

antivariolosas positivas que, al ser comprobadas con la revacunación, rindieron 1,983 positivas, o sea 60 por ciento. Condensando los prendimientos por decenio, se obtienen para un período de 2 a 50 años, proporciones de 63, 56, 56, 58 y 64 por ciento. En los niños de 3 años ya se obtiene una proporción bastante elevada de éxitos, sin que varíe ese coeficiente mayor cosa de la infancia a la vejez. Un punto capital resalta: que, por lo menos en Argel, dos terceras partes de la población vacunada ya se han vuelto sensibles al virus vacunal, por lo cual conviene recomendar revacunaciones más frecuentes. (Sergent, A., y Trenszt, F.: *Gaz. Hôp.*, 688, mayo 7, 1932.)

Vacunación intradérmica.—Franco y Martínez Cándano ensayaron la vacunación intradérmica contra la viruela de Leiner y Knoepfelmacher en un Centro de Higiene Infantil de la Ciudad de México. Según ellos, el método es bueno y la técnica fácil, pero no sustituirá a la escarificación en la vacunación de las masas. Demostrado que el virus vacunal disponible era inocuo intra y subcutáneamente en los conejos, los autores pasaron a probarlo en dos niños: uno idiota y la otra parapléjica por tuberculosis vertebral. En ambos se trataba de revacunaciones y hubo, por consiguiente, una reacción alérgica, mas sin complicación de ningún género. Los autores pasaron entonces a vacunar a 110 niños del Centro, empleando varias diluciones y, por fin, 0.2 c c al 1/100. No se observó la menor complicación. La evolución fué benigna siempre, lo cual constituye una gran ventaja del método, sobre todo en menores de 6 semanas, débiles, prematuros, convalecientes, y hasta enfermos. Uno de los inconvenientes del método consiste en que hasta hoy no se ha obtenido en la práctica virus absolutamente estéril, por lo cual no es lo mismo depositarlo sobre una escarificación ampliamente expuesta al aire, que inyectarlo; pero los gérmenes descubiertos no son anaerobios ni tampoco virulentos, lo cual se comprobó en el ratón. Además, en México los virus expedidos tienen como máximo 2,500 gérmenes por c c, es decir, 50 no patógenos por dosis, y una vez diluida la dosis de 0.2 c c al 1/1000, contendrá 2.5 gérmenes. No existe probabilidad de inoculación tuberculosa, pues jamás se han encontrado bacilos en la linfa recogida, ni aun en los tuberculosos, y la tuberculosis del becerro y la ternera es por demás excepcional. Tampoco existe peligro de muermo o carbunco, ya que los animales son minuciosamente vigilados. La posibilidad del tétano es excepcional, y la pesquisa del bacilo es sistemática en todos los institutos vacunógenos. Otra desventaja de más peso es que la técnica siendo un poco más complicada que la de la escarificación, tiene que realizarla un médico en persona. La picadura molesta sin duda, pero la evolución benigna compensa con creces esa dificultad. La falta de cicatriz visible tal vez sea un inconveniente, pues aquélla atestigua la vacunación. Las indicaciones consisten en la existencia de enfermedades cutáneas con puertas de entrada múltiples, en las cuales la vacunación puede generalizarse y convertirse en mortal; en la gente sucia e ignorante; y en los niños débiles o extenuados. La prueba de la inmunidad la aporta la aparición del nódulo secundario, que se inicia al 9º día, alcanza su acmé en el 11º ó 12º y comienza a retroceder entonces, y más rápidamente desde el 16º día, pero que puede percibirse, todavía a los 35 días, cubierto de piel violácea, seca y descamante. (Franco, J. F., y Martínez Cándano, J.: *Rev. Mex. Puer.*, 324, mayo, 1932.)

PUERICULTURA

Argentina.—En las Jornadas Médicas Argentinas, Aráoz Alfaro discutió los principales factores que intervienen en la mortalidad infantil en su país. Se refirió al distrito bonaerense, en que el coeficiente no pasa de 51 por 1,000, lo cual quiere decir que con un poco más de esfuerzo se podría obtener un resultado sensiblemente igual en toda la República. Entre las causas principales de la

mortinatalidad mencionó: distocia o accidentes obstétricos, 38 por ciento; sífilis congénita, 14.5 por ciento; y toxemia materna, 7.5 por ciento; quedando aproximadamente 40 por ciento en que no es posible precisar la causa. Para él, con una buena organización de la puericultura preconcepcional y prenatal, se reduciría al mínimo la mortinatalidad. En la Argentina, el factor exceso de trabajo, o intoxicación crónica, actúa muy raras veces, salvo quizás, en algunas regiones, el alcoholismo. De los 4 grandes grupos de la mortalidad infantil: enfermedades congénitas y del recién nacido; afecciones digestivas y de la nutrición; afecciones agudas del aparato respiratorio; y enfermedades infecciosas agudas, el primero arroja una proporción de 18 a 20 por ciento, y por lo menos dos terceras partes son evitables. Baste decir que en el quinquenio 1923-1927 hubo 3,900 muertes por tétano, y aproximadamente 1,000 por infecciones purulentas y septicemias, casi todas atribuibles a falta o insuficiencia de cuidado. El segundo grupo depende especialmente de deficiencias de alimentación, a las que se agrega a veces el factor infeccioso. Grupo más fácilmente atacable con la buena organización, casi ha desaparecido en los países más adelantados; pero en Argentina constituye el más importante, con una proporción aproximada de 80 por ciento, pero que varía mucho en distintas partes del país, y se ha reducido a menos de 1 por ciento en el mencionado distrito de Buenos Aires. El tercer grupo incluye una serie de enfermedades infecciosas, pero no siempre específicas, favorecidas constantemente por factores ocasionales, cuales el enfriamiento y la falta de higiene. El cuarto grupo comprende la coqueluche y el sarampión especialmente, y después la escarlatina, difteria, lúes y tuberculosis. Este grupo no tiene en el primer año la importancia que después. En el quinquenio indicado hubo más de 2,200 muertes de coqueluche, casi 900 de sarampión, 1,800 de influenza, y 490 de difteria, lo cual viene a formar un 4 por ciento. La sífilis congénita no entra sino en una proporción aproximada, según la estadística, de 2 por ciento; pero es seguro que un buen número de casos no son diagnosticados. La tuberculosis no aparece sino con 1 por ciento; pero es indudable que por lo menos la mitad de las cifras atribuidas a meningitis simple, corresponden en realidad a meningitis tuberculosa. El autor mencionó las causas mal definidas o desconocidas, la falta de asistencia médica en buena parte de la campaña, y la necesidad de una intensa obra de educación popular. Concentrada y coordinada la acción, hoy dispersa, de los órganos oficiales y privados, y con recursos suficientes y permanentes, pueden salvarse fácilmente más de 15,000 vidas infantiles al año, reduciendo la mortalidad infantil de la actual cifra de 110, a 55 ó 60 por 1,000, que es el máximo aceptable. (Aráoz Alfaro, G.: *Día Méd.* 100, agto. 24, 1931.)

González, jefe de la Maternidad del Hospital Teodoro Alvarez de Buenos Aires, estudia los datos aportados por dicha institución en el decenio 1920-1929. En ese período hubo 7,212 partos simples y 144 múltiples, o sea un total de 7,503 niños viables, de los cuales 788, o sea 10.5 por ciento, perecieron antes de abandonar la maternidad, por falta de desarrollo o traumatismo obstétrico u operatorio. Como en todas las maternidades dependientes de la Asistencia Pública de Buenos Aires nacen cada año unos 10,000 niños, y en las independientes unos 5,000, la mortinatalidad debe alcanzar a más de 1,500 por año, o sea 15,000 por decenio. Considerando prematuro todo niño que pese menos de 2,500 gms y a al que sin pasar de 3,000 gms corresponda a menos de 256 días de embarazo, la proporción de prematuros en la Maternidad Teodoro Alvarez en el decenio fué de 21.44 por ciento, y de ellos un 23.5 por ciento nacieron muertos o murieron en la primera semana. Aplicando a esos guarismos las estadísticas europeas, sólo un 52.7 por ciento de los prematuros alcanzarían a vivir un año, comparado con 60 por ciento para los nacidos a término. Del total de mortinatalidad y neonati-mortalidad, un 95 por ciento es teórica y prácticamente evitable. Esa mortalidad evitable representa una pérdida sensible, pues en 10 años aportaría a Buenos

Aires 75,000 habitantes más. Si cada ciudadano útil representa para la nación un capital no inferior de 30,000 pesos, de ahí la conveniencia para el Estado de garantizar la maternidad y de asegurar la natalidad selectiva en toda la República. (González, J. B.: *Rev. Méd. Lat.-Am.*, 488, eno, 1932.)

Continuando sus minuciosos estudios de la mortalidad infantil, Piñero García analiza, desde varios puntos de vista, los datos para los niños de 2 a 5 años en Rosario, de 1900 a 1925. Las 5,314 defunciones de ese período representan 20.21 por cada cien menores de un año, y una proporción de 1.66 sobre la mortalidad de 1 a 2 años, y 45.67 por 1,000 defunciones generales; es decir, que por cada muerte de 2 a 5 años, hay 21.89 muertes generales. El promedio anual de muertes de esa edad es de 204, con fluctuaciones entre 105 en 1924 y 502 en 1916, pero con mayor frecuencia de 151 a 200. El descenso de los últimos años (a 148 en 1919-1928) es tanto más favorable si se correlaciona con el acrecentamiento en la población de la ciudad, de 244,000 en 1914 a 407,000 en 1926; es decir, que el coeficiente quinquenal de esa mortalidad ha descendido de 1.8 por mil habitantes en 1900-1904, a 0.51 en 1920-1924 y 0.31 en 1926, comparado con 0.35 para la capital federal en 1924; 0.33 en la ciudad de Santa Fe en 1921-1925; 0.87 en 1925 en Córdoba; 7.29 en 1923-1925 en Tucumán; 0.46 en Mendoza en 1923-1925; 0.40 en La Plata en 1925. Al analizar las causas Piñero García acentúa el papel de las enfermedades infecciosas, entre las cuales recalca la difteria, y después la escarlatina, la viruela, el sarampión, la tifoidea y la coqueluche. La tuberculosis, que sólo cede a la difteria, constituye 4.42 por ciento de las defunciones a esa edad. Después de las infecciones, vienen las afecciones del aparato respiratorio. Las afecciones del aparato digestivo han perdido la enorme importancia que revestían en la infancia, de modo que sólo constituyen un 18.8 por ciento del total de los fallecimientos, y entre ellas solamente se destaca la diarrea-enteritis. (Piñero García, P. P.: *Semana Méd.* 742, sbre. 3, 1931.)

