

Roentgenodiatermoterapia.—Con el tratamiento de Bordier, Luzes⁴¹ ha obtenido el siguiente resultado en 44 casos: 13.6 por ciento de fracasos, 38.6 por ciento de mejorías, y 47.8 por ciento de reposiciones. La mejoría guarda una razón inversa al tiempo transcurrido antes de iniciar el tratamiento.

Higiene Infantil y Materna

Estudio de las enfermedades de los niños.—El Sr. A. E. Fitkin, de Nueva York, ha regalado 1,000,000 de dólares a la Universidad de Yale para establecer una fundación dedicada al cuidado curativo y profiláctico de los niños, el estudio de las enfermedades de éstos, y la educación de personas consagradas a ese propósito. Con \$500,000 se construirá un edificio que llevará el nombre de Pabellón Memorial Raleigh Fitkin, y el resto del fondo formará una dotación permanente.

Valor de la asistencia prenatal.—El análisis realizado por Tracy y First⁴² de 1,001 casos, patentiza que la asistencia prenatal, tal como se aplica en todas las clínicas bien regidas, ahorra a las enfermas muchas complicaciones y merma la mortalidad materno-fetal.

Profilaxia de la fiebre puerperal.—Meleney y sus colaboradores⁴³ aconsejan que todos los que se pongan en contacto con las parturientas, precisamente antes, durante o precisamente después del parto, se cubran bien la nariz y la boca.

Mortalidad materna por septicemia puerperal en la Gran Bretaña.—En la Gran Bretaña la mortalidad materna es de 4,000 cada año, y de 1911 a 1926 hubo 66,421 muertes de ese género.⁴⁴ La infección séptica es con mucho la causa más importante. La mortalidad materna total fué de 5.14 en 1926 y la correspondiente a la septicemia, de 1.60 por mil nacimientos vivos. En la Maternidad de Edimburgo hay una serie consecutiva de 5,000 partos espontáneos con 2 muertes de septicemia; en el departamento externo del hospital general de Birmingham, 888 partos sin ninguna mortalidad por septicemia. En la Maternidad del East End de Londres 47,503 partos con 5 muertes, o sea 1 por 9,500. En el Instituto del Jubileo de la Reina Victoria en 1927, 53,502 partos con 6 muertes, o sea 1 por 8,900, y si se consideran todos los casos normales y anormales, el máximum es de menos de 0.5 por mil.

Higiene infantil en México.—En el Departamento de Salubridad Pública de México se ha creado una sección de higiene infantil que se encargará de: formar y llevar estadísticas de la natalidad, morbilidad y mortalidad infantiles; hacer propaganda para que los niños sean

⁴¹ Luzes, F. F.: Jour. Radiol. & Electr. 12: 172 (abr.) 1928.

⁴² Tracy, S. E., y First, A.: Am. Jour. Obstet. & Gyn. 16: 51 (jul.) 1928.

⁴³ Meleney, F. L., y otros: Jour. Exp. Med. 48 (agto. 1) 1928.

⁴⁴ Young, J.: Brit. Med. Jour. 1: 967 (jun. 9) 1928.

inscritos en el Registro Civil; hacer propaganda entre los médicos para que los diagnósticos en los certificados de defunción se ajusten a la clasificación internacional vigente; estudiar y resolver los problemas de la infancia en México; vigilar estrictamente las instituciones públicas y privadas de protección a la infancia; favorecer la difusión y aplicación de reglas y métodos científicos de higiene infantil; fundar centros de higiene infantil.

Película sobre amamantación.—La Oficina del Niño del Ministerio del Trabajo de los Estados Unidos acaba de terminar una película cinematográfica titulada "The Best Fed Baby" (El Niño Mejor Nutrido), que ofrece a las madres una lección objetiva en contra del destete prematuro. El precio de esta película es \$50.

