

# CRÓNICAS

## PUERICULTURA

*Buenos Aires.*—Kreutzer estudió varios datos demográficos y sobre frecuencia de estados distróficos entre 2,000 historias clínicas del Instituto de Puericultura No. 3 de Buenos Aires, en el período 1922-30. Las madres sumaron 2,000, los embarazos 5,478, los embarazos gemelares 46, los abortos 595, los nacidos muertos 114, y los nacidos vivos 4,782. El porcentaje de 10.9 para abortos, fué muy semejante al dado por Monod para París; el de nacidos muertos, 2.09, fué semejante al de otros autores; y la relación con nacidos vivos muy semejante a la estadística municipal de Buenos Aires. Los embarazos gemelares representaron 0.84 por ciento; un embarazo fué triple. De los 46 gemelares vivieron ambos niños en 50 por ciento, murieron los dos en 26.1, y murió uno solo en 23.9 por ciento. Estudiando 2,769 niños, la mortalidad infantil fué de 114.8 por 1,000, es decir, muy superior al promedio de la ciudad, que no pasó de 80. Las causas de la mortalidad infantil se descomponen así: debilidad congénita, 22.3 por ciento; diarreas, 27.75; afecciones pulmonares, 19.48; y varias, 31.44 por ciento. La cifra de las diarreas es superior a la municipal. La mortalidad de uno a dos años representó 31 por 1,000, y la de dos años a edad escolar, 20.2. Sobre 2,000 niños investigados, en 153 se hizo el diagnóstico de atrofia, es decir, que 7.65 por ciento de los que concurren por primera vez presentaban un desarrollo pésimo. La atrofia aparece raramente en el niño amamantado (6.25 por ciento); pero cuando aparece, débese a factores infecciosos o diatéticos, y el pronóstico es grave. Los casos de atrofia con alimentación mixta forman 42.7 por ciento del total, pero en ese grupo la mortalidad no pasa de 9.75 por ciento. Los casos de alimentación artificial comprenden el resto, 51.04 por ciento, llegando a la mortalidad en ese grupo a 60 por ciento. De los 2,000 niños, sólo en 12 (0.6 por ciento) fué la sífilis segura, y 60 (3 por ciento) fueron clasificados como débiles congénitos. En conjunto, los niños atróficos, heredosifilíticos, prematuros, débiles y gemelos sumaron 254 (12.7 por ciento del total). De éstos se estudiaron 187, dando una mortalidad de 25.1, y evolución desfavorable de 32.6 por ciento. El resultado desfavorable fué de 48.6 por ciento en los amamantados, 58.7 en los de alimentación mixta, y 63.9 en los alimentados artificialmente. (Kreutzer, R.: *Semana Méd.*, 1217, ab. 25, 1935.)

*Estudio en una maternidad argentina.*—Resumiendo los datos del decenio 1923-32 de la maternidad del Hospital Pirovano de Buenos Aires, en lo relativo a mortinatalidad y mortineonatalidad, Carreño y colaboradores hacen notar que en la compilación de estadísticas se tropieza con las dificultades de costumbre, o sean que sólo se ha hecho diagnóstico clínico o autóptico, o no se ha realizado autopsia del niño, o se han incorporado en un rubro mortalidad prenatal, intrapartum y postnatal inmediata. En un total de 736 mortinatos sólo pudo establecerse el diagnóstico de sífilis en 16 por ciento. Al período prenatal correspondieron 217 muertes, comparado con 275 durante el parto, correspondiendo a las complicaciones de éste 37 por ciento del total, comparado con la cifra de 38 por ciento ofrecida por Aráoz Alfaro. Entre los 11,051 recién nacidos del decenio, 1,092 fueron prematuros, 878 nacieron vivos, 140 fueron mortinatos, y murieron precozmente 159. El total, pues, de mortinatalidad y mortineonatalidad fué de 27.4 por ciento. De los 1,092 prematuros, en 67.6 por ciento no se pudo establecer la causa de la premadurez, en 4.6 por ciento hubo lúes confirmada,

en 6.29 probable, en 9.72 gemelismo, placenta previa en 2.56, y nefritis y endometritis en 1.18 y 1.08 por ciento, respectivamente. El total de los mortinatos llegó a 6.7 por ciento, comparado con 3.99 para la ciudad de Buenos Aires en 1932. En los 10 años nacieron en la maternidad 177 niños que pesaban 4,500 gm o más, 29 de ellos mortinatos, y 5.4 por ciento mortineonatos. (Carreño, C., Yanzón, A., y Seoane, M.: "Primera Conferencia Nac. Asis. Soc., Trabajos," Tomo III, 1ª parte, 1934.)

