

# CRÓNICAS

## TOS FERINA

*El Salvador.*—Castillo hace notar que, en San Salvador, la tos ferina ya hace más de un año que viene azotando a la población infantil. De enero de 1932 a marzo de 1933, no han faltado casi a diario casos de la enfermedad. El número de niños examinados y asistidos en la consulta externa del Hospital "Benjamín Bloom" del 1° de marzo de 1932 al 28 de febrero de 1933, llegó a 247. En la sala de contagiosos de dos a nueve años, fueron asistidos en 1932, 56 varones y 29 mujeres. La complicación más repetida fué la bronconeumonía, pero no hubo muchos de esos casos. No hay noticias de muerte en ninguno. Para el autor, la principal causa de la endemicidad del mal radica en el hacinamiento en que vive la gente pobre. (Castillo, G.: *An. Hosp. B. Bloom*, 93, No. 2, 1933.)

*Estados Unidos.*—Del análisis de los datos relativos a la frecuencia de la tos ferina de 1922 a 1930 en 29 Estados de la Unión Americana, Harmon deduce que la frecuencia estacional del mal es baja en los últimos cuatro meses del año, y octubre es por lo común el mes de menor frecuencia. Con respecto al mes de frecuencia máxima, existen variaciones cuando se comparan grupos de Estados combinados, correspondiendo en algunos a los primeros cuatro meses del año, y en particular febrero y marzo; en otros de marzo a junio; y en otros la frecuencia es bifásica, abarcando a febrero y marzo, y luego a junio y julio. Esa distribución estacional, al parecer no se vincula con ninguna zona o unidad geográfica; pero los Estados del sur y del Pacífico suelen alcanzar la cúspide en mayo, y los del norte, con algunas excepciones, en enero o febrero. De confirmarse ese dato, la relación es precisamente lo contrario de lo observado en infecciones respiratorias como la difteria, sarampión y escarlatina. (Harmon, G. E.: *Am. Jour. Pub. Health* 831, agto. 1932.)

*Londres.*—Stocks y Karn hacen notar que la tos ferina representa hoy día en Londres la más importante enfermedad epidémica de la infancia. El promedio anual en los menores de 10 años en Battersea en el quinquenio 1925-1929, está calculado en 60 por 1,000 niños vivos, y la mortalidad en 1.26 por 100 casos, subiendo a 4 y 3.3 respectivamente en el primero y segundo año de vida. La periodicidad es bienal, yendo una epidemia veraniega seguida inmediatamente de una invernal, y viniendo después un año de poca frecuencia. Las epidemias no siempre coinciden en las zonas muy alejadas. Los ciclos epidémicos tal vez se deban a la disminución periódica de la proporción de niños indemnes, o sea una inmunización latente, como en el sarampión. Una encuesta en los escolares reveló que 44 por ciento experimentan un ataque de coqueluche antes de cumplir cinco años. Para los 10 años, 60 por ciento ya han tenido la enfermedad, y 61 por ciento la padecen en alguna época de la vida, lo cual es algo menos que en un grupo de poblaciones norteamericanas. Los datos compilados, en general, son semejantes a los del sarampión, consistiendo las principales diferencias en que las epidemias suelen abarcar un año en vez de seis meses, que la inmunidad latente dura aparentemente un año en vez de dos o tres, que 60 por ciento de los niños son atacados en vez de 90 por ciento, que hay probablemente inmunidad inherente

en cierto número de niños lo cual no sucede en el sarampión, y en que es menor la proporción de infecciones latentes comparadas con las manifiestas. (Stocks, T., y Karn, Mary N.: *Jour. Hyg.* 581, obre. 1932.)

¿*Virus filtrable?*—McCordock presenta ciertos datos indicativos de la existencia de un virus filtrable en la tos ferina, habiendo encontrado en el pulmón de 12 de 35 coqueluchosos muertos, inclusiones intranucleares como las que se observan en muchas afecciones virúgenas, mientras que en 90 testigos, 78 de ellos niños, sólo las encontró en dos criaturas de cuatro y cinco meses. Dicho autor apunta varias semejanzas que la pertusis guarda con otras afecciones virúgenas, ya reales o supuestas, como el sarampión, la influenza y la vacuna experimental; por ejemplo la naturaleza intersticial de la neumonía, y la presencia ocasional de encefalitis. (McCordock, H. A.: *Proc. Soc. Exper. Biol. & Med.* 1288, jun. 1932.)

Al comentar editorialmente este trabajo, el *Journal of the American Medical Association* (nbre. 26, 1932, p. 1866) hace notar que la relación etiológica del bacilo de Bordet-Gengou está apoyada por datos serológicos, y algunos han sostenido el valor de la vacunoterapia. De corroborarse las investigaciones de McCordock, el bacilo de Bordet-Gengou pasaría probablemente al papel de invasor secundario, como ha sucedido con muchos microbios en otras enfermedades, por ejemplo, la psitacosis, y probablemente la influenza.

Comentando lo anterior, Miller hace notar que en Dinamarca emplean sistemáticamente las placas para el diagnóstico de la tos ferina, fundándose en la íntima asociación del bacilo con los casos (de 88 a 98 por ciento en el período catarral); la falta del microbio en las gotitas de tos de 1,000 niños y adultos sanos que no habían estado en contacto con casos coqueluchosos (Kristensen); y la gran frecuencia con que se aísla el microbio en el período catarral, que es el más contagioso, y su disminución subsiguiente, conformándose a la menor transmisibilidad. En Dinamarca, también aceptan ocasionalmente para el diagnóstico la prueba de fijación del complemento con el antígeno de Bordet-Gengou, pero sólo en casos atípicos y crónicos, por aparecer tardíamente los anticuerpos fijadores. Los resultados más alentadores obtenidos hasta ahora con las vacunas, parecen ser los de Madsen en Copenhague y en las islas Faroe. Los datos para Dinamarca no han sido aun publicados, pero parecen ser comparables a los de las islas Faroe. La vacuna danesa siempre se prepara con cepas de menos de tres semanas. En su repaso del asunto en 1932, Gardner y Leslie declararon que no ha lugar a dudas de que el bacilo de Bordet-Gengou es la verdadera y única causa de la tos ferina. Las recientes investigaciones de Rich y colaboradores, confirman aparentemente las de Fränkel, Inaba, y Sauer y Hambrecht, quienes produjeron un síndrome coqueluchoideo en los monos administrándoles los bacilos. Los exámenes de millares de placas y de centenares de sueros procedentes de niños con y sin tos ferina durante un período de 16 años, demuestran que el papel etiológico del bacilo está basado en algo más que meras impresiones clínicas. (Miller, J. J.: *Jour. Am. Med. Assn.*, 682, mzo. 4, 1933.)

De su estudio experimental, Rich y colaboradores deducen que produjeron típica tos ferina en tres chimpancés inoculados con cultivos puros del bacilo de Bordet-Gengou o con esputo humano íntegro, sin que pudiera distinguirse clínica o bacteriológicamente del mal humano. Sin embargo, el resultado en los monos inoculados con filtrados es susceptible de dos interpretaciones: que el estado catarral representa el efecto de un virus filtrable no reconocido hasta ahora, que puede obrar como agente excitante o infectante primario; o que se trataba meramente de un coriza, y que el esputo contenía el bacilo coqueluchoso y el virus del refriado común. (Rich, A. R., y otros: *Science*, 330, obre. 7, 1932.)

*Estudio.*—La Fundación Rockefeller ha concedido \$25,00 para un estudio que llevará a cabo durante un período de cuatro años el Dr. Gerald S. Shibley, de la Universidad "Western Reserve," de Cleveland, y que comprenderá etiología, profilaxia, diagnóstico y tratamiento de la tos ferina.

*Bióxido de carbono.*—Henderson afirma que las inhalaciones de bióxido de carbono han sido probadas en 10 niños de 9 meses a 7 años de edad, que padecían de frecuentes y molestos accesos de tos ferina. En todos, después del tercero o cuarto días de inhalación, los paroxismos mermaron mucho en intensidad y frecuencia, y al octavo día la tos era tan rara, que se suspendieron las inhalaciones. (Henderson, Y.: *Jour. Am. Med. Assn.*, 654, agto. 20, 1932.)

*Vacunoterapia.*—Blanc asegura que en el tratamiento de la tos ferina, ha empleado con excelentes resultados la vacuna sin éter por vía intradérmica, comenzando con dosis de 50 millones la primera, 100 en la segunda, y 150, 300, 500 y 1,000 en las restantes; las cinco primeras en días alternados, y las siguientes con tres días de intervalo. Si el tratamiento comienza en el período convulsivo, en la gran mayoría de los casos a la tercera inyección desaparecen los vómitos y disminuyen las quintas; si en el período catarral, se acorta éste y el convulsivo no dura más de 3 ó 4 días y es menos intenso. Empleada en esa forma, la vacuna no produce reacción febril, mientras que, a mayor reacción local, mayor rapidez curativa. Con ese tratamiento no se han observado complicaciones pulmonares, y en dos casos en que éstas precedían al tratamiento, observóse marcada mejoría a partir de la tercera dosis. (Blanc, M.: *Arch. Esp. Pedr.*, eno. 1932.)

Por encargo de la Comisión de Higiene de la Liga de las Naciones, Weichsel empleó la vacuna de Bordet en el tratamiento de 50 casos de tos ferina, todos en el período incipiente de los accesos. No pudo emplear la vacuna profilácticamente durante el período de incubación. Los niños en que el período paroxístico había comenzado más de dos semanas antes, fueron excluidos. El autor inyectó parte de la vacuna subcutánea y parte intramuscularmente, sin observar reacciones locales ni generales. Tampoco advirtió afecto terapéutico. (Weichsel, M.: *Monatschr. Kinder.*, 106, fbro. 23, 1932.)

