

frecuentes y prolongados los intervalos, menor es la mortalidad. Una fiebre que persiste entre los escalofríos no reviste significado diagnóstico o pronóstico. El número de escalofríos y las secuelas, no dependen de las bacterias presentes.

*Fiebre puerperal en Italia.*—La mortalidad por fiebre puerperal en Italia durante el quinquenio 1888–1892 fué de 3 por mil, en 1903–1907, 3.92; en 1908–1912, 4.82; y en 1919–1923, 7.41, es decir, el máximum. Sin embargo, los casos han disminuído de 31,397 en 1888–1893, a 7,255 en 1919–1923. La enfermedad parece resistir, pues, los esfuerzos de las sociedades de beneficencia, las disposiciones profilácticas de la ley, y el mejoramiento de la vida. (Carta de Italia: *Jour. Am. Med. Assn.* 2050 (jun. 13) 1931.)

*Tratamiento de las hemorragias postpuerperales.*—Para Voron y Pigeaud,<sup>89</sup> la mayor parte de las hemorragias secundarias del *post partum* sanan sin intervención siempre que se les oponga un tratamiento médico activo. Hay que aplicar sí una terapéutica que ya se ha mostrado eficaz en todos los casos de los autores, con excepción de uno sólo, desde hace 4 años, es decir, en más de 5,000 partos, y que consiste en el empleo de oxitóxicos. Utilizan la ergotina y la pituitrina. La primera parece ejercer una acción más neta, pero la segunda permite espaciar las inyecciones de ergotina, y administrar una dosis total mucho menos considerable, de cornezuelo de centeno. En el mismo sentido, aplican hielo al vientre, y utilizan las inyecciones vaginales calientes, y los coagulantes, como el cloruro de calcio y el suero de caballo por vía bucal, y el último también por vía subcutánea.

---

## PUERICULTURA

*Encuesta de la Liga de las Naciones.*—En un folleto de 100 páginas, la Organización de Higiene de la Liga de las Naciones ha publicado la historia y resultados de las investigaciones sobre mortinatalidad y mortalidad infantil, llevadas a cabo en Austria, Francia, Alemania, Gran Bretaña, Italia, Holanda y Noruega. El Comité de Higiene de la Liga decidió llevar a cabo esta investigación, de conformidad con una resolución de la VI Asamblea de la Liga de las Naciones en 1925. Los peritos designados celebraron su primera reunión en septiembre de 1926, acordando no atenerse exclusivamente a estadísticas, sino también analizar las causas de la mortalidad infantil, desde el punto de vista social, médico e higiénico. Al escoger los distritos para investigación se trató de escogerlos del mismo género, es decir, urbanos y rurales, y comparables en cuanto a población general e infantil, considerándose necesario de 100,000 a 200,000 habitantes en cada distrito, y de no haberlos, fundiendo varios distritos semejantes en un grupo. En cada distrito, se estudiaron primero las estadísticas

---

<sup>89</sup> Voron, J., y Pigeaud, H.: *Progrès Méd.* (mzo. 28) 1931, p. 574.

de mortalidad infantil durante los años precedentes, y también los factores climatológicos, geográficos, sociales y sanitarios, de acuerdo con el esquema uniforme establecido. Las encuestas duraron en todas partes un año, y comenzaron en Austria, Alemania, Holanda y Noruega el 1° de enero de 1927, en la Gran Bretaña el 1° de marzo, en Francia el 1° de abril, y en Italia el 1° de junio. En esos 7 países se estudiaron 27 distritos con 7,258 muertes infantiles o mortinatos. En sus conclusiones y recomendaciones generales, los peritos hacen notar que en los distritos estudiados se destacan dos grupos de causas médicas: por un lado las relativas a la mortinatalidad y mortalidad infantil del primer día de la vida, y por otro los trastornos digestivos, las infecciones específicas y las afecciones respiratorias. Las primeras motivan mucha mortalidad, aun antes del nacimiento, y las últimas hacia el término del primer año de vida. Desde principios del siglo, en la mayor parte de los países europeos, ha tenido lugar una marcadísima disminución de la mortalidad infantil, en particular de los trastornos digestivos, infecciones generales y males del aparato respiratorio, en tanto que apenas han variado la mortinatalidad y la mortalidad infantil de los primeros días de la vida. Aun en los distritos en que se ha demostrado la eficacia de ciertas medidas dedicadas a la protección de la infancia, sería todavía, pues, posible salvar más niños, si se hicieran más esfuerzos en la primera semana de la vida. Estas encuestas han puesto de relieve la necesidad de especializar las medidas indicadas, adaptándolas a las condiciones existentes. Si la mortalidad ya es baja, debe tratarse de prevenir la mortinatalidad y la neonatimortalidad, y si es moderada o alta, hay que atacar las diversas causas que intervienen en ello. Las investigaciones han revelado las muchas lagunas que todavía existen en nuestros conocimientos, pues sólo han puesto de manifiesto la causa de una pequeña proporción de los nacimientos prematuros, de modo que deben emprenderse minuciosas investigaciones con la ayuda de tocólogos y anatomopatólogos y de otros, para averiguar la etiología de esos fenómenos, y descubrir armas para combatirlos. Ciertos aspectos de las afecciones del aparato respiratorio, representan todavía problemas cuya solución exige la ayuda de pediatras e higienistas. Las encuestas han revelado, por un lado, el valor de ciertas medidas, tales como centros de protección a la infancia, vigilancia de madres e hijos y legislación social, y, por otro, lo inadecuado de esas medidas en todas partes. Con respecto a ciertas causas, ya hay información precisa; con respecto a otras, la situación es todavía oscura, y algunos de los problemas más importantes necesitan dilucidación.