*Temperatura de los escolares bonaerenses.*—Una investigación efectuada por el Cuerpo Médico-Escolar de la Provincia de Buenos Aires en 1933 y 1934, entre 55,000 alumnos de ambos sexos en 843 escuelas, reveló que 16.6 por ciento de ellos tenían temperaturas de 37.1 a 38°C., y 0.23 por ciento de 38.1 a 39.4°. La proporción de temperaturas mayores de 37.1 fué mucho mayor por la tarde, y también entre los niños de ocho a 10 años. Buena parte de esos escolares deben su estado febril a afecciones agudas, otros a amigdalitis y adenopatías, caries, inflamaciones buco-dentarias, etc. Las investigaciones del Cuerpo Médico-Escolar demuestran que un 81 por ciento de los escolares tienen dientes cariados. (Cometto, C. S.: *Rev. Educ.*, 37, No. 2, 1935.)

*Mortalidad infantil en Santa Fe.*—Menchaca hace notar la falta de trabajos estadísticos sobre mortalidad infantil. De 1909 a 1933 fallecieron en la ciudad de Santa Fe 9,153 menores de un año, o sea 14.5 por ciento de los nacidos. En cuanto a los sexos, el 54.3 por ciento son varones, y 46.7 por ciento niñas. (Menchaca, F.: *Arch. Arg. Ped.*, 188, mzo. 1935.)

*Mendoza.*—Peña y Lillo publica las cifras demográficas para el decenio 1923-32 para la Provincia de Mendoza, Argentina, que rinden los siguientes promedios: natalidad 36.7; mortinatalidad, 16.9. Tanto la natalidad como la mortinatalidad y la mortalidad infantil, han revelado descenso en los últimos años. (Peña y Lillo, S.: *Rev. Méd. Cuyo "Vox Medica,"* 253, sbre. 1934.)

*Institutos municipales.*—Carreño aboga no tan sólo por que se continúen en las maternidades municipales de Buenos Aires los institutos de puericultura hoy día mantenidos en ellas, sino por que se haga lo mismo en todas, transformándose en institutos algunos de los actuales consultorios de lactantes. La mejor solución consistiría en organizar los consultorios de los institutos de maternidad en forma de centros de protección maternal e infantil. Cada maternidad contaría así con un pediatra que seguiría al lactante hasta el alta materna, y más adelante en el consultorio de lactantes anexo a la misma. Carreño reitera que los servicios hospitalarios de niños son actualmente insuficientes en número y en camas, careciendo además de verdaderas secciones para lactantes. (Carreño, C.: *Arch. Arg. Ped.*, 454, jul. 1935.)

*Brasil.*—O coeficiente de natalidade acha-se calculado em 30 por mil habitantes. Na base de uma população de 47 milhoes, o Brasil teria 1,410,000 nascimentos annuaes. Isso colloca o paiz entre as nações de mediana força de natalidade. Infelizmente, porém, tudo leva a crer que essa natalidade esteja em curso de redução, pois que tal é a situação geral dos paizes que vão ficando mais civilizados. Esse phenomeno, notavel sobretudo nas cidades, é muito bem exemplificado com o que acontece no Rio de Janeiro, onde, de 29 nascimentos por mil habitantes, em 1920, já desceu o coeficiente, progressivamente, para 19 em 1934. Por outro lado, o phenomeno da mortalidade, manifestando-se com desigual intensidade nas varias epocas da vida, mostra uma perda tanto mais intensa quanto mais se desce abaixo da adolescencia: de 2 a 3 obitos, por mil individuos, entre 10 e 15 annos, vae o coeficiente de mortalidade crescendo de maneira inversa á idade, de modo a attingir cerca de 10 obitos por mil individuos na idade escolar, 20, 30 e 40 na idade pre-escolar, e finalmente, 50, 80, 100 e mais no primeiro anno de vida. Vê-se, assim, quão importante é combater a mortali-

dade nos primeiros annos de vida, justamente quando a perda tem maior significação e sobretudo porque as causas são, na maior parte das vezes, perfeitamente removíveis. A situação da mortalidade infantil é muito má porque o coefficiente, nas principaes cidades do Brasil, eleva-se a 150, 200, 300 e até 500 por mil nascimentos, o que significa, conforme o caso, que 1/6, 1/5, 1/4 ou até a metade das crianças nascidas morrem antes de alcançar 12 mezes de vida. De 1,410,000 nascimentos annuaes, no Brasil, morre cerca meio milhão de criancinhas, no correr do primeiro anno de vida. Na propria capital do paiz, que, a tal respeito, está em situação relativamente favoravel, as cifras são entristecedoras. Nos ultimos 30 annos, o coefficiente de mortalidade infantil foi, em média, de 176, com o maximo de 218 e o mínimo de 151. Ainda nos tres ultimos annos, continuou esse coefficiente acima de 160. (Fontenelle, J. P.: *Folha Med.*, p. 375, agto. 25, 1935.)