Durante el año 1931, la Sección de Protección a la Infancia de la Asistencia Pública de Buenos Aires tuvo bajo su cargo 20 dispensarios de lactantes, 5 institutos de puericultura, la Inspección de Nodrizas, y el Jardín de Infantes. En cada dispensario funciona una cocina de leche, y en los institutos un consultorio externo y cocina, además de camas para los lactantes y sus madres. El número de niños atendidos en los 25 institutos llegó a 45,408, de los cuales 24,112 concurren por primera vez. El número ha aumentado constantemente desde 1908, estacionándose relativamente a partir de 1926 entre 20,000 y 22,000. Como la natalidad ha oscilado entre 45,000 y 47,000 en los últimos años, siendo de 46,851 en 1931, en dicho año pasó por los dispensarios un 52 por ciento de los nacidos. Un dato que acredita la eficacia de la obra desarrollada es aportado por los coeficientes alimenticios, que son de 60 por ciento para la alimentación natural, 19 para la artificial y 21 para la mixta, mientras que entre 1908 y 1914 oscilaron entre 38 y 42, 27 y 33, y 29 y 34, respectivamente. La natalidad bonaerense ha seguido revelando clara tendencia descendente. En la mortinatalidad, Buenos Aires ocupa un término medio discreto. En la mortalidad infantil ha habido en los últimos 30 años un franco descenso. Hasta los 9 años, el número de niños muertos representa casi 25 por ciento de la mortalidad general, correspondiendo 50 por ciento de esas muertes infantiles al primer año, y 25 por ciento de las de éste al primer mes de vida. En 1908, en que se inició la Protección a la Infancia, la mortalidad infantil era de 96 por mil, y hubo pocas variantes hasta 1920, en que descendió a 84, mientras que en 1931 sólo representó 64.6, lo cual coloca a Buenos Aires en primer término entre las grandes ciudades sudamericanas. (*La Prensa*, mayo 27, 1932.)

Brasil.—O governo de Sergipe, pelo decreto n. 98, de 27 de fevereiro de 1932, instituiu a Casa da Criança e regulou o seu funcionamento, constituindo-a de um jardim de infancia e de uma inspeccoria de hygiene infantil e de assistencia escolar, subordinada directamente ao departamento estadual de saude publica.

O governo de Pernambuco, em decreto de 29 de março de 1932 manteve a subvenção de duzentos contos de réis concedida á Liga Pernambucana contra a Mortalidade Infantil, mediante o compromisso assumido pela referida instituição de seguir, na sua campanha salutar, a orientação da Inspectoria de Hygiene da Criança, cooperando com os serviços dessa repartição official. Todos os demais estabelecimentos de protecção á infancia que recebem subvenções do Estado ficarão sujeitos ao mesmo regimen. (*Folha Med.* maio 25, 1932.)

A Diretoria de Saude Publica do Estado de Parafba iniciou no ano 1931 a distribuição, na capital e no interior, de artisticos cartazes em tricomia, de propaganda da hygiene infantil, contendo ensinamentos uteis á população. Os referidos cartazes fóram impressos em numero de 20,000, sob o titulo "Relogio de Bébés," com gravuras acompanhadas das respectivas informações.

Segundo as minuciosas e bem analizadas estatisticas publicadas por de Oliveira, ex-director geral de saude publica do Estado de São Paulo, a natalidade no dito Estado no quinquennio 1925-1929 ascendi a 31.26 por 1,000 habitantes, e foi de 29 em 1929. Para a cidade de São Paulo, os coefficients foram: 28.31 e 26.4. Esses algarismos foram mais elevados que para diversas capitais das mais importantes do Brasil. A natimortalidade foi de 54.8 no quinquennio e de 56.5 em 1929 para o Estado, e de 54 e 52.9 para a capital. Um 60 por cento dessa nati-mortalidade deve-se á syphilis, e a campanha livrada contra esse flagello tem dado bons resultados, sobre todo nos distritos que gozam de serviços de assistencia sanitaria. Os coefficients de mortalidade infantil para o Estado foram de 167.56 no quinquennio e 166.9 em 1929, e para a capital de 167.5 e 159.7. Na capital, os coefficients de nati-mortalidade e mortalidade infantil foram menores que os da Capital Federal e das demais capitais brasileiras. Essa mortalidade soe ser maior de setembro a dezembro, devido ás mudanças de temperatura e ao grão de humidade athmospherica que culminam em perturbações da nutrição. Em quanto ás causas da mortalidade infantil, as conclusões não são muito exactas, visto que a definição "não especificada" e "mal definida" aparece vez tras vez nas declarações do registro civil, representando em 1929, 59.8 por cento, e no quinquennio, 61.5 por cento. Para a capital, as causas subdividiram-se assim em 1929: prenataes, nataes e neonataes, 31.29 (correspondendo 4.91 á syphilis); diarrhéa-enterite, 74.11; afecções do aparelho respiratorio, 37.26; doenças infectuosas, excepto syphilis, 12.97; outras causas, 8.23; e causas não especificadas ou mal definidas, 5.86 por 1,000 nascimentos. Em Santos, a mortalidade infantil em 1929 foi de 187.17. (De Oliveira, W.: *Bol. Inst. Int. Am. Prot. Inf.* 279, eno., 1932.)

Costa Rica.—Cordero Quirós hace notar las diferencias en la mortalidad infantil en las diversas provincias de Costa Rica: Guanacaste, 165.1; Puntarenas, 193.3; San José, 198.3; Alajuela, 205.8; Limón, 215; Heredia, 226; y Cartago, 253.2. Se han hecho muchas explicaciones del mayor coeficiente de Cartago. El factor más importante tal vez reside en las condiciones telúricas y climatológicas, pareciendo que el calor de Guanacaste, Punta Arenas y Limón resguarda mejor la vitalidad del recién nacido que el frío de Cartago. El autor aboga por la creación de medios preventorios como la clínica de salud pública, laboratorio, clínica infantil, departamento sanitario escolar, reorganización de las medicaturas de puerto, ampliación del Sanatorio Durán, erección de un dispensario antituberculoso y un nuevo hospital, ampliación de colonias escolares permanentes, una campaña enérgica contra el alcoholismo, más cuidado prenatal, nueva organización de la Maternidad Carit, fundación de un hospital de niños y de salas-cunas, e implante de todos los métodos modernos de prevención social. También deben reorganizarse completamente las juntas de caridad, teniendo a su frente una Junta Central que distribuya todos los auxilios con que contribuye el Estado. (En los coeficientes de mortalidad infantil también pueden influir diferen-

cias en la inscripción de los nacimientos.—RED.) (Cordero Quirós, F. J.: *Bol. Patr. Nac. Inf.*, 65, fbro. 1, 1931.)

Analizando la mortalidad infantil en la provincia de Cartago, que junto con la de Alajuela es la que se encuentra en condiciones más desfavorables en ese sentido, Sáenz hace notar que la mortalidad infantil presenta dos máximos: a las edades de 0 a 1 mes, y de 11 a 12 meses; y que las enfermedades infecciosas representan un papel secundario, comparado con las de los aparatos digestivo y respiratorio, y nervioso. Cabe, pues, deducir que una causa fundamental es la alimentación defectuosa y falta de cuidado. Cuatro grupos de enfermedades ocasionan el 92 por ciento de la mortalidad infantil total, encabezando la lista la diarrea-enteritis con 23.23 por ciento, siguiendo la bronquitis con 13.02; y viniendo luego las convulsiones y las fiebres con 8.08 por ciento cada una. El estudio revela ciertas peculiaridades en los distintos distritos, pues a veces los de mayor mortalidad infantil no se encuentran en los cantones que corresponden a esa rúbrica. (Sáenz, S.: *Bol. Patr. Nac. Inf.*, 149, ab. 1, 1931.)

Chile.—Basándose en sus estadísticas, Coutts afirma que entre 358 sífilíticas que registraron 1,339 embarazos, sólo se conservaban a la fecha del examen 367 hijos vivos, o sea 27.4 por ciento. De los demás, 41.6 por ciento representaban abortos; 9.2 por ciento, mortinatos; y 21.8, muertes infantiles. En una encuesta en 111 hogares, en 44 había habido abortos o mortinatos, y el número de hijos vivos era de 99; en 46 hogares había 68 hijos vivos, y las madres revelaron un total de 130 abortos; y en 6 no había ningún hijo vivo y sí 15 abortos. En el decenio 1920-1929 hubo en Chile 48,081 mortinatos y 396,291 muertes infantiles para un total de 1,592,763 nacidos vivos. En los tres últimos años, de 116,531 fallecidos en el primer año, 14,830 fallecieron en el primer día de vida, y 38,803 en el primer mes, es decir, que un 46 por ciento de los fallecidos en el primer año durante el trienio fallecieron antes de cumplir 1 mes. Para el autor, la lucha contra la sífilis congénita puede llevarse a cabo en buenas condiciones en Chile con sólo armonizar la labor de las maternidades, dispensarios y gotas de leche. (Coutts, Waldemar E.: *Med. Moderna* 121, obre., 1931.)

La primera cátedra de pediatría (patología de las enfermedades del niño) fué creada en Chile en 1874, desempeñándola el Dr. Joaquín Tocornal. Las clases eran más teóricas que prácticas, y se les daba tan poca importancia que la Facultad de Medicina decidió suprimir la cátedra. Al regresar al país de Europa los Dres. Manuel Barros Borgoño, Francisco Puelma Tupper, Vicente Izquierdo y Máximo Cienfuegos y dar nuevos rumbos a la enseñanza, se crearon en la Escuela de Medicina muchas cátedras nuevas, y entre ellas la clínica de niños, designándose para desempeñarla al Dr. Roberto del Río, cuyo nombre lleva el actual hospital de niños. El Dr. Sanhueza reemplazó a del Río en la cátedra de pediatría en 1910 y, lo mismo que su antecesor, sin contar con suficientes medios clínicos o material, mas éstos mejoraron gradualmente. (Sanhueza, A. C.: *Arch. Hosp. Niños R. del Río*, 268, dbre., 1931.)

Ilegitimidad en el Ecuador.—Bastidas hace notar que en un país como el Ecuador, de débil población (3 habitantes por km²), la conservación de la vida de los niños reviste importancia primordial. La natalidad llega a 34 por 1,000, y la mortalidad infantil a 153.4, habiendo descendido de 222 en 1921 a 142 en 1930. En los últimos 8 años, el promedio anual ha sido de 169.25, y en Quito en 1918-1927, de 220 por 1,000. Las causas principales de mortalidad infantil son: falta de cuidados, deficiencias en la alimentación y, por fin, enfermedades del aparato respiratorio. La ilegitimidad reviste notable importancia en el volumen de la letalidad infantil, y la curva estadística de la misma es más o menos creciente, promediando 34.86 por ciento de 1917 a 1930, y habiendo oscilado en esos años entre un máximo de 34.81 y un mínimo de 30.38. En el problema de la filiación ilegítima, 3 derroteros prevalecen actualmente en América: Bolivia,

Haití, Perú y Venezuela prohíben casi en absoluto la acción investigadora; Brasil, Colombia, Chile, Ecuador y Uruguay la aceptan en forma más o menos restringida; mientras que la Argentina la acepta en forma amplia y con muy pocas excepciones. En los Estados Unidos, aparte de la ley de Minnesota de 1917, la más avanzada, han mejorado las leyes inglesas, adoptando un conjunto de normas que, además de aceptar la investigación de la paternidad, fijan las obligaciones del padre natural respecto del hijo. La legislación ecuatoriana no ha podido sustraerse todavía a las ideas dominantes en la época napoleónica, que prohíben la investigación de la paternidad; pero últimamente se han dado grandes pasos en el sentido de establecer el derecho de investigación de la paternidad. Queda mucho, por hacer todavía, modificando y adaptando previas leyes a la disposición constitucional de la Asamblea de 1928-29, y a la última constitución política, a fin de que las nuevas ideas entren en el terreno práctico. El último Gobierno Provisional también dictó una ley sobre trabajo de menores y protección a la maternidad. (Bastidas, A. J.: *Bol. San.*, 39, eno.-mzo., 1932.)