Westendorff se decidió a probar la heteroproteoterapia en 15 casos de tos ferina, inyectando a plazos de 2 a 3 días dosis crecientes de una gonovacuna polivalente, pero sin poder observar efecto alguno. Varios meses después, trató a 20 coqueluchos con una vacuna específica, y sólo en dos notó efecto favorable. Vistos otros informes favorables, y sus dos casos, Westendorff no se siente justificado en proclamar la vacunoterapia como inútil. Considera sí muy desventajoso que en la mayor parte de los casos la tos ferina no sea reconocida sino cuando ya se halla desarrollada, pues si se comenzara antes la vacuna, tal vez fuera más eficaz. (Westendorff, E. G.: *Monatschr. Kinder.* 261, mzo. 23, 1932.)

Gentzsch probó una vacuna mixta y otra pura. La primera contenía, además de los bacilos de Bordet-Gengou, neumococos, estreptococos, estafilococos, bacilos de la influenza, y micrococos catarrales. Administró ambas a dosis crecientes. De 48 niños tratados así, en 26 pareció acortarse la duración de la enfermedad, y mucho más mientras más pronto se comenzaba la vacunación. Cuando había complicaciones, el acortamiento fué menor, y en los lactantes el efecto fué nulo. El tratamiento precoz dió resultado en algunos casos. Las dosis mayores no parecieron ser más eficaces que las habituales. Tres de los niños tratados con la vacuna murieron; pero dos de esas muertes sólo tuvieron lugar a los seis meses de la vacunación, y los pequeños padecían de granulía. La tercera muerte se debió a una meningitis que sobrevino tras la segunda inyección de vacuna. (Gentzsch, H.: *Ibid.*, 273.)

Ungar empleó en una epidemia de tos ferina en un asilo de niños, y en 18 casos de su clientela particular, dos vacunas: una que sólo contenía bacilos de Bordet-Gengou muertos, y otro que contenía además *B. influenzae*, *Staphylococcus aureus*, *S. albus*, *Micrococcus catarrhalis* y neumococos. Para él, el empleo temprano de una u otra vacuna modifica la evolución favorablemente en la mayoría de los casos. Además, debe mantenerse a los niños al aire libre. Como la vacuna evoca inmediatamente hipertermia pasajera, debe llamarse la atención de los padres sobre ello. (Ungar, R.: *Med. Klinik* 290, fbro. 24, 1933.)

Bakshít compara el resultado de las inyecciones intramusculares de éter y de una estreptovacuna combinada en la tos ferina. En el primer grupo había 177 niños, y en el segundo 269. La dosis de éter varió de 0.2 a 3 cc según la edad, inyectándose en solución al 20 por ciento de linimento de alcanfor en las nalgas en días alternados. El número de inyecciones varió de una a cinco. Sólo hubo un caso de esfacelo local. La vacuna también fué inyectada en días alternados, sin pasar jamás de cuatro inyecciones. El éter ejerció un efecto favorable, pues mermó el número de accesos y alteró la tos espasmódica. La vacuna no sólo mermó el número e intensidad de los accesos, sino que frecuentemente los hizo cesar, acortando la duración de la enfermedad. Mientras más pronto se comenzó el tratamiento, mejores fueron los resultados. Las frecuentes complicaciones de la coqueluche, neumonía y bronquitis, se modificaron favorablemente con ambos métodos. La vacuna pareció dar mejores resultados, pero como el número de enfermos es relativamente pequeño, el autor vacila en declarar que impide las complicaciones. (Bakshít, F. A.: *Jur. Po Rann. Dets. Vozrastu*, 18, no. 1, 1933.)

*Roentgenoterapia.*—Después de mencionar 21 enfermos y de repasar la literatura, von Meysenbug declara que la roentgenoterapia constituye el elemento más eficaz para aliviar los síntomas molestos de la coqueluche, acortar la evolución, e impedir las complicaciones peligrosas. (Von Meysenbug, L.: *South. Med. Jour.* 565, jun., 1933.)

*Inmunización.*—En el estudio de Sauer, comenzado en 1928, se inyectaron por vía hipodérmica dosis semanales fraccionadas de 7 a 8 cc (1 cc contiene 10 mil millones) de una vacuna anticoqueluchosa relativamente reciente, preparada con cinco a siete cepas hemolíticas recién aisladas, a un número apreciable de niños pequeños susceptibles. En los cuatro años se ha administrado la vacuna a unos 300 niños, sin síntomas contraproducentes. La reacción local es transitoria. La fórmula leucocitaria el día de la última inyección osciló de 12,000 a 15,000 por milímetro cúbico en 60 por ciento de los niños, habiendo a menudo aumento de los linfocitos pequeños. Hubo con seguridad ocho exposiciones caseras y 127 probables (transitorias o fortuitas), sin que ningún niño contrajera la tos ferina. (Sauer, L.: *Jour. Am. Med. Assn.* 239, eno. 28, 1933.)

---

## ASMA

*Investigación en Inglaterra.*—El Consejo Inglés de Investigación del Asma ha organizado clínicas del asma en cinco hospitales, donde fueron tratados unos 2,000 enfermos indigentes durante el año terminado el 31 de octubre de 1932. En el Hospital Guy, la investigación principal versó sobre la uroproteosa, que a dosis de una diezmilionésima de gramo produce accesos en los asmáticos, mientras que dosis masivas no afectan a los sujetos sanos. Durante los accesos, la sustancia es excretada en cantidades relativamente subidas, y probablemente contiene el complejo albuminoso al cual el enfermo es susceptible, y también una sustancia protectora elaborada por el organismo. Los enfermos de polinosis excretan una proteosa semejante. Aunque todos los asmáticos excretan proteosa durante los accesos, es muy raro que un enfermo reaccione a la proteosa de otro; pero en casos de sensibilización específica a una sustancia, la proteosa es semejante, y un enfermo reacciona a la proteosa de otro. Con los estudios subsecuentes se espera comprender mejor el mecanismo de los accesos. Los mismos métodos ya han sido aplicados al estudio del eczema y ciertos reumatismos en que se excreta un exceso de proteosa en la orina. Un resultado práctico ya obtenido, consiste en que, aunque las dosis grandes de proteosa evocan accesos asmáticos, las pequeñas desensibilizan, y muchos enfermos ya han sido tratados así, con resultados muy

satisfactorios en algunos. Otras investigaciones versan sobre la bacteriología del esputo, y muchos esputos asmáticos contienen un microbio dotado de una propiedad histaminógena, tanto en la secreción bronquial como en los medios de cultivo. La histamina tal vez desempeñe papel predominante en los accesos, pues hace contraer los bronquios. En los niños, se emplean en el tratamiento la dextrosa y la higiene general, y de fracasar éstas, el aire libre. Una visita breve a un asilo de convalecientes resulta inútil, pues el niño debe permanecer muchos meses allí. Tanto en los niños como en los adultos, los ejercicios respiratorios han resultado útiles, pero no curan por sí solos. La clínica del asma en el principal hospital de niños de la Gran Bretaña, o sea el Hospital de Niños Enfermos de la calle "Great Ormond," Londres, fué fundada en marzo de 1929 y ya se ha estudiado allí a más de 1,000 asmáticos. Una cifra tan considerable indica que debe haber más de 250,000 asmáticos en Inglaterra. El primer estudio versó sobre la herencia, descubriéndose que en dos de cada tres casos algún pariente se hallaba afectado, y dos veces más por el lado materno que el paterno. Antes de la pubertad, se afectan tres varones por cada mujer; pero después, la susceptibilidad es igual, lo cual denota que las alteraciones de la pubertad benefician al niño asmático y perjudican a la niña. Cuando no pudo descubrirse un factor hereditario, una neumopatía grave fué casi siempre el punto de partida. Una inspección de los hogares de centenares de enfermos reveló que, a menudo, sólo se afectaba el niño mimado. Las causas más comunes parecieron residir en almohadas de plumas o de crines de caballo, animales domésticos, y polvo. Un análisis gástrico reveló en la mayoría de los enfermos deficiencia o falta de jugo gástrico ácido, con la consiguiente incapacidad para digerir proteínas, y en esos casos puede impedirse el asma atacando la deficiencia gástrica. También se ha descubierto que el hígado es deficiente en su facultad glucolítica. (Copias del informe pueden conseguirse gratis dirigiéndose a: Secretary, Asthma Research Council, King's College, Strand, London, W. C. 2, Inglaterra.) (Carta de Londres: *Jour. Am. Med. Assn.* 2043, dbre. 10, 1932.)

*Polinosis en la Argentina.*—Bozzola asegura que la fiebre del heno está tomando fuerte incremento en la Argentina, y los casos han sido particularmente frecuentes el verano pasado. Atribuye ese fenómeno a que grandes extensiones de tierra se han convertido, por el abandono de la agricultura, en campos propicios para el desarrollo de las plantas culpables. Para él, en la Argentina no se tardará mucho en llegar a la proporción de 0.8 a 1 por ciento de habitantes enfermos de polinosis, como sucede en Europa y los Estados Unidos. Para las grandes ciudades, esas cifras tal vez parezcan exageradas, pero es de observación corriente el caso de enfermos que regresan a la campaña, y a pocas horas de la capital ven reaparecer su molestia. Las plantas causantes varían según los países, comarcas y climas. En la clientela del autor, los enfermos se mostraron en particular sensibles al polen del *Amaranthus* (yuyo colorado), del *Chenopodium* (quinoa), y en menor escala, los del *Bermuda grass* (pata de perdiz) y *Phleum pratense* (cola de zorro). El autor cita 9 casos de rinitis espasmódica periódica, para demostrar los resultados obtenidos con la determinación del polen causante mediante las cutirreacciones, y el tratamiento con el extracto correspondiente. Un 75 por ciento de los enfermos tratados exclusivamente con polen experimentaron mejoría muy satisfactoria, curando completamente algunos. (Bozzola, J. A.: *Semana Méd.* 1497, nbre. 12, 1931.)

