

La Mortalidad Infantil en el Uruguay*

Uno de los estudios más detenidos jamás llevados a cabo acerca de la mortalidad infantil en la América Latina está representado por el informe que el venerable pediatra latinoamericano Morquio dedicara al problema y a su solución en la Conferencia Sudamericana sobre Mortalidad Infantil celebrada en Montevideo del 6 al 10 de junio de 1927. Si bien el autor califica modestamente su trabajo de preliminar y sólo considera las estadísticas uruguayas, muchas de sus conclusiones y recomendaciones tienen aplicación universal.

La población total del Uruguay está calculada oficialmente en 1,660,214 habitantes. En el quinquenio 1921-1925 nacieron en todo el país, 204,150 niños (105,993 varones y 98,157 mujeres), de los cuales murieron, durante el primer año, 21,539, lo que representa una mortalidad global de 10.40 por ciento. Sobre ese total, 145,380 son legítimos, es decir, el 71 por ciento, y 58,770 son ilegítimos, es decir, el 29 por ciento. En ese mismo período nacieron muertos 6,853 niños, de los cuales, 3,893 fueron varones y 2,960 mujeres. Durante el quinquenio existe una gran semejanza en los números correspondientes a cada año por separado. El porcentaje de mortalidad es variable, yendo de 15.69 a 7.65. Fuera de esto, oscila alrededor de 10, de acuerdo con la cifra total (10.40 para todo el país).

En el año 1924 nacieron en todo el país 41,880 niños, de los cuales 21,872 son varones y 20,008 mujeres. De éstos 29,737 son legítimos (es decir 71 por ciento), y 12,143 ilegítimos (es decir, 29 por ciento). De ellos murieron: En la primera semana, 860; de 1 semana a 1 mes, 557; de 1 mes a 12 meses, 3,089, o sea un total de 4,506, lo cual representa un porcentaje de 10.70, ligeramente más elevado que el correspondiente al quinquenio 1921-1925. La mortalidad durante el primer mes, 1,417, es casi la mitad de la correspondiente a los otros 11 meses, y poco más o menos la tercera parte de la del primer año. Hay que agregar los mortuatos del año 1924, un total de 1,472, es decir, poco más o menos igual a la mortalidad del primer mes.

Por lo que respecta a Montevideo, he aquí los datos oficiales para el año 1924: Con una población calculada, pero seguramente inferior a la realidad, de 442,499 habitantes, con una natalidad de 12,082 niños, mueren en el primer año, 1,540, es decir, 12.7 por ciento. En el quinquenio 1921-1925, la mortalidad fué de 11.35 por ciento. Sobre los 12,082 niños nacidos vivos, hay 9,418 legítimos y 2,664 ilegítimos. Hubo, además, 472 nacidos muertos, equivalente, poco más o menos, a un 4 por ciento sobre los nacimientos. La Capital representa la tercera parte de la población del Uruguay. En un estudio presentado por Morquio al Congreso Latino-Americano realizado en marzo de 1927, correspondiendo al decenio 1896-1905,

*Morquio, Luis: Bol. Cons. Nac. Hig. (Montevideo) 12: 234 (mayo) 1927.

encontró un 109 por mil de mortalidad durante el primer año. Entonces el número de habitantes era calculado en 283,588, en una extensión de 664 kilómetros, lo que da para cada habitante una capacidad de 2.33 metros cuadrados. A medida que se han ido creando leyes de defensa social, de protección a la clase trabajadora, que se han organizado instituciones de protección a la infancia, se observa este fenómeno paradójico; que la mortalidad ha aumentado de 109 a 127 por 1,000; el número de ilegítimos, de 17 a 22 por ciento y los niños abandonados de 7.11 a 10 por ciento, lo que puede justificarse por los siguientes hechos: Con el bienestar general, encarecimiento de la vida; aumento progresivo de la mujer obrera y empleada, del abandono del niño y de la alimentación artificial.