México.—La primera inclusa en México, denominada “Casa de Niños Expósitos,” fué fundada en 1767 por el Arzobispo Don Antonio Lorenzana y Buitrón, a quien horrorizara, al pasar por una plazuela, el ver allí el cadáver de un recién nacido semidevorado por los perros. En una estadística formada por Carrillo desde la fundación hasta 1913, encontró un año en que las defunciones representaban 80 por ciento sobre el ingreso anual. En 1870 se avanzó un paso, al nombrar como director al Dr. Ángel Hidalgo Carpio, quien estableció una escuela para instruir a los asilados mayores. En 1884, fué nombrado director el Dr. Manuel Domínguez, quien puso los cimientos de la puericultura nacional, y comenzó por separar a los asilados que pasaban de los 6 a 7 años para ponerlos en otros establecimientos de beneficencia, de modo que los lactantes formaron la mayoría de los asilados. Con el fin de proteger a las madres, también estableció un sistema de recibir al hijo en lactancia, enviándolo al campo para que lo alimentara una nodriza. Así organizada la Casa, había dos grupos de niños: uno asilado allí mismo bajo el cuidado de nodrizas de pie, y otro cuidado por las nodrizas de campo. Dada la demanda de nodrizas, se fundó después la Inspección de Nodrizas. Domínguez también se preocupó por establecer la asistencia médica de los niños, y fué entonces que se dieron los primeros pasos (1900) para hacer la biometría infantil en México. También, se vacunaba contra la viruela a cada niño a su ingreso. Hacia 1900, Terrés fué uno de los principales propagandistas de la alimentación artificial, la cual se implantó al suprimirse los niños del campo. Después, la Sra. Carmen Romero Rubio de Díaz fundó la casa “Amiga de la Obrera,” y la Sra. Luz González Cosío de López, un pequeño asilo para lactantes, donde se suministraba leche pasteurizada. En 1919, el diario *El Universal* abrió el concurso del Niño Sano, y en 1920 y 1922 tuvieron lugar los dos primeros congresos del niño. En 1921, se fundó el primer centro de higiene infantil “Eduardo Liceaga,” y en 1923 el segundo, o sea el “Manuel Domínguez.” De 1900 a 1905, se estableció la inspección escolar en las escuelas primarias, reorganizada por el autor en 1915, cuando se crearon 40 plazas de enfermeras escolares, y se fundaron dispensarios. La Secretaría de Instrucción Pública también nombró, aunque temporalmente, profesores de pediatría en la Escuela de Medicina, y de puericultura en la Escuela Normal para maestros y en la de Enseñanza Doméstica. Durante la administración de Villanueva, el Departamento de Salubridad fundó otros 5 centros en México y varios más en algunas delegaciones foráneas y capitales de los Estados. En 1927 y 1929, una cervecería llevó a cabo otros dos concursos del Niño Sano. En 1929 se fundó la Asociación Protectora de la Infancia. Con respecto a higiene prenatal, la atención de los partos estuvo en manos de parteras hasta la primera mitad del siglo XVIII. En 1854 se fundó la primera cátedra de obstetricia teórica para parteras. La Maternidad y el

Hospital de Infancia fueron fundados en 1866 por la Emperatriz Carlota. Sin embargo, la pobreza de la beneficencia pública y las ideas reinantes impidieron hacer mayor cosa en beneficio de las gestantes. La maternidad del Hospital General, fundada en 1905, y las del Juárez y Hospital Militar, tampoco llenan las necesidades modernas. La primera discusión de la higiene prenatal en México data de 1920, en el Primer Congreso del Niño, por el Dr. Espinosa de los Reyes. Un empleado de Salubridad ha calculado que por 11 centavos gastados en resguardar la salud de un niño, se gastan 60 en enterrarlo. (Carrillo, R.: *Rev. Mex. Puer.* 226, jun., 1931.)

Resumiendo su detenido trabajo, Gómez apunta que la desnutrición en México tiene carácter de epidemia, pues los niños desnutridos, al menos en su segunda y tercera etapas, pueden ser considerados como atacados de una enfermedad crónica que los puede llevar a la muerte, o que hará de ellos individuos que proporcionarán menor rendimiento social. La mala alimentación, causa fundamental de la desnutrición, es debida primordialmente a la ignorancia y, secundariamente, a la pobreza. La verdadera protección de la infancia en México data de 1922, en que, a iniciativa del Dr. Espinosa y de los Reyes, se fundó el primer centro de higiene infantil. (Gómez, F.: *Rev. Mex. Puer.* 275, ago., 1931.)

Mortalidad infantil en Asunción.—Según Maffiodo, aunque la mortalidad infantil en Asunción fué de 110 por 1,000 en 1929 y 1930, esa cifra no es alarmante, si se compara con la de otras ciudades de Sudamérica, y hasta de Europa. En la gota de leche de Asunción, a pesar de llevar una vida mísera y precaria, ofrecieron en 1930, 43,000 tratamientos a madres y niños. (Maffiodo, M. A.: *El Diario*, dbre. 12, 1931.)

En Asunción, el tétano infantil, generalmente de origen umbilical, sigue elevando la mortalidad infantil. Al mismo grupo pertenece la mortalidad por debilidad congénita, ictericia, esclerema, etc., por reconocer la misma causa general: falta de asistencia adecuada a la madre y al niño. De 1914 a 1930 se produjeron 1,000 fallecimientos infantiles a consecuencia de tétano, o sea 10.48 por cada 100 niños muertos antes de los 2 años; y por debilidad congénita fallecieron en el mismo período 611, ó sea 6.11 por cada 100 fallecidos antes de los 2 años. Esas dos causas suman 16.59 por ciento de la mortalidad infantil a dicha edad. En el mismo período fallecieron 1,542 niños de neumonía, bronquitis y bronconeumonía, dando un porcentaje de 15.73. Las cifras de mayor mortalidad por esas causas correspondieron a 1920 y 1929, en que se produjeron epidemias simultáneas de sarampión y coqueluche. En el mismo período fallecieron de enfermedades infectocontagiosas 1,371 niños (13.98 por 100 fallecidos). La difteria y la escarlatina no tienen en el Paraguay mayor significación como causas de mortalidad infantil. La tuberculosis sí figura en el grupo, y las meningitis no especificadas, sin duda son consecuencia de esa enfermedad. La epidemia de gripe de 1918 contribuyó a aumentar la mortalidad infantil en dicho año, pues de 762 defunciones en menores de 2 años, 95 fueron a consecuencia de dicha enfermedad; en tanto que en 1920, que se produjo una epidemia de gripe en todo el país, sólo fallecieron 22. Para remediar la situación, Rivarola recomienda la creación de una Casa del Niño, con una sección de nipiología, cantinas maternas, dispensario de lactantes, oficina de inspección de nodrizas, y sección de estadística. La actual gota de leche del Departamento Nacional de Higiene y Asistencia Pública puede servir de modelo para el propuesto dispensario de lactantes. (Rivarola, J. B.: *El Orden*, nbre. 19, 23, 1931.)

Mortalidad infantil en Lima.—Según Ego Aguirre, la mortalidad infantil en Lima ha disminuído de 238.7 en 1920, a 156.8 en 1930. En 1930, la diarrea-enteritis acabó con 4.8 de cada 100 nacidos vivos. Al grupo de las otras enfermedades corresponde 2.92, al de la falta de asistencia médica 2.62, a los males del aparato respiratorio 1.86, a la meningitis 0.76, enfermedades infectocontagiosas

1.38; tuberculosis pulmonar, meníngea y otras, 2.62; bronquitis 0.22, bronconeumonía 1.86, y neumonía 0.03. Para Ego Aguirre, orientar las fuerzas protectoras de la madre y el niño dentro de un plan conveniente de asistencia y bienestar social, es tutelar la salud colectiva, y defender el porvenir de la nacionalidad. (Ego Aguirre, E.: *Bol. Mater.* 72 agto., 1931.)

Puerto Rico.—Según un informe rendido por Crumbine, Mitchell y Tapping a la Asociación Americana de Higiene Infantil, la mortalidad general en Puerto Rico casi es el doble que en los Estados Unidos, y la infantil casi tres veces mayor. Según las normas vigentes en los Estados Unidos, en Puerto Rico hay un exceso de 175,000 niños. A pesar de la desfavorable situación económica, la natalidad está calculada en más de 40 por 1,000, y el censo de 1920 consigné que 43.3 por ciento de los habitantes tenían menos de 14 años (31.7 por ciento en los Estados Unidos). La desnutrición es ubicua en Puerto Rico, y Sherman declaró en 1930 que la obtención de leche para los niños es un problema sanitario de igual rango que la hospitalización de los casos de tuberculosis abierta y la lucha antipalúdica y antiuncinária. De momento la única solución consiste en el empleo de leche enlatada, y muchos de los centros infantiles ya distribuyen leche en polvo. Debido a la luz solar el raquitismo es raro, aunque la ingestión de calcio es baja. Para Sherman la falta de calcio y de vitamina A en el régimen probablemente disminuye la resistencia a la tuberculosis. Los estudios antropométricos de Mitchell denotan que el régimen y la enfermedad han influido marcadamente sobre la talla de los portorriqueños. Aunque los niños de las clases más acomodadas revelaron una armazón esquelética y muscular mayor, y más tejidos subcutáneos que los más pobres, la caries dental era más abundante en los primeros, y todavía está por descubrirse a qué factor obscuro se debe ese fenómeno. (Crumbine, S. J., Mitchell, H. H., y Tapping, A. M.: *Am. Child Health Assn.*, 1931.)

En un editorial, el *Boletín de la Asociación Médica de Puerto Rico* (jun., 1931). hace notar que la diarrea-enteritis constituye uno de los grandes problemas que confrontan en la actualidad al Departamento de Sanidad de la isla. El coeficiente por 100,000 habitantes fué de 369 en 1920-1925, y de 446 en 1925-1930, lo cual representa un 13.9 por ciento de la mortalidad general. Los coeficientes para los menores de un año fueron de 174 y 195, respectivamente. Varios autores, entre ellos Fernós Isern, Rodríguez Pastor, y Costa-Mandry, han llamado la atención sobre la intervención etiológica de los factores alimentación y nutrición en la enfermedad.

Uruguay.—Durante el año 1930, la Asociación Uruguaya de Protección a la Infancia sostuvo 11 refectorios para niños débiles, a los que asistieron 1,530 niños; una clínica de nutrición y una escuela taller; dos colonias marítimas en el verano; distribuyó cunas, equipos, etc. Las visitadoras sociales que actuaron en las gotas de leche fueron 44. El presupuesto general del año se elevó a 71,348.80 pesos, 32,000 de los cuales representaron donaciones. Como este año ha sido suprimida la subvención del Estado, el comité ejecutivo va a intensificar la venta de las estampillas de impuesto voluntario que antes llevaban la designación de "Beso al Sol." El 31 de diciembre de 1930, la asociación tenía un capital líquido de 41,478.95 pesos. Los niños atendidos anualmente han ascendido de 108 en 1926 a 1,530 en 1930, y los almuerzos servidos de 28,990 a 259,263. (*Bol. Trim. Assoc. Ur. Prot. Inf.*, dbre, 1931.)

Jamaica.—Según Hammond, la ilegitimidad en Jamaica alcanza a 714 por 1,000 nacimientos; la mortalidad infantil a 160; y de menores de 5 años, a 222. En los estudios de higiene escolar, dos trastornos llaman en particular la atención, a saber: la frecuencia de la desnutrición, y de la caries dental. En algunos casos, eso se debe a verdadera carestía; pero en otros, los padres no facilitan a los niños el alimento apropiado. La propaganda higiénica en las escuelas, está a cargo de una oficina de la Junta de Sanidad, a la cual contribuye 480 libras esterlinas

anuales la Fundación Rockefeller, en tanto que el Gobierno aporta 2,100. La enseñanza ofrecida en las escuelas todavía peca de rutinaria, y hay que hacerla más práctica. (Hammond, S. A.: *Jamaica Pub. Health* 4, eno., 1931.)