Con respecto a la profilaxia de la mortalidad infantil y la neonatimortalidad, es de la mayor importancia la vigilancia médica de la madre durante el embarazo, para lo cual precisan más clínicas prenatales. También debe librarse una campaña contra el empleo de

mujeres indoctas como parteras, y en ciertos países debe realizarse el estado social de la comadrona. Por fin, debe haber vigilancia médica de las obreras embarazadas, pues en la mayoría de los distritos, ni las leyes existentes ni la asistencia económica prestada, les ofrecen suficiente descanso. Hay, pues, que extender la ayuda económica y que dictar leyes tales como el seguro de la salud, para permitir que las mujeres descansen en los últimos meses del embarazo. Las medidas sociales deben aplicarse por igual a los hijos legítimos y naturales. Al mismo tiempo que se prohíbe que mujeres indoctas actúen de parteras, debe perfeccionarse la enseñanza obstétrica, tanto de los médicos como de las parteras. Debe facilitarse el ingreso de las parturientas en las maternidades, y deben establecerse maternidades pequeñas en los distritos rurales. Como profilaxia de la neonatalidad, debe hacerse notar la necesidad de consultar a los médicos que se han especializado en las enfermedades de los recién nacidos; hay que educar al público, y que enseñar a las parteras el cuidado que necesitan los niños en las primeras horas de la vida, en particular, si son prematuros o débiles. Con respecto a la profilaxia de los trastornos digestivos, el éxito obtenido en ciertos distritos indica claramente el plan de campaña, la cual debe ser continuada y extendida a los distritos de mayor mortalidad infantil. La amamantación debe ser alentada, con medidas de educación y de ayuda material a la madre que amamanta. Para beneficio de los lactantes alimentados artificialmente, deben crearse centros de protección a la infancia, y, por fin, deben vigilarse y mejorarse más los abastos de leche. También conviene que los lactantes sean atendidos por una visitadora sanitaria, que aconseje a la madre y haga que consulte al médico o al centro, aunque el niño se halle bien. La educación del público debe comprender la enseñanza de ciertas fases de la higiene infantil, y hay que interesar en el asunto a los maestros. Es indispensable establecer escuelas de higiene, no limitadas a médicos, comadronas y enfermeras, sino también para el público. Este también puede ser educado por medio de los centros infantiles. La enseñanza higiénica no debe limitarse a los estudiantes, sino a enfermeras y a los médicos y comadronas, ofreciéndoles cursos sistemáticos de ampliación. En las escuelas de medicina, médicos y parteras deben aprender los problemas prácticos que los confrontarán, y los cursos en pediatría deben ser obligatorios. Con respecto a las infecciones específicas, debe llamarse la atención de los médicos sobre el peligro de la tos ferina y el sarampión, y sobre la necesidad de utilizar los profilácticos clásicos, tales como el aislamiento, junto a los métodos más recientes, como la seroprofilaxia y la vacunación. Debe hacerse todo lo posible para aplicar a los niños todos los profilácticos conocidos contra la sífilis y la tuberculosis. En lo tocante a las afecciones del aparato respiratorio, en público debe hallarse mejor enterado, y en particular sobre el peligro de la propagación de los adultos a los niños, y de los métodos de prevención.