*Mortalidade escolar em São Paulo.*—As principaes causas de obitos entre as crianças de 5 a 14 annos na cidade de S. Paulo, no decennio 1920-1929, foram em ordem de importancia, de acordo com os dados publicados pela Secção de Demographia Sanitaria: a pneumonia em todas as suas formas, as causas violentas, a tuberculose e as affecções do coração em geral. Considerando-se separadamente pneumonia e broncho-pneumonia, a seriação é a seguinte: causas violentas, tuberculose, pneumonia, affecções do coração em geral e broncho-pneumonia; por outro lado, considerando exclusivamente o periodo que vai dos 10 aos 14 annos, verifica-se o predominio dos accidentes como causas de morte. Parte apreciavel da mortalidade é constituida por doencas transmissiveis. Uma grande parcela das doencas que attingem a idade escolar é possivel de prevençõ. Para isso faz-se mister um serviço efficiente medico escolar, ligado a centros de saude e acompanhado da indispensavel diffusão de educaçõ sanitaria. (Borges Vieira, F., Paula Souza, G. H., e Mesquita, M.: *Rev. Hyg. & Saude Pub.*, 395, dbro. 1934.)

*Fondos para beneficencia y protecció infantil en Colombia.*—En Colombia, con una població de más de 9 millones, el presupuesto nacional (incluso municipios) para el año 1934 ascendió a \$36,428,464, de lo cual solamente \$60,000 se invertían en pro de la infancia, o sea 0.16 por ciento del presupuesto total: unos 2 centavos por niño. El Departamento de Antioquia parece dar mayor importancia al asunto, con una asignació de \$0.26 per capita para asistencia pública y protecció infantil. Sin embargo, los Departamentos del Cauca, Nariño, Norte de Santander y Tolima sólo dedican \$0.05 o menos al asunto. La ciudad de Medellín está muy a la cabeza de todas (Bogotá no figura) con una asignació de \$1.88 per capita, o sea más del doble que cualquier otra, pero en los municipios de Sonsón, Barranquilla, Tunja, Chiquiquirá, Popayán, Buenaventura, Buga y Tuluá la cifra no llega a \$0.20. (Gamboa Echandía, R.: *Rev. Hig.*, 26, eno.-ab. 1935.)

*Alimentos de niños en Costa Rica.*—Por decreto del 22 de agosto, a partir del 21 de octubre 1935 queda prohibida en Costa Rica la importació de preparados de uso exclusivo en la alimentació infantil, que no tengan inscrito en su propia lata o envase la fecha de fabricació y la de máxima conservació. Asimismo quedan exentos de todo impuesto de importació los preparados lácteos que expresamente recomiende la Secretaria de Salubridad Pública para la alimentació infantil y que se introduzcan en envases de no más de 1 kg. (*La Gaceta*, agto. 24, 1935.)

*Higiene escolar en Cuba.*—Ha entrado en vigor en Cuba un nuevo reglamento de higiene escolar, el cual no solamente exige el examen de alumnos y profesores en cuanto a enfermedades transmisibles, sino el de las casas-escuelas en cuanto a sanidad e higiene. El reglamento comprende además el examen de los niños anormales y registro de los mismos; higiene bucal; educació física; consejos sobre alimentació; lucha antituberculosa; campaña antiparasitaria e inspecció

del desayuno escolar. Los niños enfermos no sólo serán segregados, sino hospitalizados y tratados sin costo alguno, cuando se alegue la carencia de recursos, y en el caso de escolares pudientes se exigirá a los familiares la atención de los enfermos. (*El Mundo*, agto, 23, 1935.)