Desnatalidad en Europa.—Las cifras de 1931 acusan para las ciudades alemanas otra nueva disminución de la natalidad, o sea 11.6 nacimientos por mil en un grupo de 20,000,000 de habitantes, comparado con 13 en 1930, cuando la natalidad ya era inferior a la de Francia y de Bélgica. En 1930, Suecia fué el único país europeo que tuviera una natalidad más baja que Alemania. La baja de la natalidad va de mano con la de la nupcialidad, pues en las grandes poblaciones notóse una disminución de 15 por ciento en los matrimonios. La mortalidad es lo único que continúa normal. En Inglaterra, en el último trimestre de 1931, también hubo una baja de la natalidad, que sólo representó 14.6 por 1,000, o sea el mínimo desde la fundación del registro civil. (Apud: *Bull. Int. Prot. Enf.*, 302, 303, mzo., 1932.)

Mortalidad infantil en Italia.—Según el último censo, el número de familias italianas que tenían por lo menos 7 hijos, llega a 1,532,206. Cini, el director del Instituto Central de Estadística, ha investigado la mortalidad infantil, declarando que el número mayor de niños corresponde a las clases más bajas, y en particular a las agrícolas. Una comparación de los datos disponibles sobre mortalidad en los primeros cinco años de la vida en las familias numerosas, demuestra que un número subido de hijos no constituye en sí mismo un factor decisivo en lo tocante a evocar mayor mortalidad infantil. Las diferencias se deben más bien a factores económicos. Sin embargo, no puede negarse que las familias numerosas ejercen cierto influjo sobre la mortalidad infantil. (Carta de Italia: *Jour. Am. Med. Assn.* 406, agto. 8, 1931.)

Causas de la mortalidad infantil.—Chandet clasifica las causas de la mortalidad infantil en médicas, morales y sociales. En Francia, las morales consisten en la falta de conciencia, por ejemplo, de una nodriza que no se ocupa suficientemente de la alimentación del recién nacido; y las sociales, en la obligación en que se encuentra la madre que trabaja de abandonar su hijo en manos extrañas. Hay que distinguir los países en que la mortalidad es baja, de aquellos en que es elevada; pero cualquiera que sea el país o el distrito, ya urbano o rural, las causas son idénticas en todas partes. En los países de baja mortalidad, si no se encuentran defunciones debidas a trastornos digestivos, hay pocas debidas a la tuberculosis, sífilis, sarampión, coqueluche, gripe, bronquitis, bronconeumonía, etc.; en cambio, la mortinatalidad y la neonatimortalidad son tan numerosas como antes. En los sectores de baja natalidad se descubrirá que la amamentación es más frecuente que antes; que la vigilancia de la leche es más rígida; y que existen buenos centros prenatales y numerosas visitadoras. A medida que las estadísticas suben, se ven aparecer otras causas: enfermedades de las vías respiratorias, infecciones agudas, y más trastornos digestivos. Estos desempeñan un papel muy importante en las regiones de mortalidad muy elevada. En cuanto a las causas de la mortinatalidad, son atribuidas por un lado al surmenaje de la mujer durante el embarazo y la sífilis y, por otro, a las malas condiciones en que tiene lugar el parto. Una vez determinadas las causas, resulta más fácil luchar contra la mortalidad infantil. (Chandet, Henriette: Apud *Bull. Int. Prot. Enf.*, No. 102, ab., 1931, p. 634.)

Higiene comunal.—Bolt resume así la aplicación práctica de la higiene comunal del niño: antes del nacimiento, educación paternal y prepaternal en las escuelas públicas, cursos de perfeccionamiento, y por las autoridades locales de sanidad; instando a las madres en ciernes a que se hagan atender por un médico y una enfermera competentes; observación sistemática por visitadoras; algún subsidio a la maternidad; protección de la madre contra las enfermedades infecciosas y medios de nutrición adecuada; exención del surmenaje y los esfuerzos industriales,

en particular en los últimos meses del embarazo; *durante el parto*, la protección de la madre y del hijo queda casi absolutamente en manos del médico y enfermera y depende en gran parte de: mejor preparación obstétrica de médicos y de enfermeras; enfermería competente antes, durante y después del parto; hospitalización apropiada; supresión de la partería peculiar o apresurada; e información más completa sobre la mortalidad materna, la mortinatalidad y la neonatimortalidad, con investigación detenida de cada caso; y *después del parto*, el resultado inmediato queda en gran parte en manos de médicos y enfermeras, pero depende de la buena asistencia prenatal y obstétrica, comprendiendo: pronta notificación e inscripción de los nacimientos; investigación de todos los nacimientos por visitadoras; exámenes periódicos sistemáticos de todos los lactantes sanos, y vigilancia con respecto a higiene y pediatría preventiva; y prevención de las enfermedades transmisibles por medio de la inmunización, siempre que sea posible. La aplicación práctica de la higiene infantil depende de la obstetricia y pediatría preventiva, de la organización de centros locales de sanidad, y de la investigación cuidadosa por enfermeras visitadoras. (Bolt, R. A.: *Am. Jour. Pub. Health* 843, agto., 1931.)

Definición de mortinato.—Según la definición de la Liga de las Naciones, por mortinato, natimorto o nacido muerto se sobreentiende el nacimiento de un feto después de 20 semanas de embarazo, sin presentar respiración pulmonar. Dicho feto puede morir, (a) antes, (b) durante o (c) después del nacimiento, pero la muerte tiene que haber tenido lugar antes de presentarse la respiración. En los diversos países las definiciones de mortinatos varían mucho; por ejemplo, en España consideran como tal al niño que nace sin signos de vida o que nace vivo pero muere dentro de 24 horas de rasgarse el cordón umbilical, clasificándolos así en las estadísticas: nacidos muertos; muriendo durante o en el momento del nacimiento; muriendo dentro de 24 horas del nacimiento; en Bélgica, al niño que nace muerto después de 180 días de gestación, comprendiendo: al que nace muerto y al que nace vivo pero muere antes de ser inserto dentro de tres días del nacimiento. En Holanda los mortinatos comprenden los niños nacidos prematuramente y muertos; los que nacen a término, muertos; y los que nacen vivos, pero mueren antes de la inscripción, o sea dentro de tres días (y a veces seis si intervienen días de fiesta) dentro del nacimiento; en Dinamarca, los fetos nacidos sin signos manifiestos de vida en la vigésimanovena semana del embarazo o después, pero si nacen antes de la vigésimanovena semana son considerados como abortos; en Noruega, los fetos nacidos muertos después de la vigésimoctava semana del embarazo; en Inglaterra, un niño que después de nacer completamente no respira ni revela signo de vida. Sobreentiéndese por nacer completamente la expulsión total del cuerpo materno, independiente de la separación completa. En los Estados Unidos se consideran como mortinatos los niños que nacen muertos después de un período que varía de 4 a 7 meses en los distintos Estados, y en el Canadá de 5 a 7 meses.

La hora y la mortinatalidad.—En el Estado de Nueva York, la mortinatalidad apenas ha disminuído de 41.4 en 1915 a 40.2 en 1929, comparado con una disminución de 38 por ciento en la mortalidad infantil. Una gran proporción, más o menos 33 por ciento de los mortinatos, son prematuros, y se conoce muy poco acerca de las causas inherentes de esa mortalidad. Con respecto a las causas que intervienen en la madre hay más datos, figurando la sífilis, la nefritis crónica, tuberculosis, extenuación general, alcoholismo y afecciones febriles, en particular influenza y neumonía. Por ejemplo, la mayor mortinatalidad mensual (63 por mil nacimientos) en el Estado correspondió a octubre de 1928, o sea el acmé de la epidemia de influenza. Son mejor conocidas las causas que intervienen durante el proceso del nacimiento, o sean la constitución de la madre, la posición del feto, y varios accidentes puerperales. Cuando el estado de la madre o la posición anormal del feto imponen la intervención mecánica, hay nueve veces más peligro

de mortinatalidad que en un parto normal. Entre las causas indirectas figuran: el sexo, talla y peso del feto; la multiparidad; el orden del nacimiento; y la edad y situación económica de la madre. Un análisis de la mortinatalidad en el área de registro de la natalidad de los Estados Unidos en 1928, y en el Estado de Nueva York fuera de la Ciudad de Nueva York de 1920 a 1929, revela que la mortinatalidad es relativamente más numerosa en los varones; que en los niños ilegítimos es casi el doble que en los legítimos; en los partos múltiples más del doble que en los solitarios; en los negros mucho mayor que en los blancos; y mayor entre los hijos de las extranjeras. Exceptuadas las primíparas, las probabilidades de mortinatalidad se enlazan directamente con el número de hijos que ha tenido la madre. Mínima entre las madres que dan a luz al segundo hijo, aumenta en cada parto sucesivo hasta alcanzar su máximo cuando han nacido 12 ó más hijos. Entre los primogénitos el coeficiente es casi tan elevado como entre los septuagénitos. Entre los hijos de las madres más jóvenes, o sea menores de 20 años, hay más peligro que en los dos grupos siguientes, correspondiendo el mínimo a la edad de 20 a 29 años. Después de los 30 años, el coeficiente aumenta con la edad hasta alcanzar el máximo entre las madres de 45 años o más. Hay otro factor que también parece intervenir, a saber, la hora del nacimiento, pues un estudio de las estadísticas del Estado de Nueva York para 1929 reveló que la mortinatalidad era mayor (44 por 1,000) entre 3 y 6 de la tarde, y que el mínimo (28) era entre las 6 y las 9 de la mañana. Todos los coeficientes del mediodía a medianoche fueron mayores que de medianoche al mediodía. Al consultar a algunos de los principales tocólogos de los Estados Unidos, indicaron que la intervención, y frecuentemente innecesaria, es probablemente la causa de los altos coeficientes de la tarde y de la noche. (DePorte, J. V.: *Am. Jour. Obst. & Gynec. eno.*, 1932.)