*Tratamiento.*—Gay hace notar la eficacia experimental del nuevo tratamiento de la polinosis y el asma, fundado en el empleo de una atmósfera acondicionada. Los aparatos empleados, no tan sólo refrescan el aire, sino que eliminan el polvo y el polen. Los enfermos de polinosis se aliviaron por completo, ya ocuparan el aposento por varias horas, o por más tiempo; y en los casos de asma polénica, ya

había alivio a las 12 horas. Los testigos (asma bacteriana, etc.) no reaccionaron satisfactoriamente; por el contrario, se les agravaron los síntomas. Por desgracia, al salir los enfermos del aposento, los síntomas volvieron con igual gravedad, de modo que, por razones económicas, el método todavía no resulta satisfactorio. (Gay, L. N.: *Jour. Am. Med. Assn.* 1382, mayo 6, 1933.)

Nelson y sus colaboradores hacen notar que los filtros fabricados, todavía no han alcanzado una eficacia de 100 por ciento. El aire filtrado y refrescado unos 4.5° a 5.5° C. por debajo de la temperatura externa, sin deshumidificación, no proporciona un alivio tan rápido o marcado de la polinosis como el aire filtrado y sin refrigerar. Los síntomas subjetivos del asma polénica se alivian pronto; los objetivos, no tan fácilmente. La duración de la reclusión primaria en el aire filtrado se gobierna por la intensidad del asma. Los asmáticos necesitan reclusión inicial mayor que los polénicos. La reclusión en aire filtrado antes de iniciarse el asma, no posee valor profiláctico. (Nelson, T., Rappaport, B. Z., y Welker, W. H.: *Jour. Am. Med. Assn.* 1385, mayo 6, 1933.)

*Carbotuberculino-terapia.*—Al último congreso médico celebrado en Buenos Aires, Hansen presentó 400 casos de asma en que aplicara la carbotuberculino-terapia, y en que los fracasos no pasaron de 2 por ciento, un 10 por ciento mejoraron mucho, un 8 por ciento aliviaron sensiblemente, y 80 por ciento se pueden considerar prácticamente curados. El autor probó el método en cuatro adultos, y dados los resultados obtenidos, se propone seguir tratando así a los numerosos asmáticos que a diario se presentan al consultorio. La medicación consiste en hacer que el enfermo inhale en cada inspiración partículas de carbón saturado de tuberculina Koch. (Norrié, H.: *An. Inst. Medelo Clín. Méd.* 390, 1931.)

*Piretoterapia.*—Feinberg y sus colaboradores trataron 42 casos de asma incoercible (en 70 por ciento de los cuales había complicaciones como enfisema, bronquitis crónica o bronquiectasia, con la piretoterapia), utilizando corrientes de alta frecuencia, después de determinar su inocuidad. De 35 enfermos en que pudo averiguarse el resultado, 51 por ciento tuvieron una remisión completa que varió de varios días a nueve meses y medio, y 29 por ciento mejoría sin remisión. Para los autores, es posible que en casos más leves, con un tratamiento más persistente, puedan obtenerse resultados mejores. (Feinberg, S. M., Osborne, S. L., y Steinberg, M. J.: *Jour. Am. Med. Assn.* 801, sbre. 3, 1932.)

---

## ERISIPELA

*Fototerapia.*—Davidson describe 51 casos de erisipela que tratara con rayos ultravioletas, utilizando una exposición de vez y media a dos veces mayor que la necesaria para producir eritema en la piel normal. El método pareció dar mejores resultados que otros, y es fácil de aplicar, inocuo, limpio y poco costoso. Antes del tratamiento, se limpia cuidadosamente la piel en la zona afectada y circundante. Todos los enfermos, lactantes exceptuados, se exponen por cinco minutos al arco voltaico a una distancia fija de 30 cm. Para los lactantes se utiliza una exposición algo menor. Después de la irradiación, se deja la parte afectada descubierta, o por lo menos sin apósitos de no haber mucho dolor. Todo el demás tratamiento es sintomático. (Davidson, J. M.: *Brit. Med. Jour.* 929, mayo 21, 1932.)

*Antitoxinoterapia.*—Durante los últimos cinco años, se ha empleado sistemáticamente la antitoxinoterapia en la erisipela en el Hospital Bellevue de Nueva York. Se ha tratado así a 3,311 enfermos: 1,944 hombres, 1,047 mujeres, y 320 niños, con una mortalidad de 7.1 por ciento, comparado con 10.1 por ciento entre 15,277 tratados de 1904 a 1927. De 1926 a 1927, cuando no se empleaba antitoxina, de

489 casos de erisipela facial, 26.7 por ciento se curaron en tres a siete días, 49.2 en 8 a 14, 15.1 en 15 a 53, y en 1927 a 1928, cuando se empleaba antitoxina, de 563 casos 92.1 por ciento se curaron en dos a siete días. La duración media de la enfermedad se ha abreviado, pues, en 59.6 por ciento y la mortalidad en 30 por ciento. Como cinco de cada 100 enfermos se muestran resistentes a esta terapéutica, probablemente debido a que el microbio causante es uno de muchas cepas. (Symmers, D., y Lewis, K. M.: *Jour. Am. Med. Assn.*, 1082, sbre. 24, 1932.)

Además del tratamiento local en los casos moderados y graves de erisipela, Vogel utilizó con efecto favorable inyecciones intramusculares de 20 a 100 cc (por lo general 25 cc) de un suero antiestreptocócico polivalente. (Vogel, W.: *Deut. med. Wchnschr.*, 365, mzo. 10, 1933.)

*Atebrina.*—La atebrina ha sido ensayada en 14 casos de erisipela y de psoriasis, obteniéndose en muy pocos días alivio completo. (Hoffman, C. C., y Vargas, L.: *Bol. Inst. Hig.*, 49, jul., 1932.)

*Roentgenoterapia.*—De 78 erisipelatosos que recibieron la roentgenoterapia en la clínica de Würzburgo de 1926 a 1932, 64 reaccionaron prontamente. Se emplearon las llamadas dosis irritantes, es decir, no menos de 10 ni más de 25 por ciento de la dosis cutánea. Se expuso, en todo lo posible, toda la zona afectada a los rayos. Si la primera irradiación no cohibía la propagación de la enfermedad, el autor administraba otra al cabo de 48 horas. Publica una tabla de las varias series en que se ha empleado la roentgenoterapia en la erisipela, con el resultado obtenido, declarando que desea agregar sus 78 casos y llamar la atención sobre las ventajas del método. (Notger von Oettingen, E.: *Münch. med. Wchnschr.*, 1640, obre. 7, 1932.)

*Sulfarsenol.*—Gómez empezó en 1929 a usar el sulfarsenol en su servicio de niños del Hospital General, en particular en la erisipela. En 1930, año de tanteos, la mortalidad fué de 40 por ciento en 15 niños tratados, y aun mayor en los menores de un año. En otro grupo tratado por otros métodos, la mortalidad fué aun mayor. Entre 53 niños atendidos de enero de 1931 a junio de 1932, la mortalidad fué de 22.6 por ciento, que descendió a 11.7 en 17 tratados con sulfarsenol, y si se excluyera uno tratado insuficientemente, a 6 por ciento. El autor recomienda el sulfarsenol en la erisipela infantil, en inyecciones diarias, a dosis de 15 mgm por kilo de peso en el primer año, y menores después. (Gómez, A.: *Rev. Mex. Puer.*, 183, fbro. 1933.)

*Autohemoterapia.*—Montero describe los resultados obtenidos con la autohemoterapia en varios casos de erisipela observados en Guayaquil. En un caso se presentó una recidiva a los 10 días. La mejoría ya es aparente al día siguiente de inyectada la primera dosis. En la discusión, Maldonado hizo notar que en Guayaquil se ve mucho menos erisipela que antes, quizás por el mejoramiento higiénico. En Quito, se han registrado verdaderas epidemias, teniendo la Sanidad que intervenir. Moral, desde hace cinco años, ha empleado suero antiestreptocócico, y tiene tres enfermos que antes experimentaban ataques una o dos veces al año, y que desde hace dos o tres años no los han tenido con ese tratamiento. Sánchez apuntó que ha empleado la autohemoterapia en un caso, pero que la erisipela en Guayaquil es muy rara, contrastando con las epidemias que se desarrollan en la Sierra. La contagiosidad en Guayaquil no es tanta, mientras que en la Sierra abarca sectores enteros, lo que motivó la creación de un lazareto. Moral agregó que, en su opinión, la rareza de la erisipela en Guayaquil se debe al clima tropical, lo cual influiría también en la benignidad. En sus seis casos no hubo mortalidad alguna. Heinert explicó que la contagiosidad ha disminuído desde la introducción de la asepsia, y últimamente se ven sólo casos benignos que ceden fácilmente. Montero añadió que ha tenido dos casos graves mortales, uno de ellos en una octogenaria. (*An. Soc. Méd.-Quir. Guayas*, 502, eno. 1933.)