*Chile.*—El Consejo de Defensa del Niño, creado recientemente en Chile (véase el *Boletín* de nbre. 1934, p. 1072), hace notar la situación en que se hace cargo del problema. En el país hay 1,593,779 menores de 14 años entre 4,287,445 habitantes; es decir, que la población infantil representa 37 por ciento del total. La mortalidad infantil es de 227 por 1,000, y la ilegitimidad de 37 por ciento. El presupuesto general de la República para 1934 monta a 856,500,000 pesos, y el destinado a la defensa del niño, incluso hospitales y subvenciones a establecimientos particulares, a 7,123,470 pesos, es decir, menos de 1 por ciento del total, siendo de advertir que la contribución directa del Estado es de 2,594,848 pesos, la indirecta de 1,985,750, y el resto es contribuido por la Beneficencia. Todavía no hay datos ni estudios sobre la proporción de huérfanos, abandonados, indigentes o anormales. Hay una sola casa de huérfanos del Estado, la llamada Casa del Niño, cuya capacidad es igual a la de hace más de 60 años. En relación con la población, debería haber 2,143 camas para maternidad y sólo hay 1,205; 2,143 para lactantes, y sólo hay 364, todas en Santiago, Valparaíso y Concepción; para preescolares, 2,143 y no hay más que 1,242. Comprendidos los del Patronato de la Infancia, hay 39 consultorios, necesitándose 214. No existen todavía servicios domiciliarios adecuados para maternidad, ni establecimientos para convalecientes, incurables o lisiados. Las actividades de protección al niño están distribuidas entre diversos ministerios: en el Interior, lo concerniente a la Casa del Niño y Hospitales; en Justicia, niños anormales y delincuentes; en Trabajo, seguro de maternidad y salas cunas; en Salubridad, casas de impieza y centros preventivos; y en Educación lo relativo a enseñanza. Varias obras de iniciativa particular se ocupan del asunto, como el Patronato Nacional, la Protectora de la Infancia, la Cruz Blanca, las Ollas Infantiles, la Junta de Beneficencia Escolar, la Sociedad de Ciegos Santa Lucía y otras. El Consejo ha formulado un plan integral de trabajo, que comenzará codificando la legislación, completándola e incorporando las disposiciones que estime esenciales, incluso prevención y sanción del abandono, investigación de la paternidad, establecimiento de la responsabilidad paterna, y unificación de la dirección técnica y administrativa de los servicios de niños en un Consejo. Anexos a éste funcionarán: la Casa Central de oficinas, que se ocupará de la recepción, clasificación y distribución del niño; la inspección general, la sección de finanzas, el fichero central y estadísticas, el juzgado de menores, el servicio social con sus visitadoras y cooperadoras, el consultorio jurídico, la dirección de reformatorios, y los institutos especiales para ciegos, sordomudos, etc. La clasificación mesológica, social, biológica, psicológica, y según la edad, permitirá estudiar todas las situaciones en que puede encontrarse un niño, y determinar el servicio necesario para la atención correspondiente a los diversos estados y casos. El Consejo recomienda medidas inmediatas para suprimir la vagancia y la mendicidad infantiles, tomar por base las organizaciones y establecimientos actuales para la protección del niño, e iniciar la asistencia de éste en su propio hogar siempre que las circunstancias lo permitan. También ha solicitado al Ministro del Trabajo que designe un inspector para que informe sobre la manera cómo se aplican en la actualidad las leyes y reglamentos de protección a la maternidad obrera, salas cunas, etc.; ha pedido al Intendente, tan luego como se reciba el dinero solicitado del Gobierno para los servicios del año en curso, que prohíba el trabajo de niños menores de 14 años y mujeres de 21 años en el servicio de suplementeros; y ha solicitado a la Dirección de Sanidad que elabore una cartilla de divulgación que dé a conocer la forma en que debe ser

atendido el niño, y los distintos servicios ya disponibles de defensa. El Consejo está en comunicación con los interesados de todas las provincias, a fin de realizar una encuesta que permita apreciar, aunque sea aproximadamente, las proporciones del problema. (*Bol. Inst. Int. Am. Prot. Inf.*, 317, eno. 1935.)

*Protección de la madre y el niño en Chile.*—Un decreto chileno del 17 de agosto de 1935 autoriza la designación de una comisión que, presidida por el Ministro de Salubridad Pública, tendrá a su cargo todo lo relativo al estudio de los problemas médicos, sociológicos, pedagógicos y legales que puedan afectar la vida o bienestar de la madre y del niño. (*El Mercurio*, agto. 18, 1935.)

*Casa Nacional del Niño en Chile.*—Calvo Mackenna repasa la labor realizada en la Casa Nacional del Niño (antigua Casa de Huérfanos), desde 1927 a 1933. Al aceptar la dirección se estableció que las tres finalidades de la misma serían: hacer la profilaxia del abandono; asistir o asilar transitoriamente a los niños cuyas familias atravesaren crisis económicas, higiénicas o morales; y asistir al huérfano, al abandonado y al encontrado, a fin de prepararlos para la lucha por la vida y a ser útiles a la sociedad. En 1929 tuvo lugar el cambio de nombre y se creó el servicio social. Otros servicios de la Casa son el de inspección de niños en colocación familiar, medicina preventiva de escolares y adolescentes, e internado médico. En 1926, la Casa sólo contaba con un médico jefe, uno residente, y tres de servicio, sin contar el laboratorista; es decir, seis médicos para más de 2,000 personas. Gradualmente se ha aumentado el personal y mejorado la asistencia, mientras que la mortalidad, de 55 por ciento en 1926 entre los lactantes, ha bajado constantemente hasta que ahora oscila entre 10 y 14 por ciento. En la sección de lactantes fueron asistidos 546 en 1933, con una mortalidad de 15 por ciento, lográndose en cuatro ocasiones dominar epidemias de sarampión, sin dejar que se extendieran. En la sección de preescolares de tránsito, se asistieron 85, falleciendo sólo dos; y en la de escolares y adolescentes, 945 y seis, respectivamente. La mortalidad global en la Casa sólo fué de 5.9 por ciento. La sección de inspección de niños en colocación familiar comprendió 833 en 1933, de los cuales fueron eliminados 260, quedando para 1934, 573. Otras obras contempladas son: un policlínico de medicina preventiva, un pabellón de lactantes, una escuela de enfermeras de niños, pensionado para empleados y obreros, hogares dispersos en la ciudad, y familias cooperativas en el campo. (Calvo Mackenna, L.: *Rev. Chil. Ped.*, 509, obre. 1934.)