Protección a la infancia.—Está reconocido que todos los niños deben disfrutar del beneficio de los modernos métodos científicos en medicina, enseñanza y asistencia social. Esos métodos deben comprender: (1) Sistemáticos y periódicos exámenes médicos a cargo de un pediatra o médico familiarizado con los niños, e interesado en la medicina preventiva. Esto ya es factible, por medio de los centros infantiles. La cooperación con la familia, es esencial. (2) Protección contra las enfermedades transmisibles, por ejemplo, la viruela y la difteria, por medio de la inmunización. En todos los casos debe implantarse el aislamiento apropiado. Conviene enseñar a los padres los primeros signos y síntomas de las enfermedades transmisibles, y recalcar la obligación social de mantener a los niños enfermos alejados de los otros. (3) Fomento de la buena nutrición. La desnutrición comienza a menudo en el período preescolar, debido a malos hábitos en las comidas, regímenes malsanos o desequilibrados, o demasiada excitación. (4) Profilaxia de las cardiopatías. El control de las enfermedades infecciosas agudas, amigdalitis crónica, infecciones focales y reumatismo, sin duda contribuirá mucho a mermar la frecuencia de las afecciones del corazón. En los Estados Unidos, ya hay ciertos signos de que van disminuyendo las cardiopatías en la edad preescolar, debido a mejor dominio de las enfermedades transmisibles. (5) Higiene bucal. Esta debe comenzar temprano en la vida, pues en el período preescolar las mandíbulas y dientes van tomando su forma y estructura permanentes. Aparte de la higiene prenatal en la madre, esos años ofrecen la mejor época para comenzar la higiene bucal. La alimentación apropiada, unida a la asistencia dental periódica, otorga la mayor protección a los dientes recién formados. (6) Desenvolvimiento de medidas bien comprobadas de seguridad. Desde bien temprano en la vida, debe enseñarse a los niños los medios de resguardarse contra los accidentes. Ya se ha logrado mucho en algunos sitios, como casascunas y kindergartens, sin mencionar las escuelas mismas. (7) Higiene mental y orientación infantil. Hay que ofrecer medios, por medio de clínicas psicopedagógicas,

casascunas y kindergartens, para la observación y orientación de los niños pequeños, y en particular los que revelan anomalías, pues ése es el período en que comienzan los desajustes sociales, y resulta por ello ideal para inculcar buenos hábitos y modelar el carácter. Debe haber medios periciales de diagnóstico, y una correlación mejor y extensión de todos los recursos de la comunidad, para atender a las necesidades del niño en lo tocante a higiene mental. Con esas necesidades del párvulo a la vista, hay que determinar los medios disponibles en la comunidad para atenderlas. En casi todas las poblaciones ya hay algunos de los siguientes servicios, y los demás pueden ser agregados gradualmente: profesiones médica y dental; centros de higiene; enfermeras sanitarias y visitadoras; oficina de higiene infantil en el departamento de sanidad, que cuenta con centros infantiles; clínicas y dispensarios; casascunas y kindergartens; clínicas psicopedagógicas; asociaciones de padres y maestros; sitios de recreo escolares y públicos; y medios de enseñanza paternal y prepaternal. (Bolt. R. A.: *Am. Jour. Pub. Health*: 1162 obre, 1931.)

Enseñanza de la pediatría.—En el informe de la subcomisión de enseñanza médica de la Conferencia de la Casa Blanca sobre Higiene y Protección Infantil, se discuten en particular estos tres puntos principales: práctica del médico y opinión de éste sobre la suficiencia de su preparación pediátrica en la Facultad Médica; puesto que ocupa la pediatría en los cursos de estudios, con las horas concedidas, asignaturas y medios disponibles; y necesidad de cursos de perfeccionamiento y medios disponibles para éstos. En sus recomendaciones, la subcomisión declara que la pediatría es una de las asignaturas clínicas fundamentales, y que debe ser reconocida como tal por las Facultades de Medicina. El departamento de pediatría debe, pues, ser independiente, gozar de un rango igual al de otros departamentos y poseer un claustro académico suficiente, con medios hospitalarios, clínicos y de laboratorio. El mínimo para la enseñanza debe comprender: 50 camas para lactantes y niños bajo la dirección del jefe del departamento; 10 camas para recién nacidos en un hospital o departamento de maternidad, bajo la dirección del departamento de pediatría; una clínica externa en que haya por lo menos 10 nuevos casos pediátricos cada año por cada estudiante del último año; una clínica para lactantes sanos, que permita enseñar la alimentación, crecimiento y desarrollo normales; afiliación con un hospital de enfermedades contagiosas; laboratorios para investigación y análisis. La pediatría debe ser enseñada desde su punto de vista más amplio, recalando los procesos del crecimiento y el desarrollo y las medidas preventivas, así como las enfermedades de la infancia. Los cursos de perfeccionamiento deben abarcar los siguientes puntos: crecimiento y desarrollo físico y mental del lactante y del niño, y factores que intervienen; necesidades nutritivas de la infancia y la niñez, incluso alimentación; enfermedades nutritivas de la infancia y la niñez, y su tratamiento y profilaxia; enfermedades contagiosas: su reconocimiento, profilaxia y tratamiento; enfermedades y estados patológicos propios de la infancia; manifestaciones peculiares de ciertas dolencias en la infancia; el medio ambiente y la higiene como factores de importancia en la niñez; aspectos sociales de la pediatría; procedimientos especiales; importancia de las medidas preventivas específicas; y ciertos estados cuyo reconocimiento inmediato es indispensable para evitar la muerte. En el curso de 4 años, deben dedicarse por lo menos 200 horas de enseñanza a la pediatría, lo cual concederá tiempo suficiente para el trabajo en las salas y las clínicas, además de los cursos de rigor. Pueden ofrecerse otras asignaturas a elección. Hay que estudiar cuidadosamente la enseñanza de la pediatría desde el punto de vista pedagógico. Los cursos intensos de repaso (de preferencia de 4 semanas), deben ser continuados para los estudiantes ya diplomados. También deben continuarse los cursos de ampliación ya ofrecidos en algunas partes, e introducirse donde no existen.

Alimentación en Chile.—Morales Beltrami apunta que la sanidad debe conceder atención muy preferente a la alimentación del lactante. Entre los niños de Chile, en particular de la clase pobre, la perturbación más frecuente proviene de una alimentación defectuosa en cantidad. En Santiago, la población media de niños de un mes a dos años de edad viene a ser de unos 45,000. De ellos, un 30 por ciento pueden ser dejados totalmente al cuidado de los padres, por permitirlo la situación económica del hogar, sin perjuicio de la vigilancia periódica por una organización central. El Patronato Nacional de la Infancia atiende en 12 gotas de leche a 2,500 niños. Quedan, pues, 27,000 niños privados de recursos o con medios limitados que, en la actualidad, constituyen la clientela flotante de los policlínicos y dispensarios, parte de los cuales podrían ser atendidos en las mismas gotas de leche, y el resto en los actuales centros preventivos de sanidad, si se les dotara de una cocina de leche anexa. Para ello, sería indispensable aumentar los recursos del Patronato y destinar una suma apreciable en el presupuesto de sanidad al mantenimiento de cocinas de leche. A fin de poder controlar la alimentación de esos niños, es indispensable establecer un fichero central del niño, comenzando, a guisa de ensayo, en Santiago. El fichero estaría anexo a las oficinas del Registro Civil, pero dependiendo directamente de la Dirección General de Sanidad o sus representantes. En Santiago sería muy fácil comenzar a formarlo con el auxilio de las visitadoras sociales, enfermeras sanitarias, Patronato de la Infancia, y otras instituciones semejantes. (Morales Beltrami, G.: *Bol. Serv. Nac. Sal.*, 233, eno., 1932.)

Fundamentos de la alimentación infantil.—Durand repasa a grandes rasgos los adelantos de la alimentación infantil en los últimos siglos. En el Asilo de Lactantes de Berlín, la mortalidad ha disminuído de 12.9 por ciento en 1920, a 9.3 en 1923, 4.3 en 1925, 3 en 1929, y 2.5 por ciento en 1931, habiéndose entretanto eliminado casi en absoluto las amas de cría. En dicha institución fué que Finkelstein, Meyer y sus colaboradores, elaboraran muchos de los principios de mayor valor en la alimentación infantil. Entre esos puntos, pueden recalcar los siguientes: hay que modificar los coágulos de caseína de la leche de vaca, bien por la ebullición o la acidificación; hay que tomar en cuenta el contenido de vitaminas; el hambre es el peor peligro del niño, y mientras más pequeño, mayor; el agua de cebada, agua albuminosa y leche descremada han hecho más daño a los lactantes que ninguna otra cosa, salvo, quizás, las bacterias patógenas; debe ampliarse cuanto antes la dieta, y cada vez se administran más tempranamente y sin dificultad, yema de huevo, cereales, aceite de hígado de bacalao, verduras, pulpa de frutas, carne, pescado, etc.; los pediatras se van curando de la moda de los régimenes unilaterales, y van aprendiendo a formular la alimentación que contiene las mejores cuotas de todos los alimentos necesarios; en general, el mejor guía es la leche de pecho, en la cual la proteína, las grasas y los hidratos de carbono figuran en los porcentajes de 1, 3.5 y 7. Meyer ha dicho que la relación más importante es la de 1:2 entre los dos últimos alimentos, y que el fracaso de la leche de vaca pura se debe a su proporción de 1:1. Existe una tendencia constante a mermar la proporción de leche en la alimentación infantil, y Moll y Hess han apuntado ciertos peligros debidos a las cantidades excesivas de la misma. La escuela alemana fija el límite de 0.5 litro como total para un día. El total de líquido debe también limitarse, y salvo en las épocas de calor excesivo, fiebre o diarrea acuosa, el pequeño lo pasa bien ingiriendo sólo la quinta parte de su peso en líquido en las primeras semanas, la séptima parte a los 6 meses, y la octava hasta cumplir el primer año. De ese modo, hay menos vómitos, se toma mejor el biberón, no se mojan tanto la cama y la ropa, hay mejor protección contra los cambios en la temperatura atmosférica, y se irrita menos la piel. (Durand, J. I.: *Jour. Am. Med. Ass.*, 275, jul. 23, 1932.)

Leche de frijoles.—Fundándose en sus observaciones en siete casos que, desde luego, son insuficientes para sacar conclusiones definitivas, Peña deduce que la leche de frijoles es un alimento bien tolerado por el organismo infantil, aun sin adición de azúcar, lo cual permite administrarlo en cantidades mayores que el babeurre y la leche albuminosa. Dada la pobreza en algunos ácidos amínicos, debe emplearse por tiempo limitado, por lo menos en forma pura, y pasar pronto a un régimen atenuado o lácteo. Dicha leche modifica rápidamente la naturaleza ácida de las deposiciones en la dispepsia, transformándolas en alcalinas; permite la realimentación con buenos resultados después de una dieta hídrica conveniente en casos de trastornos nutritivos agudos; y puede emplearse en los casos en que está contraindicada la leche de vaca, siempre que se asocien otras sustancias ricas en ácidos amínicos, o pequeñas cantidades de leche. (Peña, J.: *Rev. Chil. Ped.*, 138, ab., 1932.)

Prevención de la pérdida de peso en el recién nacido.—Eder y Bakewell, de la Clínica de Santa Bárbara, California, declaran que, agregando 325 mgms de citrato de sodio a cada 60 c c de suero lactosado al 5 por ciento, y administrándolo a los recién nacidos en los primeros días de vida, parece disminuir la pérdida inicial de peso. En 100 criaturas consecutivas, la pérdida media fué de 150 gms. En comparación con los lactantes no tratados, el peso primitivo se recupera antes: en 83 por ciento a los 14 días o antes. El estado general de los niños así tratados también fué mejor. Por supuesto, se necesitan más observaciones para determinar el valor real de este tratamiento. (Eder, H. L., y Bakewell, B.: *Am. Jour. Dis. Child.* 1079, nbre., 1931.)

Babeurre.—Para Ribadeau-Dumas y colaboradores, después de la leche de pecho el babeurre es la sustancia que contiene más proteínas favorables para la nutrición de los pequeños; pero como está privado de grasa, se convierte en peligroso si el régimen va a ser mantenido mucho tiempo. En cambio, asociado con sustancias complementarias, como mantequilla, vitaminas, hidratos de carbono, extracto de levadura o legumbres, el babeurre es un alimento de lo más útil en la hipotrofia infantil. (Ribadeau-Dumas, Mathieu, R., y Guédé: *Gaz. Hôp.* 168, fbno. 3, 1932.)