## PUERICULTURA

*Tucumán.*—López Pondal analiza la mortalidad infantil en la Provincia de Tucumán, que es una de las del país que tiene mayor mortalidad infantil, aunque en el trienio 1920-1923 reveló mayor descenso que las provincias vecinas, habiendo descendido de 207 a 174, o sea en 33 por 1,000. Como causas de mortalidad, revisten importancia el calor excesivo del verano, la pobreza, promiscuidad e ignorancia acompañada de la falta de asistencia médica, pues en el decenio 1919-1928, 71 por ciento de los muertos menores de un año no fueron vistos por el médico, comparado con 54 por ciento en los muertos de todas edades. Una razón que empeora las cifras es la elevada natalidad, que en el trienio 1919-1923 subió a 41, lo cual es mucho más que en las otras provincias. Las cifras ya han sido mejoradas en la capital por el hospital de la Sociedad de Beneficencia, el consultorio antipalúdico, y el Instituto de Puericultura Alfredo Guzmán, que funcionando bajo el organismo municipal Protección a la Infancia, creado hace tres años, cuenta con cuatro estaciones sanitarias, una gota de leche y asistencia prenatal, y asiste diariamente más o menos 200 niños. Entre 200 niños asistidos en un año por distintas causas, el autor sólo ha tenido dos defunciones, uno por meningitis, y otro distrófico por bronconeumonía. Entre esos 200 menores de 2 años, de los 103 menores de 8 meses 61 por ciento son alimentados al pecho, 31 por ciento con la alimentación mixta, y 8 por ciento con la artificial. En Tucumán es sorprendente el número de parasitados intestinales. Entre 200 niños de los cuales sólo se examinó a los sospechosos, hubo 33 parasitados, 12 de ellos poliparasitados. La amibiasis es frecuente en la primera infancia, habiéndose descubierto 6 casos en el transcurso de 2 años. En el grupo hubo 14 palúdicos, a pesar de ser la época de remisión. Entre 2,500, hubo 4 casos de diabetes infantil y otro sospechoso. Entre ellos no se observó cuadro completo de raquitismo y sí solamente y en escaso número, pequeñas manifestaciones del mismo, casi exclusivamente el rosario costal. No se observó ningún caso de distrofia farinácea, quizás por el poco consumo de harina y abundancia de sol. (López Pondal, M. R.: *VII Reun. Soc. Arg. Pat. Reg.* 129, 1932.)

*Peso del recién nacido en Buenos Aires.*—Entre 10,000 niños nacidos en la Maternidad del Hospital T. de Alvear de Buenos Aires, el peso medio fué de 3,386 gm, comparado con 3,255 gm obtenido por Navarro en una serie anterior. Para los varones fué 3,441 gm, y para las mujeres 3,323. El peso más corriente es de 3,200 gm, y el más frecuente entre 3,000 y 3,500. Hasta los 3,100 gm el número de mujeres es mayor, y a partir de esa cifra, el de varones. El número de niños con peso superior a 4,000 gm ascendió a 754, es decir, 7.54 por ciento; y superiores a 5,000 gm, 32, o sea 0.32 por ciento. Hubo un niño varón de 7,100 gm, y otro que ingresó con 1,100 gm y fué dado de alta en muy buenas condiciones. Deliberadamente se excluyeron de la serie los recién nacidos gemelares y los niños de peso menor de 2,500 gm. (Caravías, D. E.: *Semana Méd.* 608, sbre. 1, 1932.)

*Mortalidad infantil en Bogotá.*—En su informe a la Sociedad de Pediatría de Bogotá, Montaña y Martínez hacen notar que las estadísticas, tanto de la Dirección Municipal de Higiene como de la Oficina de Estadística Municipal y del Centro de Protección Infantil, acusan en los últimos años una mortalidad infantil muy alta con relación a la mortalidad general, que es urgente disminuir. La parte mayor es debida a las afecciones gastrointestinales, las broncopulmonares, la debilidad congénita, la sífilis y la ilegitimidad, de modo que son las causas generales de éstas las que importa combatir. Todas las instituciones, tanto oficiales como particulares, que se ocupen de protección infantil: salas-cunas, gotas de leche y dispensarios, deben tener como misión principal la preventiva, en vez de

meramente curativa. Las direcciones municipal y nacional de higiene deben dictar disposiciones rigurosas y eficaces sobre inspección de aguas, expendios de leche y control de materias alimenticias. También debe solicitarse al Congreso la expedición de una ley especial de protección infantil calcada sobre la ley francesa Roussell, y una sobre ilegitimidad, que proteja a la madre y al hijo, e imponga al padre los deberes de la paternidad y el reconocimiento. (Montaña, E., y Martínez, E.: *Rep. Med. & Cir.* 52, fbro. 1932.)

*Causas de la mortalidad infantil en Bogotá.*—En la ciudad de Bogotá, en el quinquenio 1928-1932 hubo 7,678 muertes infantiles y 2,220 nacidos muertos. Las distintas causas de mortalidad infantil estuvieron representadas así: enfermedades gastrointestinales, 34.37 por ciento; bronconeumonía, 28.97; debilidad congénita, 18.38; sífilis, 4.61; tos ferina, 2.58; influenza, 1.69; meningitis, 1.37; erisipela, 1.31; nefritis, 0.59; tuberculosis, 0.3; y difteria, 0.24 por ciento. De escarlatina y de viruela sólo hubo 2 y 3 muertes, respectivamente, en tanto que no hubo ninguna de sarampión ni parotiditis. En el año 1932 las defunciones de menores de un año llegaron a 1,558 y los nacidos muertos a 483, y en 1931, 1,642 y 437, respectivamente. (*Rev. Hig.* 99, mzo. 1933.)

*Campaña contra la mortalidad infantil en Cuba.*—El Dr. López del Valle, jefe local de sanidad de la Habana, ha creado un nuevo servicio de investigación de la mortalidad infantil, contando con la cooperación de la clase médica. Diariamente se tomará nota de las defunciones de menores de un año, fallecidos a consecuencia de afecciones gastrointestinales, designándose a un inspector médico para que visite las casas e investigue todo lo relativo al curso de la enfermedad, precisando la clase de alimentación, cuidado, etc., que recibiera el niño, a fin de poder hacer una estadística comparada. Para unificar los informes, se ha preparado un impreso en que constarán: edad del niño, clase de alimentación, clase de leche u otro alimento, etc.

*Natalidad, mortinatalidad y mortalidad precoz en Chile.*—A partir de 1850. la natalidad en Chile ha mantenido sus elevadas cifras, las cuales oscilan alrededor de 40 por 1,000. En 1931 hubo una baja brusca a 34.6, cifras ésas sólo observadas en el quinquenio 1885-1889. La mortalidad infantil ha descendido de 300 por 1,000 en el primer decenio del siglo actual a 232 en 1931. Ese mismo año 102.6 por 1,000 murieron antes de cumplir un mes de edad. En 1930, 161 por 1,000 correspondieron a menores de un mes: 58.8 en el primer día, 22.9 de 2 a 4 días, y 20.9 de 5 a 9 días; es decir, que casi las dos terceras partes de los fallecidos menores de un mes murieron antes de llegar a los 10 días. La mortinatalidad también ha aumentado en proporciones alarmantes: de 22.9 por 1,000 en 1900-1904, a 24.5 en 1905-1909, 27.2 en 1910-1914, 25.2 en 1915-1919, 28.3 en 1920-1924, 30.2 en 1925-1929, 33.5 en 1930, y 37.7 en 1931; es decir, un aumento de 15 por 1,000 en ese período. La lucha contra la mortinatalidad y la mortalidad precoz debe intensificarse en Chile. Las estadísticas demuestran que en 1930 sólo para 26.7 por ciento de las inscripciones de los fallecidos menores de un año había certificado médico. El resto fué inscrito de acuerdo con la declaración de dos testigos. Las investigaciones personales del autor demuestran que en 43.7 por ciento de esos casos la causa estampada no corresponde a la verdad. (Calvo Mackenna, L.: *Rev. Chil. Pedr.* 261, jul. 1932.)

De un estudio detenido de las estadísticas de 1912 a 1931, Scroggie deduce que las cifras no reflejan la real mortalidad infantil, ya que las inscripciones de nacimientos no se hacen sino en un porcentaje muy inferior, y sólo últimamente se ha dado mayor importancia a esa obligación. En la mortalidad infantil, la de menores de un mes representa 43 por ciento, y hay que agregar los mortinatos con 3.35 por ciento más. Para completar y mejorar la demografía, precisa la inscripción de todo recién nacido en un plazo inferior al de ahora, o sea 60 días. Débese, además, investigar con más prolijidad la causa de las muertes por inter-

medio de los médicos sanitarios y de las enfermeras. La Dirección de Sanidad debe cooperar con la de estadística, la cual en los últimos años ha hecho una labor próspera y eficiente. Por todos los medios debe combatirse el grave problema de la ilegitimidad, y a ello ayudarán la investigación de la paternidad y la ley de la adopción. También hay que luchar contra la miseria, el alcoholismo y las enfermedades crónicas, como sífilis y tuberculosis. Uno de los puntos más interesantes de la cruzada será elaborar un programa que tienda, por medio de las maternidades, del cuerpo de matronas, de las enfermeras sanitarias, del servicio social, y de los pediatras, a formar una cadena de protección a la embarazada, a la puerpera, al recién nacido, y al menor de un año. Sólo así, estableciendo consultorios maternos, abriendo más camas en las maternidades, prestando mejor atención a las mujeres del pueblo en sus propios hogares, y vigilando después al niño, se puede hacer labor efectiva y real. En Chile, en 1930, los nacidos alcanzaron a 169,395, los partos gemelares a 6,042 (35.7 por 1,000), y los prematuros a 1,125. La edad de los padres no interviene mayor cosa en la mortalidad infantil, pues los hijos de madres de 30 a 34 años tienen una mortalidad media de 20.3 por ciento, de 20 a 24 años 22.5, y de 40 a 44 años 23 por ciento. La edad de los padres revela cifras más o menos parecidas. La alimentación tampoco tiene importancia, pues de los fallecidos 16,028 fueron criados al pecho y tan sólo 948 a biberón. El factor climatológico sólo tiene ligera influencia, pues la mortalidad en 1930 alcanzó en los menores de un mes a 11.4, 9.1 y 11.2 en los meses de junio, julio y agosto (invierno), y en enero, febrero y marzo (verano) a 9.8, 10.2 y 8.6. En lo tocante a causas médicas, hay que hacer notar que los certificados de defunciones no llevan firma de facultativos sino en 27.4 por ciento en los menores de un mes, en los menores de un día sólo en 20.1 por ciento, y en los de dos a nueve días en 23.5 por ciento. De los 5,866 mortinatos no hay sino 2,641 con certificado médico y ninguno con comprobación de autopsia médico-legal. De los nacidos de 1930, 51,248 fueron ilegítimos, o sea uno de cada tres. De los fallecidos en el primer mes, 8 por ciento corresponde a los legítimos y 15.8 por ciento a los ilegítimos, y en los menores de un año las cifras son 17.9 y 32.9 por ciento. De 14,204 niños de paternidad desconocida, fallecen en el primer año de la vida 80.4 por ciento. Los 18 a 20,000 niños que fallecen anualmente en el primer mes de la vida, representan más o menos la tercera parte del aumento anual de la población chilena, habiendo que agregar los que nacen asfixiados y los mortinatos. Mientras la mortalidad neonatal se ha mantenido estacionaria, la mortinatalidad ha aumentado de 27.6 por 1,000 en 1912 a 37.7 en la actualidad. La mortalidad infantil ha descendido de 265 en 1912-16 a 226 en 1927-31, o sea 4 por ciento, comparado con bajas mucho mayores para otros países. (Scroggie V., A.: *Arch. Hosp. Niños R. del Río* 88, jun. 1932.)