*Concepción.*—Ebensperger Richter analiza los datos de la mortalidad infantil para 1933 en la ciudad de Concepción. Del coeficiente de 237, como 30 por ciento estuvo representado por menores de un mes. A las afecciones pulmonares correspondió 11.6 por ciento del total, mientras que de las otras enfermedades transmisibles apenas estuvieron representadas la tifoidea con dos muertes y la difteria con ocho, quizás por no haber habido epidemias de ellas. La sífilis figuró con 143 y el raquitismo con 105, mientras que a la tuberculosis sólo correspondieron tres, y a la meningitis 47. En la sífilis es notable la desproporción con su relativa rareza en el policlínico infantil, en que sólo se descubrió en 0.6 por ciento. En la tuberculosis sucede algo análogo, pero en sentido inverso, pues mientras que la mortalidad sólo es de 1.1 por ciento y en el servicio de lactantes no se observa, en cambio, de los niños de seis a nueve años 60 por ciento están contagiados. En los pueblos vecinos a Concepción: Penco, Tomé, Coronel y Lota, la mortalidad infantil es aun mayor, variando de 420 a 643 por 1,000, aunque estas cifras parecen comprender niños hasta los 12 años. (Ebensperger Richter, A.: *Rev. Asist. Soc.*, 300, sbre. 1934.)

*Audición de los escolares.*—Un estudio realizado en Nueva York demostró que de 606,546 escolares comprobados, 10 por ciento tenían audición defectuosa, 4,000 de ellos en forma grave, de modo que tenían que recibir enseñanza en signos manuales. Las comprobaciones se verificaron con el audímetro.

*Leche de mujer mexicana.*—De sus análisis físicos y químicos, Escontría deduce que la leche de mujer mexicana acusa mayor densidad que la europea, teniendo en extracto seco y grasa más o menos el mismo tenor, y siendo más rica en lactosa y más pobre en proteínas y cenizas. Aun cuando el análisis muestre composición normal de la leche, precisa el examen microscópico, sobre todo de presentar el niño trastornos digestivos. (Escontría, María de la Luz: *Rev. Mex. Puer.*, 867, obre. 1934.)

*Grupos sanguíneos en los niños mexicanos.*—En una investigación en tres centros de higiene infantil de la ciudad de México, en 400 casos, o sea 36 por ciento del total, el grupo sanguíneo fué distinto para el niño y la madre. En 103 transfusiones en menores de dos años, el autor buscó la aglutinación simplemente poniendo en contacto una gota de sangre del donante y otra del receptor, sin que en la mitad de los casos existiera parentesco alguno entre ambos, ni presenciara nunca una aglutinación ni el menor accidente. De su estudio, Franco deduce que en los tres primeros semestres de la vida no se manifiestan aglutininas, pero ya denotan su presencia en el cuarto y se perfeccionan desde entonces hasta alcanzar su plena potencia después de los cinco años de edad. Si los sueros de los niños hasta el año y medio de edad no contienen aglutininas, o éstas son muy imperfectas, el autor se pregunta porqué no concluir para la práctica, que los pequeños hasta esa edad son receptores universales. Hasta la fecha sólo ha tenido ocasión de comprobar su teoría en un caso, en que inyectó sin contra-tiempo a un menor de un año del grupo II, 50 cc de sangre de una nodriza del grupo I. (Franco, J. F.: *Rev. Mex. Biol.*, 109, obre. 1934.)

*Higiene escolar en Nicaragua.*—Haciendo notar el lamentable estado de muchas de las escuelas del país desde el punto de vista sanitario, Luna Mayorga conviene en que muchas medidas son conocidas, pero es imposible implantarlas, dado el exiguo erario del Gobierno y el minúsculo presupuesto con que cuentan los Ministerios de Instrucción Pública y de Sanidad. Recalca ciertos puntos, como son la educación física, la higiene mental y la helmintiasis, y sugiere que a los padres de familia se les exija, hasta donde sea posible, un certificado de la sanidad o de un médico en cuanto al estado físico de los hijos. Cuando sobrevienen uno o varios casos de difteria, cree que el médico de sanidad debe practicar la Schick en las escuelas de su jurisdicción y proceder en el acto a la inmunización de los positivos. La escarlatina es tan poco frecuente en Nicaragua, que no merece mucha atención, y el autor en cinco años no ha visto un solo caso. (Luna Mayorga, A.: *Rev. Méd.*, 182, fbro. 1935.)