Simplificación.—En un discurso ante la Asociación Americana de Dietética, Marriott,⁴⁵ el pediatra de San Luis, recalcó que la alimentación infantil es en realidad sencilla pero se ha convertido en innecesariamente compleja debido a no comprenderse los factores en que se basa. En la criatura, declara, tenemos un individuo en desarrollo rápido con mucha necesidad de alimentos, pero con limitada capacidad digestiva. Trátase de un inválido que no puede ni atenderse, ni alimentarse, ni escoger los alimentos, dispuesto a tomar lo que se le ofrezca hasta los límites, y quizás más allá de su capacidad gástrica. Es, por lo tanto, susceptibilísimo a las infecciones, algunas de las cuales son difíciles de distinguir y de tratar, y afectan profundamente la nutrición. Como no puede escoger alimentos por sí mismo, es necesario considerar cuidadosamente la composición de lo que se le ofrezca, y dada su limitada capacidad digestiva, hay que limitarse a alimentos fácilmente digeribles. Dada la propensión a infecciones bacterianas, es indispensable que el alimento no contenga bacterias patógenas. Los requisitos de proteínas, sales minerales (salvo quizás hierro), y algunas vitaminas, se cumplirán si la criatura recibe cada día 94 Gms. de leche de vaca por kilogramo de peso o una décima parte del peso total. Las calorías restantes se suelen facilitar en forma de hidratos de carbono. Para Marriott, reviste importancia la proporción entre la leche y el azúcar, que debe ser como de 11 a 1. La insuficiencia de azúcar retarda el aumento de peso y produce tendencia al estreñimiento, de modo que hay que facilitar un exceso de grasa y de proteína para completar las calorías necesarias. En cambio, el exceso de azúcar puede producir un aumento demasiado rápido de peso, hidremia, y falta de resistencia a la infección. Hoy día rara vez se pasa por alto el complemento de vitaminas, jugo de naranja y aceite de hígado de bacalao. Marriott es partidario de la leche hervida, que elimina los peores peligros bacterianos sin afectar la digestibilidad y valor nutritivo del alimento. Pertenece a la escuela americana que recomiende la neutralización con algún ácido de las

⁴⁵ Marriott, McKim: Jour. Am. Dietet. Assn. 4: 1 (jun.) 1928.

sustancias amortiguadoras de la leche de vaca. Recalca que, si se facilitan mezclas simples de un modo racional, si se presentan trastornos digestivos no se deberán al alimento, sino a algún factor extraño.

Tolerancia de los hidratos de carbono en la primera infancia.—Acuña y Winocur⁴⁶ primero determinaron la glucemia en 54 niños de primera infancia, tres horas después de mamar o ingerir una dilución de leche, habiendo obtenido un promedio de 0.937 por mil. Para determinar la tolerancia a los hidratos de carbono administraron glucosa, 2 Gms. por kilo de peso, a 21 niños, observando el regreso a la glucemia original en 2 horas, término medio. Sobre los 21 casos, 13 vuelven a la glucemia inicial en 90 minutos, siendo 0.45 por mil el pico más elevado sobre dicho nivel y 0.05 por mil el más bajo a los 40 minutos. En 11 casos emplearon sacarosa en la misma forma que el hidrato de carbono anterior. A la hora y 48 minutos el azúcar sanguíneo se aproximó al nivel original; las demás características semejantes al anterior, salvo una mayor hiperglucemia a los 40 minutos. En 7 casos dieron una segunda cantidad de glucosa después de la segunda toma de sangre, lo cual no modificó la curva, terminando en 6 casos a la hora y 30 minutos, y en una a las 2 horas y 20 minutos. Comparando las curvas de tolerancia para los hidratos de carbono del niño con las del adulto, es evidente que aquéllas son más planas, testimoniando así su mejor asimilación del azúcar.

Mortalidad infantil en los Estados Unidos.—La mortalidad infantil en 1927, según determinara la Asociación de Higiene Infantil, en los Estados Unidos fué de 64.9 por mil nacimientos, o sea la más baja desde que se formara el área del registro de la natalidad en 1915. En 1926 fué de 73.7 y en 1924 de 72.2. Las estadísticas corresponden a 716 ciudades, 683 de las cuales se hallan incorporadas en la zona del registro de la natalidad, que abarca hoy día 40 Estados y el Distrito de Columbia y representa 87.3 por ciento de la población total de los Estados Unidos. Las ciudades fueron clasificadas en cinco grupos según sus habitantes. En las poblaciones principales, Seattle tuvo la mortalidad menor, o sea 41; y entre las poblaciones pequeñas el primer puesto le correspondió a Summit, N. J., con una mortalidad de 15.

La mortalidad infantil en Puerto Rico.—Las estadísticas citadas por Fernós Isern⁴⁷ demuestran que, de 1922 a 1927, hubo 39,376 muertes infantiles en Puerto Rico, de las cuales 31 por ciento se debieron a diarrea-enteritis, 18 por ciento a afecciones respiratorias, y 17 por ciento a debilidad congénita. Las únicas importantes enfermedades contagiosas prevenibles fueron el tétano (6 por ciento) y el paludismo (3 por ciento). El promedio de mortalidad fué de 147 por 1,000

⁴⁶ Acuña, M., y Winocur P.: Prensa Méd. Arg. 15: (ago. 20) 1928.