Causas médicas.—El estudio de las causas médicas no da sino impresiones generales. En Uruguay, no existen, en el niño menor de un año, enfermedades definidas como endémicas; no hay, en fin, esa patología que en otros países tanto influye sobre la vida del niño. Existen dos órdenes de hechos bien definidos: los congénitos y los adquiridos; tanto unos como otros, susceptibles de medidas y de indicaciones higiénicas y profilácticas, que podrían reducirlos en gran parte. En la mortalidad del año 1924, encuéntrase el siguiente porcentaje por edades: Menores de 1 semana, 19.09 por ciento; de 1 semana a 1 mes, 12.36 por ciento; de 1 mes a 12 meses, 68.55 por ciento. La mortalidad de los niños menores de un mes, representa la tercera parte de la del primer año, y relacionada con los nacimientos es poco más o menos de 30 por mil. La de la primera semana es ligeramente superior a la de las otras tres semanas reunidas. *El momento más peligroso para la vida del niño es el primer mes, y dentro del primer mes, la primera semana.*

Desde el punto de vista patológico se puede hacer una división en relación con la edad: Durante el primer mes, causas congénitas y obstétricas; después del primer mes, causas adquiridas, principalmente alimenticias. Esta división no tiene nada de absoluta, pero responde a la gran mayoría de los hechos. Al analizar la estadísticas disponibles, resaltan, desde luego, cuatro partidas: 1°. La debilidad congénita; 2°. Las enfermedades del aparato respiratorio; 3°. En importancia progresiva y máxima el grupo de las afecciones digestivas; 4°. Un grupo de afecciones cuya exactitud deja lugar a grandes dudas, como meningitis, eclampsia, etc.

Una de las grandes causas por la que fallecen los niños en la primera semana y en el primer mes, es la *debilidad congénita*. Considérase como débil congénito, al niño menor de 2,500 gramos; el peso es un factor de importancia, pero no absoluto. En el origen de la debilidad congénita están la sífilis, la tuberculosis, el alcoholismo, las enfermedades de la madre, el embarazo accidentado, el embarazo gemelar, el surmenaje por estados emotivos o fatiga física, etc. En los niños

abandonados en el Asilo de Expósitos de Montevideo, la debilidad congénita entra por 20 por ciento con una mortalidad global de 42.5 por ciento. En segundo lugar, intervienen en el primer mes, las causas de orden obstétrico. El único dato exacto es el que da la la maternidad: un 3.3 por ciento sobre los nacimientos vivos. Finalmente, las enfermedades específicas como el tétanos, la erisipela, etc., y los estados septicémicos.

Pasado el período del primer mes, encontramos una patología común, de orden adquirido, pero subordinada también a condiciones especiales. La mortalidad está esencialmente dominada por dos modalidades patológicas: afecciones del aparato respiratorio, que acusan el 18.58 por ciento y enfermedades digestivas, el 26.28 por ciento—de la mortalidad general—sin contar lo que puede comprender ese grupo importante clasificado como *causas desconocidas* que ocupa el 28.76 por ciento. Esta patología está en íntima relación con la estación: en el invierno, las afecciones respiratorias; en el verano, las digestivas. En cuanto al factor alimenticio, tan importante, no es posible aportar datos concretos, porque en los registros respectivos, no se denuncia el género de alimentación. Con respecto a la sífilis y la tuberculosis, de tanta importancia en la profilaxis, los datos están lejos de representar la verdad, e iguales consideraciones merecen las partidas referentes a convulsiones, meningitis, enfermedades generales, etc.

Dos hechos resaltan últimamente en Uruguay: 1° El mejoramiento progresivo de las condiciones del recién nacido; 2° El gran número de niños que fallecen sin asistencia médica.

El mejoramiento progresivo es, sobre todo, apreciado en la Capital, como consecuencia natural de la propaganda y de la divulgación de la puericultura intra y extrauterina. Antes de esta época, las deficiencias en que se producía el parto, eran deplorables y con frecuencia originaban en el recién nacido enfermedades de diversa clase y gravedad. Durante un largo período de actuación como Médico Jefe de la Cuna del Asilo de Expósitos, Morquio tuvo que luchar contra: conjuntivitis purulenta, muguet, infecciones umbilicales, tétanos, erisipela, septicemias, etc., que, desde hace algunos años, han casi desaparecido. También se han visto desaparecer los trastornos gastrointestinales ocasionados por malas costumbres o prejuicios, y disminuir considerablemente las afecciones respiratorias. En la Cuna del Asilo de Expósitos y Huérfanos, 80 por ciento de los niños ingresados son menores de un mes. De 400 por año han aumentado progresivamente, hasta llegar a 1,200. Al principio la mortalidad era poco más o menos de 20 por ciento; mas fué disminuyendo, y en los últimos años no alcanza a 10 por ciento, es decir, menos de la mitad. El total de niños ingresados en todo este tiempo, fué de 20,138, con una permanencia media en el servicio de un mes, falleciendo en total 2,511, es decir, 12 por ciento.