Cobre.—Zondek y Bandmann hacen notar que las recientes investigaciones han demostrado la importancia biológica de ciertos metales, incluso el cobre. Steenbock y sus colaboradores observaron que las ratas pequeñas alimentadas por mucho tiempo exclusivamente con leche de vaca, manifestaban gradualmente síntomas de deficiencia, que sólo contrarrestaba la administración de sales cúpricas. A fin de determinar si la falta de cobre en la leche de vaca afectaba nocivamente a los lactantes humanos, Zondek y Bandmann compararon la leche humana y la de vaca. La primera resultó ser unas tres veces más rica en cobre que la última. La diferencia, equivale a 0.4 mgm por litro. Las mezclas de leche de vaca acusan también deficiencia de cobre. Según esos datos, parece conveniente administrar profilácticamente cobre a los lactantes alimentados artificialmente. (Zondek, S. G., y Bandmann, M.: *Klin. Wchnschr.* 1528, agto. 15, 1931.)

Fiebres alimenticias.—Resumiendo sus estudios de las fiebres alimenticias del lactante, Lereboullet afirma que las más indiscutibles son la fiebre de leche seca, la de sal y, en un orden de ideas algo distinto, la escorbútica. Las otras variedades son más debatidas. De eso se desprende que el interés del asunto es sobre todo doctrinal. En otras palabras, existen fiebres sin infección, debidas exclusivamente a la forma de alimentación y ligadas con un desequilibrio del aparato de regulación térmica, cuyo estudio pone de manifiesto la importancia extrema del agua en el metabolismo general. Debe haber, pues, cierta proporción entre la cantidad de alimentos ingeridos y la del agua que los acompaña. En las fiebres alimenticias (exceptuada la escorbútica), la concentración alimenticia es

o que desempeña el papel capital. La sal, y quizás también el azúcar, no intervienen más que atrayendo y fijando el agua en los tejidos. El interés práctico de esos hechos es bastante limitado, pues se trata de manifestaciones raras, y hasta excepcionales. Sin embargo, hay que conocer su posibilidad, aunque no sea más que para prevenirlas. (Lereboullet, P.: *Progrès Méd.*, agto. 8, 1931, p. 1405.)

Párvulos.—Sumarizando la protección comunal para el niño de 1 a 6 años, Wilinsky declara que es indispensable la dirección médica competente, ya sea por un médico particular o por el pediatra de una clínica; viniendo después la enfermera preparada, que conoce los fundamentos de la higiene mental, la postura y otros factores higiénicos de importancia. Hay que prestar atención a la nutrición, la higiene mental, y a la postura, de acuerdo con los fondos disponibles. Debe reconocerse la importancia de la profilaxia dental, ofreciendo medios no tan sólo al escolar, sino al párvulo. No hay que olvidar los sitios de recreo, la vigilancia de las casas-cunas, etc., comprendiendo en ello la prevención de la tuberculosis mediante el régimen, la educación higiénica, el aislamiento, etc. Luego vienen: el control de las enfermedades transmisibles por la inmunización, la cuarentena, aislamiento, etc.; y la instalación de medios de corregir los defectos descubiertos en el niño. (Wilinsky, C. F.: *Am. Jour. Pub. Health* 851, agto., 1931.)

Vestido del niño obrero de Quito.—Según las observaciones de Meythaler y sus colaboradores, sólo un 7 por ciento de los niños observados en Quito reúnen las condiciones de un vestido higiénico, 8 por ciento se encuentran pésimamente vestidos, y 43 por ciento no satisfacen los anhelos de la higiene. Para subsanar esas deficiencias, los autores describen las condiciones que, según la higiene, debe reunir el vestido de los niños obreros de Quito. (Meythaler, C. A., Capelo G., T. R., y Hämmerle, G.: *An. Univ. Central* 76, jul.-sbre., 1931.)

Protección del niño obrero en Quito.—Haciendo notar que la vivienda del niño obrero de Quito es por lo general antihigiénica, y que las defectuosas condiciones de vida influyen notablemente sobre la enorme mortalidad infantil que, según las estadísticas de la Dirección General de Sanidad sube a 52 por ciento, Cadena, Rueda y Durruty recomiendan: construcción de barrios obreros con habitaciones baratas e higiénicas; mejorar la condición de la madre obrera con la fundación de cantinas maternas y establecimientos similares; establecimiento de casas cunas; fundación de cajas de ahorro destinadas a mejorar la alimentación y vestidos del niño, que serán sostenidas por los padres, la beneficencia y los patronos; creación de hospitales de niños, dispensarios gratuitos y enfermeras visitadoras; y fundación de kindergartens especiales para niños de obreros. (El coeficiente de mortalidad infantil (menores de un año) en Quito fué de 240 por 1,000 en 1921.—RED.) (Cadena, Reina M., Rueda, A., y Durruty: *An. Univ. Central* 69, jul.-sbre., 1931.)

Isohemaglutinación y paternidad.—Wiener reitera que la determinación de los grupos sanguíneos no posee valor para demostrar la paternidad en un caso dado, aunque sí puede ser utilizada para demostrar lo contrario. Sin embargo, no en todos los casos en que se imputa inexactamente la paternidad a un individuo, demostrarán los grupos sanguíneos su inocencia; por ejemplo, si da la casualidad que el padre putativo y el verdadero pertenecen al mismo grupo. Se tiene calculado que un individuo acusado falsamente de paternidad, puede ser exonerado aproximadamente en la sexta parte de los casos por medio de los grupos sanguíneos de Landsteiner. Si se buscan también los aglutígenos M y N, las probabilidades aumentan a una de tres. Otra aplicación de estos aglutígenos es en los casos en que se han confundido recién nacidos en los hospitales, pues más de dos terceras partes de esos casos pueden esclarecerse buscando los aglutígenos A, B, M y N. (Wiener, A. S.: *Jour. Am. Med. Assn.*, 242, jul. 16, 1932.)

En un fallo reciente, la corte de casación de Italia aceptó como prueba de paternidad la relación del grupo sanguíneo del niño con el de los supuestos padres. Según el tribunal, muchas de las dudas que rodeaban la teoría de Landsteiner al principio, han sido eliminadas por los perfeccionamientos técnicos introducidos por Lattes, Schiff y Cuboni. A fin de que los resultados sean más terminantes, el examen debe extenderse a los grupos sanguíneos de ambos padres, pues los 2 aglutinógenos, actuando como dominantes mendelianos, no aparecerán en los hijos, de no existir en uno u otro padre. De ahí que sólo pueda declararse que el hijo tiene otro padre, si su sangre no armoniza con la del supuesto padre o la supuesta madre. (Carta de Italia: *Jour. Am. Med. Assn.*, 1089, obre. 10, 1931.)

Enfermedad celíaca en Argentina.—Rascovsky comunica un caso de infantilismo intestinal en una niña de cuatro meses y medio en Buenos Aires. (Rascovsky, A.: *Arch. Arg. Ped.* 725, dbre., 1931.)

De Elizalde y White comunican otro caso en una niña, también de Buenos Aires. (Uno de los autores ya había observado un caso semejante en 1928 en una niña de dos años, que mejoró mucho con un tratamiento persistente.) Los autores ponen al día la bibliografía, complementando así los trabajos de Lennedorff y Mautner en 1927, y Fanconi en 1928. (De Elizalde, P., y White, F. E.: *id.*, p. 746.)

Enfermedad de Still.—Hernández Zozaya comunica un caso de enfermedad de Still en Venezuela en un niño de cuatro años y medio. (Hernández Zozaya, G.: *Rev. Policl. Caracas*, nbre, 1931, p. 201.)

Acrodinia.—Martín describe un caso de acrodinia en un niño de 13 días de edad, llevado al Centro de Higiene Infantil Manuel Domínguez. Todos los síntomas fueron característicos. (Martín, J. J.: *Rev. Mex. Puer.* 293, agto., 1931.)

Wyllie y Stern obtuvieron resultados favorables con el hígado crudo en cinco casos de acrodinia (eritredema). En cuatro, la mejoría fué bastante rápida. (Wyllie, W. G., y Stern, R. O.: *Arch. Dis. Child.* 137, jun., 1931.)

Hemofilia.—Considerando que la hemofilia sólo existe en el varón, pero la transmite la mujer, y que ésta potencialmente debe padecer la enfermedad, pero la cohibe alguna sustancia del organismo femenino, Birch trató a dos hemofílicos con la ovarioterapia y los trasplantes ováricos, obteniendo magníficos resultados. Visto el éxito, a indicación del Dr. Carlson comprobó la orina de los hemofílicos en busca de la hormona sexofemenina, utilizando para ello ratas blancas hembras. Aunque la serie sólo comprendió cinco enfermos y el número de inyecciones fué pequeño, los resultados fueron tan constantes que el autor deduce que la orina de los hemofílicos intensos es deficiente en dicha hormona. Continúa ahora los experimentos con la orina de 22 hemofílicos. (Varios investigadores ya han demostrado que el varón normal tiene una parte de mujer, y que puede aislarse la hormona sexofemenina de la orina de los varones normales.) (Birch, C. L.: *Jour. Am. Med. Assn.* 244, jul. 25, 1931.)

Según un comunicado del Departamento de Beneficencia del Estado de Illinois, en septiembre de 1931 había 22 hemofílicos que recibían la ovarioterapia propuesta por el Dr. Carroll C. Birch. (*Welfare Bull.*, III. Dept. Health, sbre. 1931.)

Mills declara que ha observado el empleo de la ovarioterapia en varios hemofílicos por la Dra. Charlotte Wiedemer, de Cincinnati, durante el año pasado, y el tratamiento posee valor indudable, aunque no es en modo alguno curativo. El efecto de una sola inyección es muy escaso, y el beneficio sólo aparece después de haber hecho inyecciones cada 2 ó 3 días por una semana o más. (Mills, C. A.: *Jour. Am. Med. Assn.* 2156, jun. 11, 1932.)

Wiener declara que, en su opinión, ninguna de las pruebas propuestas para determinar los portadores femeninos de la hemofilia, poseen el menor valor. En

el *Eugenical News* de diciembre de 1931, se declaró que el único método conocido para diferenciar a una portadora de otra, consiste en dejar que ambas tengan hijos o nietos, y determinar la proporción de hemofílicos entre la descendencia. Birch ha declarado que las supuestas pruebas del tipo de la sangre y de la reacción al veneno de cobra, no han dado resultado. Kubanyi determinó los grupos sanguíneos de las familias hemofílicas, sin poder descubrir ninguna relación. (Wiener, A. S.: *Jour. Am. Med. Assn.* 2008, jun. 4, 1932.)

Ictericia neonatal.—Según Ochoa Escobedo, en México (Guadalajara) la ictericia hemolítica del recién nacido se presenta en 80 por ciento de los niños en quienes se espera para cortar el cordón hasta el completo cese de los latidos de las arterias umbilicales y en seguida se les baña, en tanto que soló aparece en 18 por ciento de aquéllos en quienes se hace el corte inmediatamente después del parto y a quienes, en vez de bañarse, se les abriga. El pronóstico es favorable. (Ochoa Escobedo, M.: *Rev. Mex. Puer.* 213, fbro., 1932.)

Para Ortloph, la ictericia neonatal es un proceso fisiológico, y repasa las observaciones de muchos investigadores que han estudiado la etiología de ese estado. (Ortloph, W.: *Ztschr. Kinderhknde.* 657, mzo. 20, 1931.)

Bernheim-Karrer y Grob hacen notar que la causa de la ictericia neonatal grave, no está bien comprendida todavía. Tomando por base que puede ser efecto del envenenamiento de la sangre fetal por los productos del metabolismo materno, se han introducido en la profilaxia todos los procedimientos acostumbrados en las toxicosis gravídicas, pero sin mucho éxito. Los autores han probado la hepatoterapia en un caso de ictericia neonatal grave, y en varios de ictericia neonatal simple, con resultados, al parecer, favorables. (Bernheim-Karrer, J., y Grob, M.: *Ztschr. Kinderhknde.* 672, mzo. 20, 1931.)