⁴⁷ Fernós Isern, A.: P. R. Rev. Pub. Health & Trop. Med. 3: 461 (mayo) 1928.

nacimientos vivos. El porcentaje de mortalidad a distintas edades fué: menos de 1 hora, 1924-25, 0.70; 1925-26, 0.78; 1926-27, 0.62; de 1 hora a menos de 1 día, 1924-25, 3.83; 1925-26, 4.40; 1926-27, 3.91; de 1 día a menos de 1 semana, 1924-25, 9.88; 1925-26, 9.69; 1926-27, 9.71; de 1 semana a menos de 1 mes, 1924-25, 14.71; 1925-26, 14.44; 1926-27, 15.20; de 1 mes a 6 meses, 1924-25, 41.34; 1925-26, 40.89; 1926-27, 45.09; y de 6 a 12 meses, 1924-25, 29.54; 1925-26, 29.80; 1926-27, 25.47. Durante los últimos 5 años, la natalidad fué de 38 por 1,000 habitantes, y el aumento vegetativo es de 1.6 por ciento anualmente. El Negociado de Bienestar Social comenzó hace 4 años a luchar activamente con el problema, por medio de sus cinco divisiones de bienestar infantil, profilaxia tuberculosa, profilaxia venérea, servicio social y enfermería sanitaria. Ya ha establecido 30 clínicas en diversas partes de la isla y cuenta con 36 enfermeras visitadoras y 25 médicos. Durante el año 1926-27 atendió a 2,020 madres en ciernes, 4,572 criaturas, 1,453 casos venéreos, 3,907 casos tuberculosos, y 875 casos sociales, en tanto que las enfermeras realizaron 32,653 visitas.

Mortalidad infantil en las Filipinas.—Después de analizar las estadísticas disponibles, Padua ⁴⁸ declara que la mortalidad infantil media por mil nacimientos vivos durante 20 años en las provincias ha sido de 181.71 ± 3.00 , y durante el quinquenio de 1915 a 1919, en que hubo epidemias de influenza y viruela, de 213.25 ± 5.61 . En 1925, la mortalidad infantil, aunque menor que el promedio de los 20 años, sin embargo es exactamente igual a la del quinquenio anterior, es decir, que no ha habido ninguna baja, por lo menos en los últimos seis años. La mortalidad general media bruta en los 20 años en los distritos rurales es de 24.36 ± 0.39 , y en el año 1925, de 20.07 ± 0.51 , lo cual tampoco varía del promedio del quinquenio anterior. Parece, pues, que existe una correlación positiva y significativa entre la mortalidad infantil y la general, de modo que la esperanza de mermar la última debe cifrarse en los esfuerzos y medidas para mermar los factores que afectan la excesiva mortalidad infantil.

Causas de la mortalidad fetal en las Filipinas.—El número de nacimientos viables en que Villarama ⁴⁹ basa su estudio es de 8,329, 1,003 de los cuales representan mortinatalidad y mortalidad neo o postnatal. Las muertes por mortinatalidad reciente llegan a 55.33 por ciento; los fetos macerados, 12.16 por ciento; los mutilados, 6.48 por ciento; y las neonatales, 26.02 por ciento. Las intervenciones obstétricas motivaron 27.56 por ciento de las muertes, la placenta previa 16.93 por ciento, las intervenciones obstétricas complicadas por patología coexistente 13.51 por ciento, y la distocia 9.90 por ciento.

⁴⁸ Padua, R. G.: Philip. Health Serv. Bull. 7:471 (sbre.) 1927.

⁴⁹ Villarama, A.: Am. Jour. Obst. & Gyn. 15:815 (jun.) 1928.

Mortalidad infantil en Turquía.—El Ministerio de Higiene de Turquía ha llevado a cabo una investigación⁵⁰ de la mortalidad infantil en una parte del país, situada en las regiones palúdicas en que se esperaba que fuera mayor. Todas las criaturas son amamantadas, y en comparación con otros países, hay más mortalidad en los niños de menos de 5 años. La mayor parte de las muertes infantiles son de enfermedades gastrointestinales, respiratorias, y otras infecciones. El raquitismo no es muy común. En 585 aldeas y poblaciones en el distrito de Adana, con una población de 157,693, hubo 9,517 nacimientos vivos, y murieron 1,008 criaturas de menos de un año, lo cual hace subir la mortalidad infantil a 134 por mil. En la región de Aidin se investigaron 200 aldeas y poblaciones con una población de 79,428 habitantes. Hubo 2,700 nacimientos vivos y 305 muertes infantiles, o sea un coeficiente de 113 por mil. En la región de Konia se investigaron 135 aldeas y poblaciones con una población de 35,985. Hubo 1,628 nacimientos vivos y 282 muertes, o sea un coeficiente de 173 por mil. En la región de Brusa, se investigaron 382 aldeas y poblaciones con una población de 229,572. Hubo 6,228 nacimientos vivos y 1,243 muertes, o sea un coeficiente de 199 por mil.