La segunda cuestión, el gran número de niños que fallecen sin asistencia médica, es también muy importante, porque no solamente habla de deficiencias considerables, sino también impide conocer las causas reales de la mortalidad, para combatirlas. En la mortalidad infantil del Uruguay, en el quinquenio 1921-1925, sobre un total de 21,529 defunciones, 6,855, es decir, una tercera parte, no tienen diagnóstico. Y de esas defunciones, corresponden a Montevideo 437, es decir, el 6.6 por ciento, mientras que en todo el resto del país, se han producido 14,684 defunciones, 6,418 de causa desconocida, es decir, 42.82 por ciento. En el Uruguay, exceptuando Montevideo, el número de defunciones sin diagnóstico, representa, pues, casi la mitad de la mortalidad del primer año.

Causas sociales.—La organización de la familia, las condiciones hereditarias, la suficiencia económica, la capacidad intelectual, etc., son factores importantes de la mortalidad infantil, porque son los causantes, directa e indirectamente, de los estados patológicos y porque de su estudio es que surgen los medios de defensa. Los resultados de una encuesta, realizada por Morquio, por intermedio del Consejo Nacional de Higiene y de la Sociedad de Pediatría, pueden concretarse en la forma siguiente; 1° Las causas de la mortalidad, si bien corresponden a las generales, acusan variaciones más o menos significativas, según las condiciones locales, los medios de vida, etc. Dentro de cada departamento, hay que hacer la siguiente división natural: urbana, suburbana y rural. 2° En cada ciudad o región se encuentran las mayores variaciones, que pueden sintetizarse en tres grupos: a) Situación relativamente satisfactoria; b) Situación pasable; c) Situación deplorable; la mayor parte de las poblaciones suburbanas y rurales. 3° Aun cuando la mortalidad se mantiene en conjunto alrededor del 10 por ciento, se notan grandes variaciones. 4° *Existencia de factores favorables:* a) La *alimentación a pecho* se practica de una manera general, por lo menos, durante los primeros meses; b) La *buena calidad de la leche de vaca*, sobre todo en las poblaciones rurales; c) La *vida al aire libre*; d) La *falta de aglomeración*; e) Finalmente, las condiciones en general favorables del clima.

5° *Factores desfavorables:* Los factores desfavorables son más importantes y sugieren los elementos principales para combatir la mortalidad infantil: a) La *mujer trabaja* hasta el último momento del embarazo; b) El *parto* se realiza, generalmente, en *condiciones deplorables*. Estas dos causas hácese sentir también en la mortalidad, que ha sido en el quinquenio 1921-1925, de 6,853, contra 40,830 nacimientos vivos. De esos 6,853, 2,033 corresponden a Montevideo. c) *Falta de cuidados:* En el año 1924, sobre, 4,506 niños fallecidos menores de un año, 860 corresponden a la primera semana. Aun cuando en la mitad no se especifiquen las causas