*Protección a la infancia en Chile.*—El Patronato Nacional de la Infancia en Chile fué fundado en 1901, hallándose regido por un directorio. El Patronato inició su obra con la fundación de gotas de leche, reformadas en 1924, a fin de fiscalizar mejor la alimentación y enseñar puericultura. Hoy día, cada gota cuenta con este personal: un administrador y una directora *ad honorem*; un médico jefe especializado en pediatría; dos pediatras ayudantes; una visitadora social; una enfermera especializada; un farmacéutico; una matrona; y, además, servicio dental. El local comprende las siguientes salas: dirección, examen médico, visitadora social y archivos, baños, botica, dentista, aplicaciones de luz ultravioleta, y cocina de leche. En cada una atienden a no más de 200 niños. En las gotas, además de la alimentación, realizan una intensa labor de tratamiento de la sífilis congénita, cuyo porcentaje sube a 10. Entre 2,573 lactantes inscritos en 1930, hubo una mortalidad de 7.35 por ciento, lo cual viene a representar la tercera parte de la del país. En 1923, se fundó la Maternidad y Dispensario Madre e Hijo por la Unión Evangélica de Chile, al principio como

simple dispensario, pero desde 1927 también como maternidad. En la misma, el número de partos en 1931 subió a 274 con 11 fallecimientos, y el total de niños atendidos en la clínica de puericultura a 228, o sea 86.6 por ciento de los 263 viables. Otra institución privada es la Sociedad Protectora de la Infancia, fundada en 1894, cuyo asilo tiene capacidad para 700 niños en sus pabellones. La sociedad posee en los alrededores de Santiago un predio en el cual proyecta varias construcciones, donde los niños harán vida de familia y aprenderán oficios diversos. Otro anexo de la Protectora es el Hogar, para los niños que terminan su estada en el asilo. La sociedad tiene también una sección de 40 camas: 20 para cada sexo, donde recibe a los niños que, al hospitalizarse los padres, no tienen con quien quedarse. Entre las instituciones de protección semicerrada, figuran las Cunas de San José y la creche que mantiene la Institución Sweet de Obreras Cristianas, ambas de capacidad muy reducida: 10 a 20 camas, y actualmente de clientela muy escasa, por la situación económica. La institución "Los Nidos" tiene más bien fines educacionales, y su labor consiste en asilar grupos de 20 huerfanitas, dándoles hogar y vida de familia. Las provincias, en general, por falta de recursos y centralización excesiva, se hallan más atrasadas, aunque debe exceptuarse a Valparaíso, Concepción, Temuco y Valdivia. En Valparaíso, se inauguró el Hospital de Niños en forma de policlínico en 1913, y el Hospital mismo en 1916. Hasta 1931, el policlínico atendió a 100,000 niños, y en las salas se recibió a 1,687 en 1930. Todos esos servicios son absolutamente gratuitos. En Concepción, cuentan con un Hospital de Niños fundado en 1915; una Protectora de la Infancia con gota de leche anexa, abierta en 1903; y una gota de leche por el estilo de las de Santiago. El hospital comprende un servicio de cirugía con 40 camas, 34 de medicina interna, y 25 de infecciosos. Durante el año 1931 se atendió a 1,680 enfermos de ambos sexos, con una mortalidad de 1 por ciento. Esa pequeña cifra se debe seguramente a que muchos niños son retirados por los padres ya próximos a la muerte, o graves. La Protectora de la Infancia cuenta con 50 camas para niños de 4 a 14 años, y actualmente atienden allí a 145, que reciben alimentación, vestuario y educación. En la Gota de Leche hay 90 niños inscritos, y en algunos años ha habido hasta 120. En Temuco, hay una gota de leche que atiende a 50 niños de primera infancia, y 10 de segunda. El porcentaje de sífilis congénita no pasa de 7 u 8. Otra institución que desarrolla una intensa labor de protección a la infancia en casi todas las ciudades es la Cruz Roja Chilena, que mantiene numerosos dispensarios, gotas de leche, ollas infantiles, cantinas escolares, consultorios maternos, y hasta hospitales de niños. Posee, además, un Preventorio y Sanatorio para niños tuberculosos en San José de Maipo, otro Preventorio Marítimo en Papudo, y otro en El Belloto, y durante el verano organiza colonias escolares. (Baeza Goñi, A.: *Serv. Soc.* 209, jun.-sbre. 1932.)

*Asistencia a la infancia anormal.*—En Chile, la asistencia privada no cuenta todavía con ninguna institución para protección, rehabilitación o educación de la infancia anormal. El Estado concentra sus esfuerzos en la educación de los retardados mentales en la Escuela Especial de Desarrollo, y los trabajos del Instituto de Sordomudos y Ciegos. En la Escuela de Desarrollo hay un solo grupo unitario, y los niños son menores de 11.5 años. En cada grupo hay de 15 a 20 alumnos y la enseñanza es individualizada. El Instituto de Sordomudos y Ciegos tiene una sección de ciegos y otra de sordomudos, siendo la edad máxima para ingreso 15 años en la primera, y 12 en la segunda. (Flores Muñoz, J.: *Serv. Soc.* 231, jun.-sbre. 1932.)

Este número de *Servicio Social* comprende una porción de trabajos en que se expone minuciosamente la organización de la asistencia privada en Chile.

*Ilegitimidad y mortalidad infantil en el Ecuador.*—En el Ecuador desde 1921 a 1930 la mortalidad infantil ha descendido de 222 a 142 por 1,000. El promedio para

ese período fué de 169.25. En Quito promedió 220 de 1918 a 1927. En 1929 fué de 179 y en 1930 de 196, comparado con 205 y 180 en Guayaquil. En el Ecuador, las causas principales de mortalidad infantil son: primero, falta de cuidados; segundo, factores alimenticios; y tercero, enfermedades del aparato respiratorio. La ilegitimidad revela una curva más o menos creciente: de 32.38 en 1917 a 33.5 por ciento en 1930, promediando 34.9 para ese período. En 1930 la ilegitimidad varió de 11.6 en la Provincia de Chimborazo a 82.8 en Los Ríos. La proporción es de 35 y 37.5 para Quito en 1929 y 1930, comparado con 54.3 y 52.8 para Guayaquil. Bastidas recomienda que la legislación acepte ampliamente el derecho de investigación de la paternidad, y que los padres naturales tengan los mismos deberes para con los hijos ilegítimos que los legítimos, participando unos y otros por igual en la herencia. Por último, aconseja la creación de la Oficina Nacional del Niño como organismo técnico que vigile todo lo relacionado con el problema. (Bastidas, A. J.: *An. Univ. Central* 455, ab.-jun. 1932.)

*El Salvador.*—Para Aguilar, la mortalidad infantil en El Salvador constituye una verdadera desgracia. De nada sirve la fecundidad de la mujer salvadoreña, si de cada 10 hijos mueren de cinco a siete, es decir, de 50 a 70 por ciento, antes de cumplir 5 años. Hace unos 25 años, calculábase que el número de habitantes de la República sería de millón y medio, pero en 1930, al hacer el censo, no llegó a tal cifra, de modo que en un cuarto de siglo no ha habido aumento, contra todas las leyes biológicas. Al analizar las causas, aparece en primer lugar la mortalidad infantil, debida en gran parte a las pésimas condiciones higiénicas. En la lucha proinfancia, debe atenderse en primer lugar a los siguientes puntos: higiene prenatal, premadurez y mortinatalidad, recién nacidos, párvulos, y niños, incluso escolares. Debe comenzarse por conocer el número aproximado de gestantes en la República, cuántas sobreviven y cuántas mueren del parto, causas de esto, etc. En cada comunidad se necesita un número suficiente de personas debidamente instruidas, para que enseñen a las embarazadas y les suministren los útiles necesarios para el parto, y, atendíéndolas, eviten las infecciones del cordón umbilical y de otros órganos de los niños. En la mortinatalidad figura la sífilis como causa sobresaliente, y en el Laboratorio de la Dirección General de Sanidad se descubrió un 25 por ciento de sífilíticos en los exámenes realizados. Los presupuestos nacionales deben dedicar grandes sumas al mejoramiento sanitario del país. Un millón de colones anuales por muchos años, precisa para obtener una raza sana y apta para el trabajo. (Aguilar, S. G.: *Salv. Méd.* 28, ago. 1932.)

*Propaganda escolar.*—La Dirección General de Sanidad de la República de El Salvador se ha dirigido a la Subsecretaría de Instrucción Pública solicitando su colaboración en una propaganda intensificada de higiene escolar, con mira, sobre todo, a crear la conciencia sanitaria entre los alumnos. Con ese objeto, se enviarán a los profesores hojas periódicas de propaganda, que podrán servirles en sus explicaciones. (*Diario del Salvador*, ago. 15, 1932.)