Aparte del mejoramiento de las viviendas la prevención de las infecciones cruzadas presupone mejoras de las condiciones higiénicas, y vigilancia médica de todos los niños reunidos en grupos, como en hospitales, casas-cunas, asilos, etc. Si se les ofrece a las gestantes y a los recién nacidos suficiente protección en forma de clínicas maternas e infantiles, enfermeras visitadoras, leyes exigiendo supresión absoluta del trabajo, y subsidios antes y después del parto, así como para la amamantación, una gran proporción de las mujeres que necesitan esos servicios se aprovecharán de ellos gustosamente. El conjunto de medidas sociales, higiénicas y médicas, cuya aplicación ha resultado de tanto valor, exige la cooperación más íntima entre todos los organismos interesados. ("Memorandum relating to the enquiries into the causes and prevention of still-births and mortality during the first year of life; publicación C. H. 820 de la Liga de las Naciones, mayo 31, 1930"; véase también el BOLETÍN de marzo, 1930, p. 261. Todas estas publicaciones de la Liga de las Naciones pueden ser conseguidas por conducto de la World Peace Foundation, 40 Mt. Vernon Street, Boston 9, Mass., E. U. A.)

*Sudamérica.*—Debré y Olsen sumarizan las encuestas realizadas en ciertos distritos seleccionados en la Argentina, Brazil, Chile y Uruguay, por iniciativa de la Organización de Higiene de la Liga de las Naciones. En conjunto, se estudió un total de 3,813 defunciones infantiles y 836 mortinatos. En Chile, una encuesta sobre el terreno puso de relieve la necesidad de coordinar las obras privadas de protección y la administración sanitaria central, tanto con respecto a la higiene pública en general, como a la protección maternal e infantil, y la urgente necesidad de extender a la campaña las obras de higiene y de asistencia médica. En Chile, otro problema capital es la alimentación popular, que reviste mucha importancia. En Buenos Aires, los autores estudiaron con Aráoz Alfaro la vigilancia prenatal, la organización de la lucha contra la mortalidad infantil en las regiones rurales, y la orientación de los estudios médicos hacia la higiene preventiva. El último tema debe ser objeto de un estudio más particularizado. En Uruguay se tiene pensado poner en práctica las conclusiones de la conferencia de Lima sobre protección a la infancia. En el Brasil, la inmensidad del territorio y diversidad de climas y de población, impiden toda conclusión de orden general. En lo que toca a los distritos estudiados, los problemas de más realce son: la insuficiente vigilancia prenatal, sobre todo en los distritos rurales, y la falta de enfermeras aptas, tanto cuidadoras como visitadoras. En sus conclusiones, los autores recalcan la necesidad de un organismo central que coordine los esfuerzos, y evite la orientación defectuosa y la dispersión de energías. En las grandes ciudades latinoamericanas, los servicios de hospitales se hallan bien organizados, si bien no hay suficientes camas para madres y niños, pero en los pueblos pequeños y los distritos rurales faltan tales recursos. Los consultorios de lactantes deben funcionar bajo la

vigilancia de un médico especialista, con la ayuda de una enfermera visitadora o asistente social, pero hacen falta nuevas escuelas de visitadoras, y mayor extensión de las existentes. (Debré, R., y Olsen, O. E. W.: *Bol. Inst. Int. Am. Prot. Inf.* 4:581 (eno.) 1931.)

En sus conclusiones generales, los autores apuntan que en varios distritos de los estudiados ya hay magníficas instituciones de protección a la infancia y a la maternidad, cuyo número debe ser aumentado, pero siempre coordinando sus esfuerzos, y los varios peritos recalcan que cada Gobierno Nacional debe hacerse cargo de esa coordinación, y de vigilar y subvencionar los trabajos. En otras palabras, aunque la iniciativa debe quedar a cargo de individuos o asociaciones particulares de las poblaciones y de los Estados, al Gobierno central le corresponde impedir el derroche de esfuerzos y ayudar a los distritos más pobres. Esta obra debe ser centralizada en un ministerio o departamento de sanidad, que comprenda un servicio especializado de higiene maternal e infantil. A fin de remediar hasta cierto punto las principales causas económicas de la mortalidad infantil, recomiéndase que en los distritos industriales donde ofrecen un período de descanso a las obreras hacia el fin del embarazo y después del parto, cada madre reciba un subsidio suficiente, combinado con asistencia social bien proyectada. El mismo principio reza con los subsidios dedicados a fomentar la amamantación y a impedir el abandono del niño debido a la pobreza. Las medidas económicas y legislativas no pueden ser uniformes, y hay que conceder mucha latitud en ese sentido; pero en toda legislación sobre seguro social, hay que conceder el primer puesto a la higiene maternal e infantil y a la organización de la medicina preventiva. Como todos los peritos recalcan el efecto nocivo de la ignorancia sobre la mortalidad infantil, las autoridades deben estudiar e introducir sin tardanza los mejores medios de educación popular, variándolos según las circunstancias, pero reconociendo que el instrumento indispensable es la enfermera visitadora o la asistente social. Entre las medidas psicológicas, debe figurar la mejor preparación de comadronas, de médicos de sanidad, y de médicos generales. En las grandes poblaciones, el número de camas disponibles para lactantes y para gestantes no es suficiente en muchas partes; pero, en conjunto, esos servicios se hallan bien organizados. Sin embargo, en las pequeñas poblaciones y distritos rurales, la situación es menos satisfactoria.