patológicas, es de suponer que la falta de las atenciones indispensables intervenga seriamente; *d) Legitimidad*: Durante el quinquenio 1921-1925, sobre 204,150 niños nacidos viables, hay: 145,380 legítimos, 71 por ciento; 58,770 ilegítimos, 29 por ciento. Este porcentaje varía según los departamentos, de 11 a 48. No hay que insistir sobre la importancia del factor ilegítimo en la mortalidad infantil. Representa el doble, comparada con los legítimos; *e) Promiscuidad y matrimonios consanguíneos*: La organización de la familia deja mucho que desear en ciertas regiones. Aparte de la influencia que esta situación origina inmediatamente sobre la vida del niño, muchas veces, vense las consecuencias en seres defectuosos, cerebrales o nerviosos, a veces con el carácter familiar, respondiendo como causa a la consanguinidad; *f) Alimentación desorientada*: La alimentación a pecho es general en Uruguay, por lo menos durante los primeros meses. Pero es fácil que por ignorancia o por malas costumbres, se den a los niños, antes del tiempo debido o al iniciarse el destete, otros alimentos, y entonces empieza una situación que puede ser peligrosa; *g) Falta de asistencia médica*: La falta de asistencia y de cuidados médicos constituye una de las características de las poblaciones rurales, no siempre por falta de médicos. El curanderismo es una de las plagas que pesa seriamente sobre la vida de los niños. La falta de asistencia médica está representada por una tercera parte en la mortalidad general del primer año, pero varía según las localidades; *h) Heredostifilis*: En las estadísticas de mortalidad no existen datos respecto de la sífilis, que puedan ser tenidos como expresión de la verdad. No sale de ellas sino un 4 ó 5 por ciento de sífilíticos, y en los niños expósitos calcúlase la proporción hasta 15 por ciento. En la encuesta los médicos dan valor importante a la sífilis, sin especificar cantidades. *i) Alcoholismo*: Las mismas reflexiones pueden hacerse respecto del alcoholismo. Se menciona, pero no se concretan datos; *j) Tuberculosis*: No cabe considerar numéricamente la tuberculosis, porque cualquiera que fuera la cantidad señalada estaría lejos de representar la verdad; *k) Condiciones sanitarias locales*: El estado sanitario de ciertas localidades deja bastante que desear, afectando también a la población infantil. La fiebre tifoidea no existe en la edad que nos ocupa, pero es muy posible que gérmenes afines expliquen las epidemias de gastroenteritis y de enterocolitis, que causan durante el verano una elevada mortalidad.

Por encima de las causas enunciadas, dominan dos de orden social: La ignorancia es un gran factor de mortalidad infantil; desde el punto de vista general, y desde un punto de vista especial, es decir, de los cuidados referentes al niño, no obstante los progresos alcanzados materialmente y no obstante el desarrollo de la enseñanza primaria, el número de analfabetos es todavía considerable, puesto que alcanza

más o menos a 50 por ciento. Si existe este defecto, es fácil comprender que todo perfeccionamiento, como el que comprende la puericultura, debe ser nulo o poco menos. Una de las consecuencias que tiene la ignorancia de las madres, aparte de todas las condiciones defectuosas que rodean el nacimiento y las primeras atenciones, son los prejuicios más absurdos y la intervención de personas de la familia o extrañas, ya sea porque hacen valer su experiencia de haber tenido muchos hijos, o porque practican el curanderismo.

No hay nada que tenga una relación más directa sobre la mortalidad infantil que las condiciones económicas de la familia: *rara vez se muere un niño en los medios acomodados; la gran mayoría de los niños que se mueren, son hijos de pobres*. La miseria es, pues, el factor dirigente de la mortalidad infantil; de ella dependen en gran parte, la ilegitimidad, el niño abandonado, el embarazo agitado, el parto realizado en malas condiciones, la ausencia de los cuidados debidos en el recién nacido, la ignorancia, etc.

¿Qué se hace en el Uruguay para combatir la mortalidad infantil?— Hace poco más de treinta años, nadie hablaba de protección a la primera infancia, fuera de ciertos hechos excepcionales. Poco a poco, de un asunto puramente médico, surgió una cuestión colectiva, patriótica y de solidaridad humana, y se han desarrollado leyes, instituciones y organizaciones que responden a esa finalidad. Mucho hay que hacer todavía, como lo demuestra la mortalidad excesiva. En materia de protección y de asistencia, Montevideo ha absorbido la atención casi completamente. Desde luego, por la Ley de Asistencia Pública, de carácter nacional, que data de 1909, todo indigente tiene derecho a la asistencia y a la protección; y en primer término, el niño enfermo y el niño abandonado. De acuerdo con esta ley, se han ido creando instituciones de protección a la madre y al niño. La defensa del niño tiene como base la defensa de la madre; defender a la madre es, pues, la mejor manera de defender al niño.