Higiene escolar en el Ecuador.—En un editorial el *Boletín del Hospital Civil de San Juan de Dios* (enero-marzo, 1928) hace constar que la higiene escolar está por hacer en el Ecuador. En las ciudades la labor a ese respecto es mínima y en las poblaciones pequeñas quizás hasta se desconozca ese ramo experimental del vivir escolar. Los hogares pobres del pueblo son focos de infección, donde conviven el perro y el gato, el padre y el hijo, sin importarles un ápice la limpieza y el aseo, y menos la comodidad. Y es que no lo aprendieron así en la escuela, donde el profesor no hizo caso alguno de enseñar prácticamente e inculcar el aseo individual.

Defectos de la audición en los escolares de San Francisco.—En una investigación de la audición en las escuelas de San Francisco, se comprobó a 9,633 niños en 30 escuelas. Un 8.7 por ciento reveló pérdida de 9 ó más puntos de sensación en uno o ambos oídos, y 1.6 por ciento suficiente impedimento para exigir el estudio de la lectura labial. El otólogo de la junta de sanidad de San Francisco declaró que 83 por ciento de los casos de audición deficiente son remediables si se tratan a tiempo.

Visión de los escolares en los Estados Unidos.—Los estudios de la visión de los niños realizados por Kemp, Jarman y Collins⁵¹ comprenden 2,823 escolares en la Ciudad de Washington, y 9,245 de la Carolina del Sur, Maryland, Delaware y Nueva York. En Washington se comparó un grupo de 1,860 niños examinados con un ciclopéjico, con 963 cuyos padres no consintieron en el empleo de ciclopéjicos. Antes de emplear el ciclopéjico, 66 por ciento tenían una visión de 20/20

⁵⁰ Carta de Turquía: Jour. Am. Med. Assn. 91: 410 (agto. 11) 1928.

⁵¹ Kemp, G. A., Jarman, B. J., y Collins, S. D.: Pub. Health Rep. 43: 1713 (jul. 6) 1928.

o más; 22 por ciento 20/30; 5 por ciento 20/40; y 7 por ciento 20/50 ó menos. Después del ciclopéjico hubo un cambio extraordinario, pues los de 20/20 bajaron a 21 por ciento; el grupo de 20/30 reveló muy poco cambio, bajando a 20 por ciento; el grupo de 20/40 aumentó a 16 por ciento; y el grupo de 20/50 ó menos reveló un aumento verdaderamente asombroso de 7 a 43 por ciento. Es decir, que antes de emplearse el ciclopéjico, 66 por ciento tenían una visión de 20/20 o más, comparado con 21 por ciento después. De la investigación dedúcese lo siguiente: La mera prueba de Snellen sólo revela un pequeño porcentaje de los errores de refracción en los niños; descubre sí casi siempre la miopía, pero rara vez la hiperopía, y aún entonces sólo la muy intensa; también revela el astigmatismo, pero no la clase de defecto visual. La frecuencia de la miopía tiende a aumentar entre el séptimo y duodécimo año, lo cual es muy importante, y por lo tanto, debe aplicarse la prueba de Snellen dos veces al año. La hiperopía mejora a medida que avanza la edad, sucediendo lo contrario con la miopía.

Cleveland.—El Consejo del Bienestar Físico de la Junta de Educación de la ciudad de Cleveland, comunica que el examen de unos 73,000 escolares reveló que por lo menos 7 de cada 10 padecían de algún defecto físico: Casi la sexta parte, de desnutrición; 32,000 de imperfecciones dentarias; 7,000 de bocio, 1,600 de cardiopatía; y 2,000 de audición defectuosa. Unos 20,000 niños de 14 a 18 años revelaron en general un porcentaje todavía mayor de imperfecciones.

La Higiene Escolar

1. Las finalidades de la higiene escolar se resumen en tres proposiciones fundamentales que deben servir para resolver la cuestión de la educación diferenciada de los médicos que se consagren a esta tarea; la escuela debe asegurar al niño que la frecuenta las posibilidades de afirmar su plena libertad nutritiva, su plena libertad motriz y su plena libertad intelectual, o como lo dice el profesor Tsurumi, la belleza, la fuerza y la alegría. Para satisfacerlas, el futuro médico escolar habrá de poseer conocimientos adecuados que le permitan estar a la altura de su papel.

2. Estos conocimientos se refieren:

a) Conocimientos antropométricos que permitan saber cuanto se relaciona con el niño y su evolución biológica completa; b) conocimientos sobre la psicofisiopatología escolar que permitan saber cuanto se relaciona con la enfermedad de los escolares y sus incidentes de crecimiento y de adaptación, y c) conocimiento de los ambientes escolares que permitan saber cuanto se refiere a las relaciones de los locales, con la salud escolar.