*Jamaica.*—Una inspección médica de unos 4,000 escolares de Kingston en 1934, reveló un 71 por ciento con defectos, que variaron de mera caries o inflamación palpebral, a estados más graves. Las proporciones fueron: oftalmopatías, 42 por ciento; caries, 23.0; amigdalitis, 18.0; desnutrición, 13.0; y dermatosis, 7.0 por ciento. En cambio, las vegetaciones adenoideas fueron raras, e igualmente el raquitismo, el reumatismo y las cardiopatías. Sólo se descubrieron tres casos de sífilis congénita, y sólo uno que revelara estigmas bien definidos. Las cifras para desnutrición son muy conservadoras, y la proporción es sin duda mucho mayor. (Whitbourne, Dahlia: *Jamaica Pub. Health*, 98, agto. 1935.)

*Methodo de Credé em S. Paulo.*—O Sr. Interventor Federal do Estado de S. Paulo assignou um decreto que torna obrigatoria a instillação de uma gota de solução de nitrato de prata a um por cento, ou de outro collyrio de eficiencia equivalente, nos olhos de todas as crianças, dentro de duas horas do nascimento. São responsaveis pelo cumprimento dessa disposição o medico e a parteira assistentes e na falta destes os pais do recém-nascido. A falta de cumprimento dessa determinação será punida com multa. (*Gaz. Clin.*, 5, jan. 1935.)

*Nitrato de plata.*—Fundándose en un estudio de casi 28,000 protocolos natales en un hospital, y 2,000 casos de oftalmía neonatal, Lehrfeld hace notar las limita-

ciones del nitrato de plata en la profilaxia de la oftalmía neonatal. Para contrarrestarla, hace las siguientes recomendaciones: esterilización superficial del conducto genital antes del parto en todas las gestantes hospitalizadas; lavado perfecto de los ojos del recién nacido con solución boricada, empleando 90 cc en cada ojo, e instilando inmediatamente una solución de nitrato de plata al 0.5 por ciento, y repitiendo esto en tres días sucesivos. En el cuarto y demás días de hospitalización, el médico de cabecera debe lavar perfectamente los ojos con solución boricada. Además, deben denunciarse todos los casos de oftalmía neonatal, y comunicarse el resultado del tratamiento en cada caso al cabo de seis semanas. Las leyes deberían contener disposiciones relativas a la anti-sepsia natal. En los Estados Unidos, las leyes actuales exigen el empleo de nitrato de plata o algún otro germicida en los ojos del recién nacido, pero ninguna impone el tratamiento de la blenorragia en la madre en ciernes; es decir, que en vez de atacar el mal de raíz, se espera a que el hijo se halle expuesto a la enfermedad antes de intervenir. (Lehrfeld, L.: *Jour. Am. Med. Assn.*, 1468, ab. 27, 1935.)

*Análisis en Chicago.*—En su estudio del factor edad en la morbilidad y mortalidad observadas entre 20,000 lactantes amamantados y alimentados artificialmente, Grulee y colaboradores hacen notar dos puntos: primero, el marcado aumento después de los seis meses en los tres grupos de trastornos en los alimentados artificialmente, o sean respiratorios, gastrointestinales y varios, cuyo aumento no es compartido ni por los amamantados ni por los semiamamantados; y segundo, que la mortalidad en los amamantados recae casi por completo en los dos primeros meses de vida. (Grulee, C. G., Sanford, H. N., y Schwartz, H.: *Jour. Am. Med. Assn.*, 1986, jun. 1, 1935.)

*Leche evaporada acidulada.*—Aunque se ha dicho que no debe incluirse la leche acidulada en la alimentación de los lactantes por no tolerarla bien, Smyth y Hurwitz no convienen en ello, y de sus observaciones en la clínica del Hospital de Niños de San Luis deducen que no sólo fué bien tolerada la fórmula empleada, sino que los lactantes revelaron menos pérdida inicial de peso y recobrando con mayor rapidez el peso natal, tuvieron menos frecuentemente ictericia neonatal, y acusaron mayor aumento de peso al terminar la hospitalización. La fórmula de los autores consiste en una solución atenuada que contiene 15 cc de ácido láctico, 20 cc de una solución de hidrato de sodio al 10 por ciento, y agua hasta formar 500 cc. Se mezclan partes iguales de esta solución stock y de leche evaporada, añadiéndose 10 por ciento de "Karo." Se beneficiaron en particular los prematuros y débiles congénitos. (Smyth, F. S., y Hurwitz, S.: *Jour. Am. Med. Assn.*, 789, sbre. 7, 1935.)