*Mortalidad infantil en los Estados Unidos.*—En un folleto de 28 páginas, la Asociación Americana de Higiene Infantil publica las estadísticas de mortalidad infantil en las 892 principales ciudades de los Estados Unidos en 1931. Entre las poblaciones de más de 250,000 habitantes, el mínimo correspondió a Portland, Estado de Oregon, con 36, y el máximo a Menfis, Tennessee, con 103; de 100 a 250,000, Long Beach, California, con 31, y Chattanooga, Tennessee, con 90; 50 a 100,000, Glendale, California, 19, y Charleston, West Virginia, 119. Entre las ciudades de menos población, las de University City, Missouri, Shorewood, Wisconsin, y Burlingame, California, no tuvieron defunciones de menores de un año. (Statistical Rep. Inf. Mortality for 1931.)

En los últimos 20 años, la mortalidad infantil en la Ciudad de Nueva York ha disminuído de 107 por mil en el quinquenio 1910-1914, a 59 en 1927-1931. Entre los negros, la disminución ha sido de 209 a 104; en otras palabras, las medidas

tomadas manifestaron la misma eficacia entre los negros que en el resto de la población. A pesar de eso, es un hecho que la mortalidad infantil en los negros es casi el doble que en la población en conjunto, pues en 1931 fué de 102 y 56, respectivamente. Otro tanto sucede con la mortalidad puerperal, que llegó en esa raza a 13 por 1,000 en 1931, comparado con 6 para la población general. En contraposición a la mortalidad infantil, la puerperal no ha revelado baja alguna desde 1915, sino más bien aumento. Al analizar la mortalidad infantil, se observa que la tuberculosis causa un número subido de muertes en los negros, o sea cuatro veces más que en la ciudad en conjunto. (Anón.: *Wkly. Bull.*, N.Y.C. Dept. Health, jul. 30, 1932.)

En un análisis de 6,245 muertes de menores de un año en la Ciudad de Nueva York en 1931, la causa principal de la mortalidad infantil resultó ser el parto prematuro con 1,617 muertes. Vienen después las infecciones respiratorias, y si se agregan al grupo las bronquitis y las varias neumonías, suben a 1,527, o sea casi 25 por ciento del total; y agregando otras infecciones del aparato respiratorio, como tos ferina, sarampión e influenza, el total asciende a 1,741. Es difícil ver cómo pueden impedirse esas muertes, salvo por el mayor cuidado de los padres en proteger a sus hijos contra la infección. Después de las causas anteriores, vienen las siguientes: diarrea-enteritis, 506; traumatismo obstétrico, 449; vicios de conformación y debilidad congénita, 446; atelectasia, 336; sífilis, 81; y otras afecciones de la primera infancia, 223. La mortalidad sífilítica hubiera podido ser completamente impedida, demostrando la necesidad de practicar la Wassermann en todas las madres en ciernes, para tratar sin tardanza a las infectadas. (Anón.: *Wkly. Bull.*, N.Y.C. Dept. Health, nbre. 26, 1932.)

*Mortalidad infantil en México.*—En la República de México, de 1922 a 1930 se logró disminuir la mortalidad infantil de 223.1 a 131.1, o sea en 92 por 1,000; y en el Distrito Federal de 699 (!) a 152.8, o sea en 546 por 1,000; lo cual representa una ganancia media anual de 1 y 6.1 por ciento, respectivamente. En 1931, la mortalidad infantil en la Ciudad de México fué de 150. Entre 10,363 casos atendidos en los centros de higiene infantil de México, la mortalidad sólo fué de 48 por 1,000, correspondiendo 13 al aparato digestivo y 15 al respiratorio. (De A. Benavidez, F.: *Rev. Mex. Puer.*, 78, nbre. 1932.)

*Eugenesia en México.*—Carrillo hace notar la infinidad de razas que constituyen actualmente la población de la República de México. Los mestizos o mexicanos actuales forman más del 50 por ciento, los indios 30, los españoles 15, los negros 1 por ciento, y otras nacionalidades europeas y asiáticas el resto. Los aztecas o mexicanos ocupan los Estados del centro y el Valle de México. De todas las razas indígenas, se distinguieron por su cultura los aztecas, mayas, mixtecos, zapotecos, y tehuanos. El entrecruzamiento de todas esas razas ha dado lugar a una multitud de tipos: el mestizo, mezcla del español con el indio; el mulato; el castizo, cuarterón, etc. Visto ese mosaico étnico, el eugenista necesita, desde luego, conocer todos los caracteres antropométricos y funciones biológicas de las distintas razas. Si se quiere mejorar la raza mexicana, la Sociedad Eugénica debe emprender la resolución de esos problemas, por difíciles que parezcan. Razas, herencia e inmigración son los tres factores dominantes. En México, como en otros países americanos, la inmigración se hizo sin límite, y han entrado en el país millares de individuos que no sólo se diferencian por sus caracteres somáticos, sino que algunos padecen de taras indeseables. México, como el Brasil, viene a ser un gran laboratorio de diversos elementos. En los Estados Unidos, una investigación reveló que el desarrollo de la raza mezclada, expresado en estatura, era superior al de la raza blanca y de la india. La fertilidad de la mujer de sangre mezclada también es mayor, y el número de los hijos sobrevivientes superior, lo cual indicaría mayor vigor en los mestizos. Boas ha observado el mismo fenó-

meno en Puerto Rico, y en México se ha notado una superioridad semejante en talla. México, con una superficie de unos dos millones de kilómetros cuadrados y una población de siete a ocho habitantes por kilómetro cuadrado, tiene cabida para quintuplicar su población; pero no todas las regiones son igualmente favorables. México ocupa uno de los primeros lugares entre los países civilizados, en lo que respecta a natalidad. Desde el punto de vista económico-social, no es una necesidad actual para México favorecer la inmigración. Admitido que la raza blanca, y especialmente la nórdica de Europa, es la que posee los valores más altos de la escala de Galton, debe dársele la preferencia en la inmigración; pero hay que estudiar cuáles son los elementos que deben rechazarse. (Carrillo, R.: *Rev. Mex. Puer.*, 1, nbre. 1932.)

*Reserva alcalina en niños sanos de México.*—Soto estudió la reserva alcalina en 136 niños, 77 varones y 59 mujeres, de la Casa Cuna de México. El sexo manifestó muy poca influencia. Con respecto a edad, en menores de 3 años es donde se encuentran las oscilaciones máximas de la reserva alcalina. De 4 a 8 años hay menos oscilaciones. El promedio es de 52.5 volúmenes de CO<sub>2</sub> por ciento, variando de 43 a 62. En investigaciones anteriores, la Srta. E. Cruz había obtenido una media de 46.9 y Peña y de la Peña, de 58.3. (Soto, R. A.: *Rev. Mex. Puer.*, 474, sbre. 1932.)

*Escolares peruanos.*—Yori estudió los datos antropométricos, anamnésicos, físicos y psíquicos en 134 escolares peruanos de 7 a 17 años. Un 55.22 por ciento resultaron desnutridos; 22.4 por ciento acusaron signos de bronquitis y 2.98 de condensación; 4.54 por ciento manifestaron ligera hipertrofia cardiaca y 3.03 trastornos de los ruidos cardiacos; y 14.9 por ciento padecían de estreñimiento. La dentadura sólo fué buena en 20.9 por ciento, manifestando los demás defectos, que en 10.4 por ciento eran muy marcados. Un 70.15 por ciento acusaron ganglios hipertrofiados; 50.75 por ciento amígdalas hipertrofiadas; y 14.9 por ciento hipertrofiadas e infectadas. De 57 niños, seis acusaron una inteligencia superior, 39 normal, nueve estaban retrasados, y tres ocupaban la línea fronteriza de la normalidad. Había taras patológicas en 33.3 por ciento de los superiores, 61.53 de los normales, 66.6 de los retrasados, y 100 por ciento de los fronterizos. El autor recalca la necesidad de una inspección médico-escolar bien organizada. Actualmente, ésta consta de un médico jefe y tres auxiliares, para cerca de 40,000 escolares. (Yori, C. M.: *Crónica Méd.*, 5, eno. 1933.)

*Mortalidad infantil en Puerto Rico.*—En su minucioso estudio de la elevada mortalidad infantil en Puerto Rico, Fernós Isern y Rodríguez Pastor hacen notar que las familias son grandes, los casamientos tempranos, y la densidad de la población marcada, de todo lo cual se resiente el problema. Mayor la mortalidad infantil en las ciudades de la costa, y en el occidente, que en el resto de la isla, aumenta en relación directa al hacinamiento y, por lo tanto, más en los centros urbanos. Más notable en los negros y en los varones, es mucho mayor entre los niños ilegítimos, y en particular en los de uno a seis meses. Principales causas directas son las afecciones gastrointestinales, y en particular la diarrea-enteritis que ocasiona 31 por ciento del total. Vienen luego las afecciones llamadas de la primera infancia, figurando entre ellas en primer lugar la debilidad congénita, en la que intervienen muchos factores. Las afecciones del aparato respiratorio constituyen el tercer grupo de causas directas, y el factor etiológico más importante parece ser el contagio directo de los lactantes desnutridos. El cuarto grupo está constituido por las afecciones endémicas, epidémicas e infecciosas, destacándose el paludismo y el tétano. Como medios más eficaces de lucha, recomiéndanse: clínicas para madres y niños; maternidades y hospitales de niños; casas cunas para las madres que trabajan; gotas de leche; campañas educativas entre las mujeres y las niñas de escuela; vigilancia

de las parteras; y distribución de material profiláctico para curas umbilicales. En 1928-29, la mortalidad infantil subió a 191 en los varones y 168 en las mujeres; la correspondiente al primer mes en 1924-25 representó 29 por ciento; y en 1923-1928 las varias causas revelaron estos promedios: afecciones del aparato digestivo, 49 por 1,000 nacimientos; enfermedades de la primera infancia, 31; aparato respiratorio, 28; enfermedades epidémicas, endémicas e infecciosas, 21; vicios de conformación, 2; y otras causas, 17. (Fernós Isern, A., y Rodríguez Pastor, J.: *P.R. Jour. Pub. Health & Trop. Med.*, 151, dbre. 1930.)