Grob estudió el papel de la hemaglutinación en la ictericia neonatal (hipótesis de Lenart) en 100 recién nacidos icterícos, y las madres. La distribución porcentaria de los diferentes grupos sanguíneos en madres y en hijos, fué casi idéntica. Sólo había relaciones aglutinófilas en la tercera parte de los casos, lo cual demuestra que no son la única, ni la principal causa de la ictericia, pero pueden tener cierta importancia. El autor también investigó la isoaglutinación de los hematíes del niño por la leche materna reabsorbida, demostrando que tampoco pueden revestir importancia primordial. (Grob, M.: *Ztschr. Kinderhknde.* 726, mzo. 20, 1931.)

Muguet en Montevideo.—En la Casa del Niño de Montevideo, bajo la dirección del Dr. Bauzá, entre cerca de 1,000 niños se ha observado muguet en 30 por ciento en los primeros 15 días de edad; en 10 por ciento de los 15 a los 30 días; en 5 por ciento en el segundo mes; y en 1 por ciento de 3 a 10 meses. Esas cifras se fundan en el examen clínico. Utilizando los cultivos, se encontró muguet en 100 por ciento de los niños de 0 a 15 días; y nunca en los mayores de 2 meses. La influencia de la nutrición está subordinada a la edad en la aparición del muguet. La frecuencia es mayor en los trastornos nutritivos agudos que en los crónicos. Ni el eritema ni la diarrea coinciden con el muguet. El mal estado general no presupone la existencia forzosa de muguet. Este puede manifestarse abiertamente o permanecer latente. El contagio no es siempre a predominio bucal, interviniendo también los pechos y las manos de la nodriza. El traumatismo de la mucosa bucal está proscrito en la cuna y, sin embargo, el muguet aparece. El autor conviene con Finkelstein en que la limpieza mecánica y los toques repetidos no hacen sino exacerbar el mal. Ningún tratamiento manifiesta una acción constante. En la cuna emplean chupones de gasa empapados en glicerina boratada al 10 por ciento, que se ponen 3 ó 4 veces al día durante 10 minutos. En las formas intensas agregan toques con agua oxigenada pura alcalinizada. Ni el oxicianuro de mercurio al 1 por 4,000, ni el azul de metileno al 1 por ciento han dado resultado. Aun después de la curación clínica puede observarse la monilia en los cultivos. (Obes Polleri, J.: *Arch. Arg. Ped.*, 256 ab., 1932.)

Malformaciones anales del recién nacido.—Urrutia afirma que, sumamente raras, las malformaciones anales del recién nacido, según las estadísticas de dos maternidades de Santiago de Chile, hay un caso por cada 5,000 niños nacidos vivos. Entre 689,064 tratamientos de niños menores de 12 años, se comprobaron 11 casos, o sea 3 enfermos por cada 200,000 tratamientos; en la Asistencia Pública, en 19 años, entre 906,622 atendidos, 3 casos; en la Maternidad del Salvador, entre 4,491 partos en 3 años, 1 caso; y en la Maternidad de San Vicente, entre 9,826 partos en 5 años, 2 casos. De las malformaciones congénitas, las anales son las menos frecuentes. En el sexo femenino, son más comunes los abocamientos anormales, y en el masculino, las imperforaciones y ausencias. (Urrutia U., C.: *Rev. Chil. Ped.* 213, mayo, 1931.)

Pie bot en Chile.—Al repasar las estadísticas del Hospital de Niños Manuel Arriarán, Inostrosa observó que entre las deformaciones congénitas, el pie bot o zambo representaba un 11 por ciento (Bessel Hagen menciona 10 por ciento, y Chaussier 28 por ciento). De las cuatro variedades: equinus, talus, varus y valgus, la combinación varo-equina representaba de 86 a 90 por ciento, quedando 11.2 para el talus-valgus, 0.7 equinus, 1 talus, y 0.3 por ciento equinus-valgus. La herencia sólo ha sido encontrada en 4 a 5 por ciento. La frecuencia es de 2 a 3 por ciento en los niños varones. La lesión es unilateral en 40 por ciento, localizándose de ordinario en el lado izquierdo. El autor hace notar que, tratada la deformación en forma correcta desde los primeros días de vida, se puede obtener una curación perfecta, tanto anatómica como funcional; pero el tratamiento no termina con la corrección, sino que debe continuarse la vigilancia durante los primeros años de vida. (Inostrosa, A.: *Rev. Chil. Ped.* 131, ab., 1932.)

Libretas para los alumnos de la Beneficencia en México.—A partir del presente año, cada uno de los 3,200 alumnos de los planteles educativos dependientes de la Beneficencia Pública de México, tendrá su libreta médico-escolar, en que constarán la historia clínica y la escolar, anotadas respectivamente por el cuerpo médico y el personal docente. Las libretas contendrán: antecedentes familiares; datos patológicos hereditarios; datos personales no patológicos, enfermedades y accidentes, más el resultado de un examen médico completo con datos sobre cada uno de los aparatos y sistemas. (*El Universal*, eno. 25, 1932.)

Escolares de los Estados Unidos.—El Servicio de Sanidad Pública de los Estados Unidos acaba de publicar un informe ("The Health of the School Child," Pub. Health Bulletin No. 200) de los estudios de la salud de los escolares llevados a cabo en la ciudad de Hagerstown, Maryland, utilizando los datos recopilados en otras investigaciones del mismo género en otras partes del país. Durante los últimos 15 años, los médicos del Servicio han examinado unos 30,000 niños. El absentismo entre unos 4,000 escolares de Hagerstown, equivalió a 13 días por niño en el año escolar: 57 por ciento debido a enfermedad, y 43 por ciento a otras causas. Los pequeños perdieron más tiempo que los grandes en general, pero menos tiempo debido a causas que no eran enfermedad. Los trastornos que motivaron más enfermedad fueron: resfriados, dolores de cabeza, trastornos digestivos, amigdalitis y angina, dolor de muelas, e influenza. Según el tiempo perdido, los más importantes fueron: resfriados, influenza y gripe, amigdalitis y angina, sarampión, parotiditis y trastornos digestivos. Los casos de enfermedad fueron 8 por ciento más en las mujeres que en los varones, y de 32 causas comunes a ambos sexos, las niñas superaron a los niños en 17. Los 6 estados más frecuentes descubiertos fueron: caries dental, defectos visuales, afecciones amigdalinas, infarto de los ganglios cervicales anteriores, exceso de cerumen, e hipertrofia tiroidea. La proporción de niñas con uno o más defectos físicos fué 3 por ciento menor que de niños. De 34 clases de defectos físicos observados, a proporción fué mayor para las niñas en 14, y para los niños en 20. Según

los exámenes dentales, 40 por ciento de los niños tenían 5 o más dientes cariados, y 25 por ciento uno o más tan cariados, que sólo podían ser considerados como regiones. La mortalidad alcanza su mínimo a la edad de 10 a 14 años, y de los 5 a los 19 años sólo representa una fracción del total antes de los 5 años o en los ancianos. Entre los niños de 5 a 19 años, las 6 más importantes causas de mortalidad son: accidentes, tuberculosis, cardiopatías, neumonía, difteria y apendicitis. Los accidentes son con mucho la causa principal, constituyendo los accidentes automovilísticos como la tercera parte de ese grupo. Entre las enfermedades, la tuberculosis del aparato respiratorio es la más importante causa de muerte. En las niñas de 5 a 19 años la mortalidad es 15 por ciento menor que en los varones, y de las 28 causas más importantes, los varones tenían coeficientes mayores en 18. En los 27 años transcurridos de 1900 a 1927, la mortalidad general entre los niños de 5 a 19 años en la primitiva área de registro de los Estados Unidos ha disminuido en 44 por ciento. La tuberculosis del aparato respiratorio ha revelado una baja más o menos constante; la extrapulmonar aumentó hasta 1910, pero desde entonces ha disminuido algo más rápidamente que la pulmonar. Exceptuados los años 1918, 1919 y 1920, la neumonía ha disminuido algo, pero cuando se combina con la influenza, la baja es escasa o nula. La mortalidad debida a las cardiopatías sólo ha aumentado ligeramente en las personas de 5 a 19 años. Las nefritis agudas y crónicas han disminuido constantemente desde 1900, en contraposición a lo observado en la población en general. La diabetes aumentó ligeramente de 1900 a 1922, pero de 1923 a 1927 ha bajado casi a la mitad que antes, sin que en la población en general se observe un fenómeno semejante. La apendicitis ha aumentado gradualmente; la tifoidea y la diarrea-enteritis han disminuido mucho desde 1900, y la primera en particular. La disentería disminuyó considerablemente hasta 1912, fluctuó alrededor de las mismas cifras por 8 ó 9 años, y ha disminuido marcadamente desde 1921. La escarlatina ha disminuido mucho desde 1900, y el sarampión y la tos ferina algo. La meningitis ha disminuido marcadamente desde 1905, pero la mortalidad de la poliomiелitis ha aumentado desde 1916. La mortalidad debida a accidentes de todo género entre los niños de 5 a 19 años ha aumentado ligeramente desde 1900, pero la debida a automóviles mucho desde 1906, si bien el aumento relativo no ha sido tan marcado en los últimos años como antes de 1920. (En los Estados Unidos existen unos 38,000,000 de niños de edad escolar (5 a 20 años). Como en 1920, 64.3 por ciento del total asistían a la escuela, si rige la misma proporción, debe haber unos 24 millones de niños en las escuelas.)

Caries dental en los escolares.—Resumiendo el resultado de 12,435 exámenes dentales realizados por el Servicio de Sanidad Pública de los Estados Unidos en 4 localidades de otros tantos Estados diversos de los Estados Unidos, Stoughton y Meaker afirman que el mayor porcentaje de caries en los dientes de leche corresponde a los 7 y 8 años, en tanto que la mayor frecuencia de raíces residuales es entre los de 8 años. En los niños de 6 años, es mayor el porcentaje de fistulas en los dientes de leche. El número de niños con empastes en los dientes de leche es menos apreciable, por lo pequeño. El porcentaje de niños que tienen dientes permanentes cariados, perdidos o empastados, aumenta rápidamente hasta los 8 años, y más lentamente después. La frecuencia de caries sin empastes en los dientes permanentes, aumenta con la edad. A la edad de 14 y 15 años, hubo más niños que tuvieron dientes permanentes casi destruidos por caries, que a otras edades. El porcentaje de empastes, así como de extracciones, aumenta con la edad. Consideradas en conjunto ambas clases de dientes, como 90 por ciento de los niños tenían un diente cariado, carente o empastado. Una proporción mucho mayor de niños pequeños tenían dientes cariados sin empaste; y un número todavía mucho mayor, por lo menos un diente casi destruido por caries. El número de niños con empastes dentarios es mucho mayor entre los mayores que en los más pequeños. El porcentaje de fistulas dentarias es relativamente

elevado entre los menores de 10 años. (Stoughton, Amanda L.; y Meaker, Verna T.: *Pub. Health Rep.* 2608, obre. 30, 1931.)

