma no debería quedar embarazada de nuevo, y en particular en cardíacas, tuberculosas y nefríticas. El método no se acompaña de mor-

talidad, y la morbilidad es notablemente baja. Tampoco hay peligro de infección, puesto que no se introduce ningún cuerpo extraño. La hemorragia es mínima, debido a la momificación del feto y cierre de los senos sanguíneos. También se evitan la retención de los productos de la concepción y el período de amenorrea. Hay que considerar también las desventajas, o sean que el método puede fracasar, y entonces habrá que realizar un aborto quirúrgico después, y siempre hay la posibilidad de que la enferma quiera después tener hijos, y no se conocen aun con exactitud los efectos sobre la prole, de modo que debe ponerse en claro antes de aplicar el método que la enferma tiene determinado abstenerse de la concepción. (Mayer, M. D.; Harris, William; y Wimpfheimer, Seymour: *Am. Jour. Obst. & Gyn.*, 945, 1936.)

Tratamiento del aborto.—Reinberger y Russell señalan que el aborto criminal va claramente en aumento, pues se admitió su existencia en 17 por ciento de los 707 casos estudiados por ellos, y creen que podría agregarse sin temor 10 por ciento más a ese número. Este factor criminal fué la causa más aparente en dos terceras partes del total de las muertes, de las cuales dos terceras partes se debían a infección. Según los autores, la mortalidad debida al aborto, constituye hoy día la mayor proporción de la mortalidad materna total. Creen que debe emplearse un tratamiento más conservador para cohibir las hemorragias y la infección. Bajo el plan abstencionista que han aplicado por tres años, rara vez resultó necesaria la intervención del útero contra la hemorragia, y jamás se utilizó contra la infección. La transfusión sanguínea demostró su utilidad en ambos sentidos. (Reinberger, J. R., y Russell, P. R.: *Jour. Am. Med. Assn.* 1,527, nbre. 7, 1936.)

Cruzada de los gobernantes.—Hacer de cada valle una unidad sanitaria; dotarlos de un servicio que abarque la totalidad de sus poblados rústicos; crear Centros de Salud que aseguren una labor metódica que escape a las veleidades individuales y que contemplen panorámicamente la tarea sanitaria; dar, en una palabra, a los que viven al servicio de la tierra y a ella entregan su fatiga y su sudor cotidianos, garantías para que la salud no se la arrebathe la dramática empresa de cultivar nuestro suelo, he ahí obra impostergable, fecunda para los hombres de gobierno que aspiren a la gratitud de las generaciones del provenir.—CARLOS ENRIQUE PAZ SOLDÁN, "Suelo, Sangre y Salud en la Costa Peruana," Lima, 1937.

La misión del médico ante la locura.— Si el médico en su sacerdocio tiene la misión santa y sublime de conservar la sagrada antorcha de la vida y otorgar el precioso don de la salud, cuando se enfrenta con afecciones en que la influencia del arte nos deja mucho que desear, tiene que esforzarse con el celo de sus cuidados, con la paciencia, la caridad y la piedad para suplir su impotencia. Cuánto bien se puede hacer con la dulzura, la delicadeza y la amenidad de las palabras, qué sitio hay en las almas doloridas para los dulces consuelos que lleva un médico, cuántos temores, cuántas aprensiones se pueden disipar con una palabra de esperanza! Qué felicidad íntima puede sentir el médico pensando en estas palabras de Luis Cowley: "si los hombres dejan como herencia preciosa el hábito de sus virtudes, el perfume de su saber, lo que los engrandece, lo que los hace inmortales, es el saludable bien que han dejado durante su vida."—RAYMUNDO DE CASTRO, *Rev. Med. & Cir.*, 313, mayo 31, 1937.