La maternidad, inaugurada en 1910, constituye uno de los grandes progresos del Uruguay; ha sido el principio de un mejoramiento general respecto de la situación de la parturiente pobre. Organizada perfectamente, ha respondido de inmediato a las necesidades de la población; hoy resulta insuficiente. La maternidad extiende su acción benefactora, llevando a domicilio sus recursos, toda vez que sean requeridos. Este servicio de protección a la embarazada, se hace por intermedio de la Policlínica y de las parteras de radios externos. Toda parturiente tiene derecho a llamar una partera de la maternidad. Han nacido en los Servicios de la Maternidad, poco más o menos el 25 por ciento de los niños nacidos en Montevideo, lo cual da la medida de sus beneficios para la madre y para el hijo.

La maternidad comprende todo el período de gestación, el parto y la lactancia, la cual puede extenderse a todo el primer año. De ahí,

instituciones y procedimientos especiales que varían según las circunstancias y según los recursos y que, a pesar de las tentativas realizadas, se aplican todavía insuficientemente. Entre esas instituciones públicas y privadas figuran La Bonne Garde, institución privada subvencionada por el Estado, que protege a la madre y a la menor embarazada; Pro Matre, institución privada, subvencionada, que se consagra a dar alimentos y ropas a las madres menesterosas; Cristóbal Colón, institución privada que provee a la mujer pobre de comestibles y ropa; la Liga Contra la Tuberculosis, institución privada que ayuda a mujeres y niños débiles; y la Unión Uruguaya de Protección a la Infancia, institución privada que se ocupa preferentemente del niño de la segunda infancia, y que con la Liga Contra el Alcoholismo ha instituido "La Semana del Niño."

No existe todavía en Uruguay una ley que condicione el trabajo de la mujer y del niño. La mujer obrera queda, pues, librada a la buena voluntad del jefe del establecimiento. Es hoy un principio admitido universalmente, que la madre obrera debe descansar dos meses antes del parto y dos meses después, pagada como si continuara trabajando. Además, se le mejoran esas condiciones, a fin de que pueda continuar la lactancia a pecho, por lo menos durante los primeros seis meses.

La Asistencia Pública, por medio de la Casa del Niño, realiza la profilaxis del niño abandonado, protegiendo a la madre con subsidios alimenticios y pecuniarios. Además de la Cuna Interna, donde se admiten los niños abandonados, cuyo total ha sido de 1,026 en dicho año, existe una Cuna Externa que recibe a todo niño de 3 meses a 3 años.

Defensa del niño.—Además de la acción directa sobre la madre, los medios de defensa del niño se han cristalizado en organismos e instituciones especiales. Una de las características es la que se conoce con el nombre sugestivo de "Gotas de Leche." En 1907 se instaló en Montevideo la primera Gota de Leche de la Asistencia Pública. Existen en el país actualmente 33 consultorios Gotas de Leche, de los cuales 9 en Montevideo y 24 en las cabezas de los departamentos. Morquio estableció en 1895 en el Asilo de Expósitos y Huérfanos un consultorio, en el cual la mortalidad fué de 70 por 1,000, comprendiendo desde niños recién nacidos hasta los dos años, en un total de 2,500 niños, comparada con 200 por 1,000 en los niños de esta edad, en el país, lo cual prueba lo que puede conseguir una buena organización.

El niño abandonado ocupa un lugar importante en el estudio de la protección a la infancia. Durante 25 años, desde 1900 a 1924 inclusive, en la Cuna del Asilo de Expósitos, han ingresado 20,158 niños, de los cuales el 80 por ciento eran menores de un mes; 20 por ciento menores de 2,500 gramos. Allí permanecerían, término medio, un mes. Fallecieron 2,511, lo que da un porcentaje total de 12. La

cuestión más importante es la profilaxis. Para esto hay dos hechos a considerar en primer término: 1º, La herencia patológica; 2º, Las causas del abandono. La primera cuestión constituye esa ciencia nueva que se llama el eugenismo. El estudio del niño abandonado está íntimamente vinculado a la cuestión del torno. En 1901, sobre 505 niños ingresados, 499 eran por el torno, y 6 por la portería. Durante los años 1911 y 1912, en que Morquio fué director del establecimiento, buscó la supresión del torno. En 1912, sobre 616 niños que ingresaron, sólo 3 fueron por el torno. En 1924, ingresan 1,282 niños, de los cuales 1,247 por la Oficina de Admisión y 35 por el torno. Protegiendo a la madre, de diversas maneras, se puede reducir el número de niños abandonados, poco más o menos a la mitad. La gran causa del abandono es la miseria. Los subsidios pecuniarios, el refugio o asilo de madres, la colocación de la madre con el hijo, etc., son los medios aconsejados. En todo caso también, de separación inevitable, se ha buscado el acercamiento de la madre y del hijo, contrariamente a la práctica establecida en algunos países europeos.