Higiene bucal en Buenos Aires.—En 1912 se creó en Buenos Aires el primer servicio odontológico en las escuelas. En 1924 se elevó el número de odontólogos inspectores a 4; para 1925, ya había 6 maestros dentistas y 89 visitadoras, pudiéndose así certificar que 70 por ciento de 140,000 niños examinados padecían de caries. El número de consultas alcanzó a 15,000 en 1925, 16,000 en 1926, y el número de consultorios se elevó de 10 en ese año a 19 en 1929, época en que se independizó la sección odontológica del Cuerpo Médico Escolar con el nombre de Cuerpo Odontológico Escolar. Para atender a los 250,000 alumnos que concurren a las escuelas primarias de Buenos Aires, es necesario contar con muchos consultorios ubicados estratégicamente en cada distrito, y calculando 2,000 alumnos por consultorio se necesitan 125 consultorios, en tanto que hoy día hay unos 25. De todos los puntales de la campaña profiláctica en las escuelas, la visitadora es el más sólido y eficaz. (Chaneles, J.: *Rev. Odont.* 2, eno., 1932.)

Japón.—En las escuelas primarias del Japón examinaron 10,000,000 de niños. La proporción de caries dental fué de 95 por ciento en las ciudades y de 70 por ciento en el campo; y de tracoma, 20 y 80 por ciento. Los débiles mentales representaron 2,200,000, ó sea 20 por ciento del total. El Ministerio de Educación ha convocado una reunión de médicos escolares para estudiar el asunto. Los niños de Tokio son más altos que los del resto del país. (Carta del Japón: *Jour. Am. Med. Assn.* 119, jul. 11, 1931.)

Estudio experimental del niño.—Poiry declara que para el estudio del niño precisan los dos procedimientos: el de laboratorio y el de las pruebas; revelando el primero las leyes de carácter general, y el último las diferencias psicológicas individuales. Los métodos de educación deben basarse en las leyes deducidas de la observación precisa de la naturaleza infantil. Parece urgente instalar laboratorios de investigación fisiopsicológica en todas las escuelas normales, a fin de preparar verdaderos educadores, capaces de determinar y de desarrollar las aptitudes del niño. En esos laboratorios se estudiará en particular: el establecimiento de la ficha familiar de cada alumno; de la ficha antropométrica; la determinación del cociente individual con la correspondiente clasificación; el examen de la inteligencia por los diversos métodos disponibles, a fin de determinar las posibilidades intelectuales y profesionales; la exploración de la agudeza de los sentidos; enfermedades de la atención y de la memoria; la determinación de los grados y clases de memoria, imaginación, poder de asociación, y de conciencia psicológica; la aptitud para generalizar y razonar; la exploración de la afectividad, emotividad y aptitud estética; investigaciones sobre la voluntad, los movimientos reflejos y la sugestibilidad; experiencias sobre la fatiga física y la intelectual por los diversos métodos actuales; y la uniformación de la lectura mental y oral en todos los años, y lo mismo para la escritura, la ortografía y la composición; para la aritmética, el álgebra y la geometría; para la geografía y la historia; para las ciencias naturales; para los estudios experimentales; para el dibujo y el canto, y para las lenguas vivas; experiencias libres; preparación de pruebas, de fichas, cuestionarios, etc.; y publicación de los resultados obtenidos. Cada laboratorio tendrá a su frente un especialista adiestrado. El autor publica una lista del instrumental de uno de esos laboratorios. (Poiry, I.: *Bull. Int. Prot. Enf.*, No. 102, ab., 1931, p. 585.)

En Buenos Aires, gracias a de Arenaza, se instaló en la Alcaldía de menores una escuela de observación, pero que no prosperó desde el punto de vista médico-pedagógico por falta de local y recursos. En la Alcaldía hay asilados 167 niños de 6 a 19 años, y la mayoría de 16 a 19. La Alcaldía, que debe ser puro sitio transitorio para los menores, se ha convertido en verdadero asilo por estar congestionados los establecimientos públicos y privados. La escuela de observación

no existe por razones de orden económico, es decir, que sólo existen tres preceptores, y como no hay talleres, no se puede hacer la orientación profesional, y tampoco se puede enviar al menor a una colonia agrícola sin conocer sus aptitudes. Las instituciones privadas reciben a los menores con poca simpatía por llegar ya pervertidos o corrompidos. En una colonia del Patronato de la Infancia en que hay menores enviados por el tribunal y por la familia, en un año se fugaron un 26.6 por ciento de los primeros y sólo 1.7 por ciento de los últimos. El modo de remediar eso consiste en evitar la corrupción del menor, que comienza con su ingreso en la Comisaría y sigue en la Alcaldía casi inevitablemente, dado el hacinamiento. En las instituciones, el factor económico interviene primordialmente. Las oficiales son más generosas y las particulares más económicas; por ejemplo, un menor colocado en la Colonia Ricardo Gutiérrez cuesta 900 pesos al año; y en la Colonia de Claypole, 440; y el tribunal debe tomar eso en cuenta. De los 167 niños de la Alcaldía, 89 dependen del Defensor de Menores. Los que están en condiciones más desventajosas son los menores de 14 años, porque tendrán que esperar a la edad reglamentaria para ingresar a la Colonia-hogar Ricardo Gutiérrez, o a otras instituciones privadas. Además de los institutos mencionados, es necesario establecer otros especializados, por ejemplo, para madres solteras. El Patronato ha realizado en la Argentina una obra interesante, que no es bastante conocida, pero, oficialmente no existe un establecimiento parecido al de Uccle en Bélgica para solteras. Otro establecimiento necesario es una clínica para enfermas. En el futuro, debería buscarse un tipo de escuela o establecimiento que tuviese a su cargo los niños durante la mayor parte del día, y a la noche les permitiría regresar a casa de sus padres, pues una vez colocados en instituciones, aquéllos suelen olvidarse. En Buenos Aires, según las estadísticas, el 20 por ciento jamás son visitados por los padres. Un tipo de escuela como el patronato podría dar la solución. En Nueva Pompeya se ha instalado una escuela con una inscripción de 1,200 niños, basada en ese sistema, y que tiene un valor positivo. El costo de la alimentación es de 17 centavos diarios por niño, e incluida la instrucción, 56 centavos. Cualquier otro instituto o asilo podría costar varias veces más. Varios institutos de esa especie darían muy buen resultado, mientras que si se crearan asilos costosos, no estarían en relación con el número de beneficiados. (Paz Anchorena, J. M.: *Bol. Museo Social Arg.* 448, obre.-dbre., 1931.)

Deficiencia mental como factor de delincuencia infantil.—De sus investigaciones de 615 niños estudiados por la Sección Observación de la Casa de Menores de Santiago, Valderrama Leyton deduce que entre los niños delincuentes chilenos hay un 38.53 por ciento de débiles decididos; un 47.3 de torpes, ligeros y profundos; un 12.03 por ciento con inteligencia normal; y sólo 1.86 por ciento tienen inteligencia superior. El promedio de inteligencia para los niños delincuentes chilenos es de 75.86 por ciento, con una variación media de 12.17 por ciento. Como medio de profilaxia de la delincuencia infantil, el autor aboga por la educación intelectual, y especialmente física, moral y vocacional de los débiles mentales. El Estado debe crear el número de escuelas o cursos necesarios para dar enseñanza especial a todos los niños incapaces de seguir en las escuelas ordinarias. (Valderrama Leyton, H.: *Bol. Dir. Gral. Prot. Menores*, 514, fbro. 1932.)

Colocación familiar en Chile.—El Servicio de Inspección de Colocación Familiar de la Casa Nacional del Niño, tiene de existencia unos 19 meses, pero desde hace unos 30 años, la llamada Casa de Huérfanos enviaba niños al campo o a la misma ciudad de Santiago, sin hacer una revisión prolija de ellos después. En el año 1930, restaban del año anterior 621 niños; ingresaron 47 lactantes y 210 preescolares; y fueron retirados 273, 153 de ellos por devolución a la familia o por adopción. De los otros, 109 pasaron por edad, a la Casa Nacional, y 5 murieron. Durante el año se hicieron 7,066 visitas a casas guardadoras, con un total de 12,036 inspecciones de niños colocados. La población de niños colocados en el campo fluctúa

entre 580 y 620, comprendiendo lactantes y preescolares, los últimos en mayor número. A los 7 u 8 años, los niños pasan a la Casa Nacional, para recibir allí su instrucción primaria. El autor publica copias de las fichas utilizadas por la Casa Nacional del Niño. (Mattar, A.: Rev. Chil. Ped. 243, mayo, 1931.)

Situación de los niños moralmente abandonados.—En un referéndum internacional, la Asociación Internacional de Jueces de Niños pregunta: ¿Cuál es en cada país la situación del niño moralmente abandonado? ¿Que leyes, disposiciones administrativas, y concurso oficial o privado lo amparan? ¿Qué mejoras parecen convenientes en las instituciones actuales? Las respuestas serán publicadas en el *Boletín de la Asociación Internacional para la Protección de la Infancia*.

Enseñanza sexual en la escuela primaria.—Bermúdez aboga por que se implante la instrucción sexual elemental a partir de los seis años, en forma gradual, por medio de nociones de ciencias naturales ofrecidas en la escuela. Por medio de pláticas o conferencias y distribución de folletos, debe prepararse previamente a los padres en el año en que se va a abordar el problema en los niños, y de hallarse aquéllos en condiciones de hacerlo, se les confiará la enseñanza de lo referente a la generación humana. La enseñanza de la generación humana tendrá lugar alrededor de los 10 ó 12 años, variando la edad según que se trate de poblaciones más o menos grandes, y conforme a la precocidad sexual de los niños; mas no se abordará esa enseñanza sin la preparación previa de los padres. Para preparación de lecciones que llenen los requisitos, el autor recomienda un concurso, y propone que la Sociedad Eugénica Mexicana llegue a conclusiones firmes que, una vez establecidas, comunicará a las autoridades escolares. Una vez aceptada la enseñanza sexual elemental, quedan abiertas las puertas para la educación sexual y para la enseñanza de la profilaxia antivenérea. (Bermúdez, S.: Rev. Mex. Puer. 279, ab., 1932.)

Complicaciones nerviosas de la varicela.—Marfan (*Gaz. Hôp.* 736, mayo 14, 1932) hace constar que en 1893 comunicó el primer caso de parálisis de tipo poliomiélfítico de origen varicelatoso. Después, ha observado un caso de típica oftalmía nuclear. No resta ya duda sobre la naturaleza de las complicaciones polimorfas de la varicela: encefalitis, poliomielitis, meningitis y neuritis.

Causa de la enfermedad.—Por qué el hombre enferma? En un 25 por ciento de las veces porque no sabe o no quiere protegerse; es decir, por ignorancia o por negligencia; en un 25 por ciento porque no puede protegerse, es decir, por pobreza y porque el Estado no lo protege, y sólo queda un 50 por ciento atribuible a enfermedades hasta hoy inevitables, y digo hasta hoy, porque en esta guerra de trincheras entre la ciencia y el misterio, aquélla lentamente pero seguramente vencerá a éste.—Solón Núñez: Conferencia, 1932.

Desinfección de los cepillos de dientes.—Los cepillos de dientes nuevos, aun los vendidos con envoltura, no son estériles, pues revelan muchas bacterias, algunas patógenas. Visto eso, recomiéndase la esterilización de todos ellos, y en particular con vapores de formaldehído producidos bajo el influjo del calor. El método es algo complicado, y no se presta para empleo diario, pero debe ser utilizado siempre que haya que esterilizar los cepillos de individuos que padezcan de piorrea o parodontitis. También resulta útil en los hospitales, y posee la ventaja de que no perjudica al cepillo.—K. Viefhaus: *Arch. Hyg. & Bakt.*, 155, eno., 1932.