*Higiene escolar en Venezuela.*—En Venezuela ha recibido muy solícitos cuidados la higiene escolar. La quinización de los escolares en las comarcas palúdicas es práctica corriente en la época más propicia, lográndose así asistencia escolar más regular y mejor marcha de los planteles. Se ha ofrecido al Ministerio de Salubridad y de Agricultura y Cría la colaboración de las Inspectorías Técnicas para cualquier labor sanitaria, facilitando así los exámenes de heces y sangre de los escolares. Estas prácticas de higiene y sanidad pública van a tener un efecto docente de subidos alcances, si se tiene en cuenta su inmediata aplicación y propaganda por las Legiones Sanitarias Escolares. (Memoria del Despacho de Instrucción Pública, 1931, apud *Gac. Méd. Caracas*, 238, agto. 15, 1932.)

*Ilegitimidad en las Filipinas.*—En las 10 provincias cristianas de las Filipinas, el porcentaje de ilegitimidad sube a 4.48, variando de 0.87 a 11.02. En la ciudad de Manila la cifra en 1927 fué de 5.72. El autor recomienda una ley liberal para la protección de los hijos naturales y de las madres, con observación de éstas, a fin de librarlas de un percance semejante en el futuro. (Padua, R. G.: *Mo. Bull. Philipp. Health Serv.* 712, dbre. 1932.)

*Programa eugénico.*—En su trabajo presentado al III Congreso Internacional de Eugenesia, Kehl ofrece el siguiente programa de trabajo: propagar las ventajas del casamiento dentro de la misma raza y clase y, en cuanto sea posible, dentro de la profesión paterna o vocación predominante en la familia; sindicalismo, o sea unión de clases con propósitos nobles de defensa y progreso; seguros, especialmente de paternidad y de maternidad; dotación o bolsas matrimoniales para cuantos se revelen como valores exponenciales en los cursos superiores, normales y profesionales; concursos de eugenesia para adultos, con premios equivalentes a preferencia para cargos de responsabilidad; impuesto indirecto sobre los célibes; condiciones especiales en lo tocante al servicio militar para los superdotados; establecimiento del examen prenupcial y esterilización de los incapaces; aplazamiento de la unión de los débiles y mediocres, demorando la edad y exigiendo un salario mínimo; instituciones especiales para la protección de los huérfanos de los tipos superiores; bolsas nacionales para los hijos sanos de intelectuales y artistas; impuestos moderados sobre las familias sanas y productivas; impuestos crecidos para las grandes fortunas y herencias; seguros del Estado para los jefes de familias numerosas y sanas; subsidios mensuales para los bien dotados al cumplirse el quinto aniversario del tercer hijo; impuesto sobre la herencia inversamente proporcional al número de hijos; nuevo sistema de empadronamiento, a fin de facilitar la genealogía de la familia; propagación de la vuelta al campo, que debe hacerse más atractivo; lucha contra los latifundios; y activa campaña de educación para el cultivo de la conciencia eugénica. (Kehl, R.: *Gac. Méd. Española*, reimpresso del No. 75.)

*Mortalidad infantil y vivienda.*—Un estudio comparativo entre los fallecidos menores de un año y la categoría de la vivienda que habitaban, demuestra que el mayor número de defunciones con respecto a nacimientos, lo arroja el conventillo con un 44.7 por ciento para 1930 y 40.4 para 1931; siguen después los citées con 36.9 y 35.6; y, por fin, la casa-habitación con 24.8 y 26.2 por ciento. En la maternidad y hospitales hubo en 1931, 2,007 defunciones de menores de un año entre 25,737 nacimientos; pero no es posible establecer coeficientes, ya que los

nacidos abandonan a los pocos días esos establecimientos. (Anón.: *Estad. Chil.* 223, jun. bis, 1932.)

*Ración alimenticia del niño mexicano.*—Vergara y Zapata Hernández, en un detenido estudio, presentan datos que deben tenerse en cuenta para resolver el problema alimenticio del niño, las diluciones a que puede administrarse la leche de vaca durante los seis primeros meses de vida, una serie de regímenes alimenticios para los restantes seis meses del primer año, y, al terminar, recalcan que la elección de las raciones debe quedar al juicio del médico, guiándose por las necesidades fisiológicas del niño. (Vergara E., A., y Zapata Hernández, P.: *Rev. Mex. Puer.* 50, nbre. 1932.)

*Queratomalacia en niños atrépsicos en México.*—Malabehar Peña afirma que de 1917 a 1925 y después, observó numerosos casos de queratomalacia en menores de un año en el Hospital de la Luz y el Béistegui de México, los cuales le permiten afirmar que el mal se presenta con relativa frecuencia en México, no sólo en su forma clásica, sino en las llamadas frustras. El tratamiento debe ser profiláctico, es decir, debe irse al encuentro de las lesiones antes de que aparezcan. (Malabehar Peña, C.: *Rev. Mex. Puer.*, 22, nbre. 1932.)

*Leche hipergrasosa.*—Desde 1921, Gaing ha empleado continuamente y con éxito muy satisfactorio, la leche ácida hipergrasosa en la primera infancia. El total de casos se eleva a 570. Describe ahora 160 casos alimentados así únicamente, y observados por lo menos un mes. Para él, dicha leche no es un alimento transitorio y de excepción, sino normal, único y duradero, sobre todo en el primer semestre de la vida. La acidez puede variar entre 30 y 40° Soxhlet-Henkel, y la manteca entre 50 y 80 gm por 1,000 cc. Cada litro contiene 1,000 calorías, incluyendo 5 por ciento de azúcar. Para el engrasamiento agréganse 60 gm de crema a cada litro, y para la acidez se deja coagular espontáneamente la leche. (Gaing, E.: *Semana Méd.* 1518, nbre. 24, 1932.)

*Alimentación complementaria.*—Dwyer y Neff observaron la ingestión alimenticia y aumento de peso en un grupo de unos 900 lactantes normales, 450 de los cuales fueron alimentados exclusivamente a pecho, 256 con una cantidad limitada de alimento artificial si la leche de pecho no parecía suficiente, y recibiendo el resto comidas complementarias al menor signo de hambre o de aumento insuficiente de peso. Las criaturas que recibieron comidas complementarias recobraron por lo común su peso de nacimiento más rápidamente que las amamantadas; 32 por ciento de los amamantados y 68 por ciento de los que recibieron además comidas complementarias, lo recobraron para el décimo día o antes. Cuando el alimento complementario se gradúa cuidadosamente midiendo la ingestión de leche de pecho, y no se suministra si la última parece suficiente, la secreción mamaria no experimenta ningún influjo adverso; por el contrario, si se administra antes de vaciar los pechos, disminuye la secreción y el destete es más temprano. Los niños de peso medio (3.175 kg) que aumentaron satisfactoriamente, recibieron al terminar su primera semana de vida unos 500 cc diarios de leche, o sea unas 115 calorías por kilogramo de peso. (Dwyer, H. L., y Neff, F. C.: *Jour. Am. Med. Assn.* 463, agto. 6, 1932.)

*Adición de vitamina D a la leche.*—Al discutir la posible adición de vitamina D concentrada a la leche, Zucker declara que la sencillez del procedimiento ofrece bastante seguridad de que pueden evitarse errores al emplearlo en una lechería. Como número de unidades de vitamina D por litro, propone tentativamente la adición de 150, que vienen a representar unas tres cucharaditas de aceite de hígado de bacalao. Esa dosis no parece entrañar peligro de ningún género, según demuestran los experimentos en varias especies de animales y el hombre. Con respecto a análisis de laboratorio, podría designarse en cada región un establecimiento encargado de ello, al cual los funcionarios correspondientes enviarían muestras. (Zucker, T. F.: *Am. Jour. Pub. Health* 10, eno. 1933.)

*Signo roentgenológico de muerte fetal.*—Basándose en los roentgenogramas de 176 casos de embarazo, en que la edad fetal variaba de tres meses y 11 días a más allá del término, y 14 de muerte fetal, Schnitker y colaboradores deducen que la sobreposición de los huesos craneales constituye prueba bastante fidedigna de que el feto ha muerto, con tal que la madre no esté de parto y se haya tenido cuidado de excluir la seudobreposición debida a suturas y fontanelas. La falta de sobreposición significa muy poco, y la angulación raquídea y el aplastamiento torácico son de valor dudoso. Hay que mostrar reserva en el diagnóstico de la descalcificación, pues pueden intervenir otros factores aparte de la muerte fetal. Los datos antropométricos de Scammon y Calkins permiten hacer deducciones bastante exactas con respecto a la edad del feto, si se conoce el diámetro occipitofrontal. La desproporción entre la edad y la supuesta duración de la gestación, constituye un guía útil, y la fetometría exacta con el método estereoroentgenográfico debe aumentar su exactitud. La falta de cualquiera de los signos anteriores no excluye la posibilidad de la muerte fetal, pues ésta depende del grado de maceración. La prueba roentgenográfica de movilidad de un órgano, constituye prueba terminante de vida. (Schnitker, M. A., Hodges, P. C., y Whitacre, F. E.: *Am. Jour. Roent. & Rad. Ther.*, 349; sbre. 1932.)

*Variaciones estacionales en el peso infantil.*—En un estudio realizado en Hagerstown, Maryland, E.U.A., de unos 2,500 escolares blancos, se hicieron pesadas mensuales por un período de cuatro años y medio, observándose un aumento máximo de peso en el otoño, intermedio en el invierno y mínimo en la primavera y verano. El mismo fenómeno tuvo lugar en ambos sexos y a todas las edades de los seis hasta los 14 años. En el sexto y séptimo año no hay mayor diferencia entre niños y niñas; pero en el octavo y noveno, el crecimiento es al parecer mayor en los primeros. En la primavera del décimo año, las niñas se adelantan y continúan así hasta los 14 años, en que los niños toman de nuevo la delantera. La aceleración adolescente en las niñas es, al parecer, más pronunciada en la primavera y verano, y en los varones en el otoño y principios del invierno. (Palmer, C. E.: *Pub. Health Rep.*, 211, mzo. 3, 1933.)