En los países sudamericanos, la falta de educación de las masas en general plantea un problema grave y muy complicado, por razones socioétnicas. Aunque, en general, deben preferirse los partos a domicilio, y hasta el tratamiento domiciliario de los niños enfermos, en muchos hospitales todavía faltan salas para niños con suficientes camas y también salas de maternidad, y en todas partes asilos para gestantes y madres lactantes. Lo más urgente es el establecimiento de clínicas dedicadas a la vigilancia de los niños sanos desde el nacimiento, pero esos centros no pueden funcionar sin la vigilancia de

un pediatra y la ayuda de visitadoras o asistentes sociales. Todavía sería mejor instalar centros que combinaran las consultas de puericultura con la vigilancia prenatal, el tratamiento de los tuberculosos y sifilíticos, y la profilaxia de las enfermedades infecciosas. Otro problema difícil de resolver consiste en la distribución de doctores y comadronas, que sobran en las poblaciones, y escasean en los distritos rurales. Una remuneración fija suficiente atraerá doctores y parteras a los distritos donde faltan. Entre las medidas sanitarias que los peritos consideran de más urgencia, es la provisión de una cantidad suficiente de leche y la vigilancia y reglamentación de leche apropiada para criaturas.

Los problemas relacionados con la mortalidad infantil se enlazan con problemas generales, algunos de ellos comunes a todos los países sudamericanos. La campaña contra tuberculosis, sífilis, paludismo, viruela y disentería es importantísima, pero no presenta características peculiares en los países estudiados. No cabe decir lo mismo del problema de las viviendas, tan difícil de resolver, y que no ha recibido todavía suficiente atención. El problema de la nutrición general ha sido discutido más en particular en la encuesta realizada en Chile. Todos los peritos preconizan el valor de las estadísticas demográficas, que en los distritos investigados son inadecuadas. Hay que hacer cumplir la ley relativa a la inscripción de los nacimientos, pues eso asegurará desde el primer día de la vida del niño, el cuidado de los centros de sanidad y de las visitadoras. También es indispensable la notificación de los casamientos y de los mortinatos. Todos los peritos recomendaron la adopción de la definición de mortinato dictada por la comisión que designara la Organización de Higiene de la Liga de las Naciones para estudiar el punto. Además, se recomienda a las autoridades que impidan los entierros secretos donde persista esa costumbre, y hagan inscribir las defunciones.

La campaña contra la mortalidad infantil reviste sumas dificultades en la mayor parte de los distritos sudamericanos, y apenas hay que referirse de nuevo al carácter primitivo de ciertas poblaciones, su ignorancia, descuido de los niños pequeños, hacinamiento de las familias, errores dietéticos, dificultades económicas, y hasta dureza del clima. Sin embargo, muchos factores favorables también son dignos de nota. En primer lugar, los esfuerzos realizados hasta ahora y los buenos resultados ya obtenidos, el espíritu progresista y el deseo de acción inmediata están de manifiesto en todas partes; de modo que parece haber muchas esperanzas de éxito, con tal que se libere una campaña juiciosa. Un gran número de muertes, en particular debidas a trastornos digestivos, son seguramente prevenibles mediante medidas relativamente sencillas. Si se sigue el consejo de los peritos, la mortalidad infantil debe disminuir. Al terminar la conferencia, los peritos expresaron la esperanza de que se lleven a cabo encuestas semejantes en otros países sudamericanos, y en particular el Perú.

El informe de los Dres. Debré y Olsen aparece en la publicación No. C. H. 908 (1) (Serie de Publicaciones de la Liga de las Naciones III, Sanidad 1930, III, 15), y forma un folleto de 20 páginas. Todas estas publicaciones pueden ser conseguidas por conducto de la World Peace Foundation de Boston, E. U. A.