Todo lo que se refiere a la primera infancia, está concentrado hoy en el Servicio de Protección a la Infancia y Oficina de Nodrizas creado por ley en 1919, sobre los principios de la Ley Roussel. El artículo 1º dice: "Desde la promulgación de la presente ley, quedan bajo la vigilancia del Estado, con el fin de velar por su vida y salud, los niños menores de dos años, cuya situación se encuentre comprendida en los incisos siguientes: a) Los niños colocados en nodrizas, fuera del domicilio de los padres, para ser alimentados a pecho. b) Los niños confiados a cuidadoras, fuera del domicilio de los padres, para ser alimentados artificialmente o para los cuidados generales. c) Todo niño cuya madre se encuentre colocada de nodriza o que haya recibido en su domicilio otro niño para amamantarlo." El artículo 4º dice: "Solo podrán colocarse como nodrizas de pecho o recibir en su domicilio para amamantarlos, las mujeres cuyo último hijo tenga más de seis meses cumplidos y que posea, además, un certificado de aptitudes para aquel fin, expedido por la Oficina de Nodrizas de la Asistencia Pública Nacional. Se exceptúa la nodriza cuyo hijo haya fallecido. Para la soltera, viuda o divorciada, se autoriza que pueda hacerlo después de los cuatro meses."

Con fecha 27 de agosto de 1914, el Poder Ejecutivo ha promulgado una ley sancionada por el Poder Legislativo, reconociendo el derecho a la declaración de la paternidad ilegítima. La investigación de la paternidad debe ser obligatoria, en todo caso de niño abandonado. Sobre la voluntad de la madre, hay el interés social que lo reclama. Es en el asilo y en la maternidad donde debe iniciarse.

Enseñanza de puericultura.—La enseñanza de la puericultura en el Uruguay se realiza desde hace muchos años en todas las formas y en

todos los medios. El primero que debe instruirse es el médico y a él corresponde el primer puesto en la lucha contra la mortalidad infantil. En estos momentos se trata de crear la Facultad de Obstetricia, autonomizando la enseñanza de las parteras. Desde que se empezó a estudiar científicamente la mortalidad infantil, se pensó en la conveniencia de instruir a la mujer dándole los conocimientos esenciales sobre que se apoya la salud del niño. Hoy día es obligatoria esa enseñanza a las alumnas de la Escuela Normal. La Sociedad de Pediatría de Montevideo, al iniciar sus tareas en 1915, formuló una cartilla de propaganda dando consejos a las madres. Esta propaganda se hizo en todas las formas, difundiendo folletos en todo el país, y la mayor parte de los periódicos reprodujeron el contenido de la cartilla. Además, los miembros de esa sociedad toman una importante participación en "La Semana del Niño." Esta enseñanza se verifica también en los Servicios de Gotas de Leche. Finalmente, desde este año, se ha anexado a la cátedra de Pediatría una policlínica especial para lactantes, donde se ofrece semanalmente un curso práctico de puericultura para las madres y futuras madres. Completa esta policlínica un servicio social de nurses visitadoras.

Higienización de la leche.—No puede hablarse de mortalidad infantil sin tener en cuenta este factor tan importante. Si es indiscutible que no hay alimento que iguale en bondad al pecho, cuando las circunstancias obligan a emplear otro alimento, éste debe ser de preferencia leche de vaca. Es lamentable la propaganda que hace la industria con leches desecadas y otras harinas, pues son alimentos de excepción que tienen sus indicaciones determinadas y que fuera de allí resultan inútiles y peligrosos.