*Infanticidio en Francia.*—Según las cifras del Ministerio de Justicia, el delito de infanticidio es más frecuente hoy día en Francia a una edad menos avanzada que hace 50 años. Entre los acusados figura un hombre por cada 15 mujeres. Un 75 por ciento de los infanticidios corresponden a la población rural. Repartidos por profesiones, corresponden a la agricultura 50 por ciento, a los domésticos 20, y a la industria 18 por ciento. (Apud: *Progr. Méd.*, 1502, agto. 27, 1932.)

*Carteles de higiene infantil en España.*—La Dirección General de Sanidad de España ha distribuido, con fines de divulgación sanitaria, siete carteles que contienen lemas como éstos: "La madre sana comunica a sus hijos la alegría de vivir," "Uno de los muchos peligros de la lactancia es el biberón," "Toda madre tiene el deber de amamantar a sus hijos," etc. Cada cartel contiene una ilustración gráfica. La Sección de Higiene Infantil de la Dirección General ha editado también un folleto acerca del influjo del verano sobre la frecuencia y gravedad de las diarreas infantiles. Igualmente, envía a las futuras madres que las pidan, cartas en que se exponen reglas y consejos sobre higiene materna e infantil.

*Los grupos sanguíneos y la paternidad.*—Thomsen hace notar que hay que distinguir las dos modificaciones del tipo A ( $A_1$  y  $A_2$ ), pues en ciertos casos cabe así excluir una paternidad, lo cual sería imposible de otro modo. Como el  $A_1$  domina sobre el  $A_2$ , el último puede quedar encubierto, lo cual nunca sucede con el primero. Siempre que la exclusión de la paternidad dependa de un receptor latente  $A_2$ , cuyos casos forman como 6 por ciento del total en que se clasifican los grupos sanguíneos, debe concederse al resultado mucho menos valor que cuando se trata de los receptores  $A_1$  y B, más estables. (Thomsen, O.: *Ugskr. Laeg.*, 615, jun. 16, 1932.)

*Oclusión precoz de la fontanela.*—El estudio de Garrahan y sus colaboradores indica que más del 10 por ciento de los lactantes argentinos ocluyen la fontanela antes de cumplir un año. El fenómeno no se debe, pues, exclusivamente a la microcefalia. También puede producirse en niños con raquitismo leve. Aun no se ha determinado la importancia semiológica de la fontanela extraordinariamente pequeña en los primeros meses, y del cierre precoz de la misma. Es probable que la época fisiológica del cierre en los niños completamente normales sea, a menudo, más precoz que la establecida en los tratados. De 53 casos observados por los autores con oclusión precoz, 14 tenían signos, casi siempre leves, de raquitismo. Los autores observaron alguna vez fontanelas pequeñas en niños endebles y mal nutridos, pero más frecuentemente en lactantes de peso superior al normal. (Garrahan, J. P., Thomas, G. F., y Muzio, E.: *Semana Méd.* 1336, ab. 20, 1933.)

*Enfermedad celiaca.*—Haas afirma que en la enfermedad celiaca hay una tendencia constitucional y una flora intestinal característica. Al parecer, existen absorción y asimilación defectuosas de los hidratos de carbono y las grasas. Las últimas revisten importancia secundaria, pues si mejora la ingestión hidrocarbonada, seguirá la tolerancia a las grasas. Una curva deprimida para la glucemia, quizás sea patognomónica. El tratamiento de la enfermedad exige un régimen rico en proteínas, teniendo por base la leche albuminosa, a lo cual se agregan hidratos de carbono en forma de bananos maduros, en estado natural y en polvo; otras frutas y algunas verduras son toleradas hasta cierto punto. El banano contiene todas las vitaminas menos la D, hidroliza el almidón, transforma la flora intestinal y produce heces alcalinas y sin almidón. Hay que emplear la vitamina D en forma concentrada y no de aceite de hígado de bacalao, y que administrar algún hierro para la anemia. El pronóstico con ese tratamiento es magnífico, y los enfermitos alcanzan su talla normal y pueden consumir un régimen normal. Las recidivas que no proceden de una infección aguda, se deben siempre a suministrarse algún hidrato de carbono distinto del de bananos o, rara vez, una grasa intolerada. La casuística del autor comprende 75 fichas. Haas cita de la literatura varios casos de frecuencia familiar y de su serie 6, incluso en uno 5 pares de primos hermanos. (Haas, S. V.: *Jour. Am. Med. Assn.* 448, agto. 6, 1932.)

González Álvarez describe tres casos de enfermedad celiaca observados en niños de 14 meses a cuatro años de edad. (González Álvarez, F.: *Arch. Arg. Pedr.* 440, jul. 1932.)

Cibils Aguirre, Villa y Tetes comunicaron un caso en una niña dos años y medio de edad. En la discusión, Velasco Blanco hizo notar que la enfermedad celiaca es frecuente en Argentina. En un caso fracasó la bananoterapia y dieron resultado el Casec y los hidratos de carbono. En un caso de Filippi el enfermo sólo toleraba leche albuminosa, tomate y naranja. Bazán agregó que la antigua dispepsia de la segunda infancia tal vez no sea otra cosa que la enfermedad celiaca. Para él, además del factor psíquico, debe existir otro constitucional. Para Elizalde y Cibils Aguirre, el factor dietético reviste importancia secundaria. (Cibils Aguirre, R., Villa, L. A., y Tetes, R.: *Ibid.*, 458.)

Refiriéndose a dos casos que tiene en estudio en el Hospital de Niños de Buenos Aires, Segers se pregunta si la enfermedad celiaca constituye probablemente un síndrome de disfunción hipofisaria. Para determinar el punto, propone un diagnóstico preciso de la afección, con su semiología, y estudio bioquímico; determinación de las causas de orden general, sífilis, tuberculosis y otras diserciasias, con su tratamiento; y empleo de la opoterapia a base de hipófisis total y demás hormonas agregadas, más un régimen alimenticio adecuado. (Segers, A.: *Arch. Arg. Ped.* 37, eno. 1933.)

Comentando una declaración que hiciera en 1929 acerca de la rareza de la enfermedad celiaca en el Uruguay, Burghi hace notar que desde entonces ha observado nueve casos perfectamente comprobados; es decir, que no cabe declarar que el mal sea raro allí. (La enfermedad fué descrita por primera vez por Samuel J. Gee en 1888, aunque ya antes se habían relatado casos. Herter, en 1908, volvió a referirse a ella. En 1909, Heubner publicó unos 10 casos. En Francia, los primeros casos fueron publicados por Rohmer en 1927. Schaap, de Amsterdam, hasta 1926 había encontrado 70 casos en la literatura médica inglesa y 17 en la estadounidense; mientras que Still, cuyo nombre se da a veces a la enfermedad, entre 14,800 enfermos menores de 12 años no encontró más que 17. El nombre de enfermedad celiaca le fué dado a la dolencia por Gee, aunque desde entonces ha recibido otros, como infantilismo intestinal.) (Burghi, S. E.: *Arch. de Ped. Urug.* 457, nbre. 1932.)

*Eritema infeccioso en el Perú.*—Carbajal y Bazul describen una epidemia de 20 casos en niños de tres a seis años, en la Cuna de los Naranjos de Lima, que, para ellos, era eritema infeccioso o quinta enfermedad. En la cuna llaman a la enfermedad "chapas." El mal ataca a los miembros de la misma familia o de la misma escuela, en forma de pequeñas epidemias con poca tendencia a difundirse, pero los autores han observado alguno que otro caso fuera de la cuna. En el diagnóstico, hay que recordar las particularidades del exantema y su predilección por los carrillos, en los que produce placas características. Del sarampión se diferencia por faltar el período febril, los síntomas catarrales, y el signo de Koplik; y de la rubeola, por la forma y localización del exantema; y en los casos dudosos, puede distinguirse por la linfocitosis con eosinofilia. (Carbajal, G., y Bazul, V. M.: *Crón. Méd.* 312, nbre. 1932.)

*Diagnóstico de la hemofilia.*—Kugelmass declara que el índice normal de la función coaguladora es de 0.5, y el hemofílico menos de 0.05. Esa baja cifra es patognomónica. El índice asciende marcadamente después de la transfusión, pero por no más de 48 horas. Esta no modifica la coagulación en los hemofílicos si hay manifestaciones articulares. La dietoterapia no modifica la coagulación en la hemofilia. Los hemofílicos revelan falta de la hormona sexofemenina. La ovarioterapia, y la teelina y otros productos de los órganos femeninos de la reproducción inyectados a los hemofílicos, no alteran el mecanismo coagulador. El suero, ya inyectado o aplicado localmente, no cohibe la hemorragia en la hemofilia o menos que sea fresco en trombina. En cambio, en los no hemofílicos, las hemorragias ceden fácilmente a cualquier suero y a la dietoproteoterapia. (Kugelmass, I. N.: *Am. Jour. Dis. Child.* 50, jul. 1932.)

---

#### RECTIFICACIÓN \*

*Fiebre ondulante en México.*—Refiriéndose a los casos de fiebre ondulante comunicados en México por Placeres, Ocaranza, Varela y él mismo en 1925, Cervera describe dos casos más en los cuales atribuye la infección a *las cabras*. Según él, la melitococia no es tan excepcional en México como antes se creía. En uno de sus casos hubo identidad entre los gérmenes procedentes de Lima, Perú, y los aislados en México. En la enfermedad suelen observarse linfocitosis, mononucleosis, inversión nuclear y desviación a la izquierda de la imagen de Arneht. (Cervera, Ernesto: *Bol. Inst. Hig. Dpto. Sal. Páb.*, mzo. 1932.)

---

\* Por haber aparecido con un error este sumario en nuestro número de junio, 1933, p. 626, es reproducido ahora corregido.