*Leche de soya.*—Los experimentos de Reid en animales de laboratorio, demuestran la eficacia nutritiva del haba de soya en polvo para la nutrición, en particular en lo tocante a desarrollo normal, hemoglobinogenia y osteogenia. Este resultado confirma los previos estudios de Rittinger y Dembo, de Hill y Stuart, y de Stearns, sobre el valor de dicha sustancia para la alimentación infantil. (Reid, E.: *Chinese Jour. Physiol.*, 27, 1935.)

*Farine de tournesol.*—Babonneix dit que, en somme, la farine d'aleurone de tournesol offre l'avantage d'être indiquée aussi bien dans les fermentations que dans les putréfactions, dans les diarrhées que dans la constipation; mais on ne doit pas la donner trop longtemps de suite. Les contre-indications sont: Le trop jeune âge: au-dessous de trois mois; Le syndrome cholériforme avec anurie, et, d'une manière plus générale, les cas où le rein n'est plus capable d'éliminer l'urée à la concentration physiologique. Les graines oléagineuses du tournesol, dit encore hélianthe annuel ou grand soleil, plante originaire du Pérou, appartenant à la famille des Composées, renferment une farine constituée par une subs-

tance protéique se présentant sous forme de graine, l'aleurone (Hartig, 1855). Cette aleurone est douée d'importantes propriétés nutritives (Duchartre, 1867) et riche tant en protéines qu'en combinaisons organiques phosphorées. Dès 1928, Emile André a indiqué une technique permettant d'extraire séparément des graines: 1° des huiles, utilisées dans l'industrie; 2° une substance riche en aleurone très pur, qui trouve son emploi dans l'alimentation des nourrissons. (Babonneix, L.: *Gaz. Hép.*, 1158, août 24, 1935.)

*Sobrevivencia de gemelos.*—Fundándose en las cifras para los Estados Unidos, el *Statistical Bulletin* (mzo. 1935) de la Compañía Metropolitana de Seguros discute el promedio de vida de los mellizos comparado con el del resto de la población. Tomando las cifras de 1929 a 1931 para los blancos del país, calcúlase que la esperanza de vida de gemelos varones al nacer es de 46.16 años, y de hembras 50.28 años, comparado con 59.31 y 62.83, respectivamente para ambos sexos en la población general, y para un par de gemelos mixtos, 48.13 años. En otras palabras, 62 por ciento de todos los varones viven hasta los 60 años, en tanto que sólo 39 por ciento de los pares de gemelos varones llegan a esa edad sin morir uno u otro.

*Proporción de gemelos idénticos.*—El estudio de la estadística demuestra que más o menos la tercera parte de todos los gemelos son idénticos, es decir, procedentes del mismo huevo y semejantes en sus características físicas. Las otras dos terceras partes son ordinarios, o sea desarrollados de dos huevos distintos, entre los cuales la semejanza es puramente la de esperar entre hermanos. Habiendo en los Estados Unidos algo menos de dos millones de gemelos, debe haber unos 600,000 idénticos, es decir, que una de cada 200 personas vivas tiene un "doble." De los gemelos nacidos en un año, en la tercera parte ambos son varones, en la otra tercera ambos mujeres, y en el otro tercio uno varón y otra mujer; es decir, que ambos sexos se dividen por igual. (*Stat. Bull.*, Metr. Life Ins. Co., ab. 1935.)

*Etiología del mongolismo.*—Basándose en el estudio de 60 casos personales, Juarros deduce que el mongolismo parece deberse a una detención del desarrollo, en la que pueden intervenir causas múltiples. No representa un fenómeno atávico, pues la semejanza con la raza amarilla queda reducida a la braquicefalia, y a una estrechez de la abertura palpebral, y otro argumento en contra es que se han descrito casos tanto en chinos, como en negros, indios y malayos. La pretendida mancha mongoloide no es, pues, característica de la raza amarilla, pudiéndose presentar en todas las razas, ya que sólo representa una reversión al antropoide *proptecus*. La braquicefalia no es común a todos los casos, pues de los 60 del autor, fueron mesaticéfalos 10.7, y dolicocéfalos 3.8 por ciento. El epicanto tampoco constituye un signo decisivo, pues falta en 2.15 por ciento de los mongoloides y existe en 5.7 por ciento de los oligofrénicos sin mongolismo. En ninguno de los enfermos observados presentó el pelo los caracteres de la raza amarilla, pues en 16.2 por ciento era rubio, y en 33 por ciento castaño. (Juarros, C.: *Med. Ibero*, 641, ab. 27, 1935.)