Del estudio de la higienización de la leche surgen dos cuestiones principales: La primera, es que la bondad de la leche está esencialmente subordinada al contenido microbiano. Los países que más han perfeccionado este elemento de salud pública, tienen establecidas categorías de leche¹ basadas en el número de microbios. Es bien sabido que ese número depende de las condiciones de extracción de la leche, de los envases, del tiempo transcurrido y particularmente de la estación. La segunda es que el problema es esencialmente nipiológico, es decir, del niño menor de dos años. Puede pedirse, y es de desearse que así sea, que toda leche destinada a la alimentación humana, sea sana, pura, limpia; pero quien sufre las consecuencias de sus defectos higiénicos es el niño chico, que se enferma y que se muere.

El problema universal de la mortalidad infantil, ofrece en el Uruguay un aspecto relativamente favorable, porque el coeficiente de mortalidad es relativamente satisfactorio y porque existe un completo conocimiento de la cuestión. No obstante, hay mucho que

¹ Véase la Publicación No. 4 de la Oficina Sanitaria Panamericana

hacer todavía. Toda mortalidad infantil que pase de 70 por mil, debe ser considerada excesiva. Los procedimientos para combatir esta mortalidad son bien conocidos; la dificultad empieza cuando se trata de ponerlos en práctica. En síntesis, se reducen a lo siguiente: 1° Educación del pueblo; 2° Protección de la madre pobre; 3° Buena organización oficial de la protección a la primera infancia. No basta que haya leyes y reglamentos; es necesario, sobre todo, la coordinación de todos los elementos públicos y privados que comprende ese engranaje tan complicado, a fin de que penetre en todas las regiones del país. Este no puede hacerse sin una organización debida y sin un personal adecuado, todo ello concentrado y movido por una dirección superior que disponga de los recursos y de las atribuciones necesarias.

En resumen, Morquio condensa su programa en las conclusiones que ya presentara en abril de 1904 al Segundo Congreso Médico Latinoamericano realizado en Buenos Aires: "1° No obstante los progresos realizados, la mortalidad de los niños menores de dos años ocupa todavía un lugar excesivamente considerable. 2° Ningún alimento iguala al seno de la madre y, en general, a la leche de mujer. 3° La reducción de la mortalidad exige, pública y privadamente, una propaganda activa y persistente, contra los errores y prejuicios que rodean los cuidados del niño. Protección a la infancia pobre o abandonada por los diversos medios de asistencia materna y por los diversos procedimientos (cunas, consultorios, gotas de leche, etc.), que concurren al salvataje de la infancia. 4° Si es indiscutible la necesidad de que el médico posea preparación general en materia de clínica infantil, se imponen también para la partera conocimientos generales teórico-prácticos de patología y de higiene infantil. 5° Vista la importancia que tiene en la futura madre los conocimientos de higiene infantil, se impone ese estudio en las escuelas normales, bajo dirección médica, completando así sus aptitudes para la elevada y humana misión que la naturaleza le ha destinado."

Nombres oficiales para microbios.—He aquí los nombres oficiales que ha aceptado la Sociedad Americana de Bacteriólogos para varios de los microbios más comunes: *Bacillus anthracis* (bacilo antrácico); *Escherichia coli* (colibacilo); *Corynebacterium diphtheriae* (bacilo diftérico); *Eberthella paradysenteriae* (bacilo disentérico de Flexner); *Eberthella dysenteriae* (bacilo disentérico de Shiga); *Salmonella enteritidis* (bacilo de la enteritis); *Pfeifferella mallei* (bacilo del muermo); *Neisseria gonorrhoeae* (gonococo); *Neisseria intracellularis* (meningococo); *Salmonella paratyphi* (bacilo paratifoideo o paratifo A); *Salmonella schottmuelleri* (bacilo paratifoideo o paratifo B); *Staphylococcus* (estafilococo); *Streptococcus* (estreptococo); *Treponema pallidum* (espiroqueto pálido, treponema pálido, bacilo de la sífilis); *Clostridium tetani* (bacilo tetánico); *Mycobacterium tuberculosis* (bacilo tuberculoso, bacilo de Koch); *Eberthella typhi* (bacilo tifoideo o tifoso); *Fusiformis dentium* (bacilo fusiforme de Vincent); *Borrelia vincenti* (espirilo de Vincent).