*Utilización forense de la isohemaglutinación.*—Leyes recientemente dictadas en el Estado de Nueva York, E. U. A., facultan a los jueces para admitir los datos aportados por la isohemaglutinación en los casos de investigación de la paternidad, y también en la eliminación de individuos sospechados, cuando ha quedado sangre del autor en la escena del crimen. En lo tocante a paternidad y maternidad, la exclusión por ahora sólo es posible en la tercera parte de los casos, y la prueba rara vez o nunca puede utilizarse para establecer la identidad del padre desconocido de un niño dado. (Apud: *Eug. News*, 45, mayo-jun. 1935.)

*La medicación y la sordera neonatal.*—Recordando el hecho de que ciertos medicamentos muestran predilección por el nervio auditivo, y que la idiosincrasia

medicamentosa puede ser un factor importante en la sordera, Taylor apunta que la quinina se emplea frecuentemente durante el embarazo, no tan sólo por su efecto oxiótico, sino como tratamiento antipalúdico. La placenta no ofrece valla alguna contra los medicamentos que producen sordera nerviosa, de modo que éstos pueden resultar tóxicos para el feto. Los datos presentados por varios autores, indican que la quinina, los salicilatos y el alcohol pueden ser factores etiológicos en la sordera del recién nacido, de modo que el asunto es acreedor a una detenida investigación clínica y experimental. El autor publica tres casos de sordera neonatal en hijos de mujeres que recibieron quinina durante el embarazo, y tiene en investigación otro. Roberts en 1870 ya comunicó un caso semejante. Heider en 1934, en un estudio de varios millares de niños inscritos en un período de 20 años en 16 escuelas de sordos de los Estados Unidos, hizo notar el influjo de la epidemia de influenza de 1918 y, para el autor, en las regiones palúdicas quizás haya alguna relación con el consumo de quinina. (Taylor, H. M.: *South. Med. Jour.*, 125, fbro. 1935.)

*Vaginitis infantil.*—Fundándose en los resultados obtenidos en una serie de ocho casos, Reading opina que la teelina, o una sustancia estruógena semejante, es el tratamiento de elección en la vaginitis gonocócica, tanto aguda como crónica, en las niñas. Por razones aun no manifiestas, los casos crónicos parecen ceder más rápidamente al tratamiento que los agudos. (Este tratamiento fué recomendado por Lewis en 1933, y después por otros.) (Reading, B.: *South. Med. Jour.*, 464, mayo 1935.)

*Tratamiento de la hemofilia.*—Chew y colaboradores han comunicado recientemente dos casos de hemofilia en que la administración de las sustancias estruógenas, teelina y teelol, no afectó la velocidad de la coagulación sanguínea, y en que la cantidad de sustancias estruógenas excretadas en la orina no era menor que en los sujetos normales. En otro grupo de 45 hemofílicos, el promedio de sustancias estruógenas en la orina fué algo mayor que en un grupo de 26 sujetos normales. La hormona luteal y una sustancia prehipofisaria gonadotropa, tampoco afectaron la hemofilia. Por ser algo impuros los preparados utilizados, quizás convenga reservar la opinión hasta que se hayan probado terapéuticamente hormonas cristalinas y químicamente puras. (Chew, W. B., Stetson, R. P., y otros: *Arch. Int. Med.*, 431, mzo. 1935.)

De sus ensayos en dos hermanos hemofílicos, Waldorp y Alvarez deducen que los preparados de extracto total de ovario, foliculina y cuerpo lúteo, fueron muy poco eficaces como hemostáticos y no actuaron sobre el tiempo de coagulación. La solución de rojo-congo al 1 por ciento en inyección endovenosa o intramuscular a dosis de 1 cc por 8 a 10 kg de peso, aunque sin actuar sobre las oscilaciones del tiempo de coagulación, fué lo más eficaz en el tratamiento de los accidentes hemofílicos de los dos hermanos, elevando notablemente las hemartrosis. Los dos enfermos no han tenido accidentes de cuidado desde hace un año. En las oscilaciones del tiempo de coagulación, debe pensarse en la concurrencia de múltiples causas, además de la particularidad individual. Los accidentes hemofílicos no guardan relación alguna con esas oscilaciones, lo cual obliga a suponer la existencia de otros factores. (Waldorp, C. P., y Alvarez, A. G.: *Semana Méd.*, 6, eno. 3, 1935.)

---

## MATERNOLOGÍA

*Maternidad bonaerense.*—Entre 2,046 enfermas asistidas en el servicio de obstetricia y ginecología del Hospital Salaberry de Buenos Aires en 1934, correspondieron 1,423 a la primera y 623 a la segunda; y de 21 fallecidas, 11 y 10 a cada