*Mortalidad infantil en la Argentina.*—Aráoz Alfaro<sup>90</sup> describe la reciente encuesta sobre mortalidad infantil llevada a cabo en 5 distritos de la Argentina: 2 urbanos de mortalidad relativamente baja (ciudad de Buenos Aires); uno de mortalidad elevada (ciudad de Tucumán); y 2 rurales uno de mortalidad relativamente baja (distrito Azul, Provincia de Buenos Aires), y otro de mortalidad elevada (Monteros, Provincia de Tucumán). La encuesta comenzó el 1º de abril de 1928 y duró un año. En Buenos Aires, con más de 2 millones de habitantes, la mortalidad infantil, de 1890 de 170, ha bajado a 78-80 en los últimos años, y en 1928 a 74. La mortalidad general es de 13, y la natalidad de 24 a 25. Las condiciones sociales e higiénicas de los dos distritos bonaerenses fueron muy buenas, y buena, respectivamente. Tucumán, situada en la zona subtropical, tiene clima más cálido, el paludismo es endémico, y hay bastante gente pobre y aun inculta. La situación económica, en general, es buena, pero los obreros sufren mucho del alcoholismo. La ilegitimidad es muy frecuente. La natalidad (34) es superior a la de Buenos Aires. Azul, en la Provincia de Buenos Aires, tiene algunos servicios sanitarios pero precarios, clima más frío que la ciudad de Buenos Aires, agua muy mala, y no dispone de cloacas. Gran parte de la población pobre es muy ignorante y poco instruída en puericultura. La situación económica, en general, es buena. Monteros, en la Provincia de Tucumán, es un distrito rural habitado por obreros nómadas, y fué necesario abandonar la encuesta allí. El valor de la encuesta es sólo relativo, pero sirve para demostrar los defectos de estadísticas sobre mortalidad infantil, la indiferencia o incompetencia de los médicos que firman certificados de defunción, y las serias deficiencias de la organización de protección a la infancia. Es insuficiente la higiene prenatal, las consultas obstétricas son raras, lo mismo que los dispensarios antivenéreos para mujeres, y aun cuando hay buenas maternidades, no se ha hecho bastante propaganda. La mortalidad infantil para toda la República es de 110, de 90 en la Provincia de Buenos Aires, y de 120 hasta 260 en ciertas provincias de la zona subtropical. De los 4 distritos en que se completó el estudio, la natalidad fué de 24 a 25 en Buenos Aires, 39 a 40 en Tucumán, y 19.5 en Azul; la mortalidad infantil de 51, 90, 170 y 85; la mortinatalidad de 30, 39, 39 y 20; la proporción de muertos en el primer mes de 50, 36, 39.8 y 38 por ciento; y en el primer semestre de 80, 82, 75 y 76 por ciento; pero muchas de esas cifras pecan de bajas, lo cual es atribuible a imperfectas declaraciones. Las enfermedades del aparato digestivo formaron el grupo más importante (25.4, 26.2 y 41.5 por ciento); en

<sup>90</sup> Aráoz Alfaro, G.: Bol. Inst. Int. Am. Prot. Inf. 4: 373, 619 (eno.) 1931.

los 3 distritos de mortalidad elevada; pero bajaron a casi nada (0.74) por ciento en un distrito de Buenos Aires. En todos los distritos, las afecciones respiratorias agudas jugaron un papel muy importante, sobre todo durante la estación fría, con cifras de 38.8, 15.6, 23 y 18.5 por ciento. Las enfermedades congénitas o de recién nacidos llegaron a 40, 22.5, 14 y 11.5 por ciento; y las enfermedades infecciosas a 5.5, 13, 8.6 y 2 por ciento. Queda cierto número de casos en que no se pudo precisar el diagnóstico, llegando esa proporción a 13 por ciento en Tucumán. La mortalidad por trastornos digestivos en dos distritos subió de 17 y 5 por ciento en los meses fríos, a 62 y 72 por ciento, respectivamente, en los cálidos. Con respecto a la mortinatalidad, Araújo Alfaro trató de determinar la causa en un distrito de Buenos Aires, encontrando esta proporción: distocia o accidentes obstétricos, 38 por ciento; heredosífilis, 14.5; toxemia materna, 7.5; y causas desconocidas, 40 por ciento.

*Mortalidad infantil en Rosario de Santa Fe.*—Piñero García<sup>91</sup> repasa los datos relativos a mortalidad infantil de 1900 a 1925 en Rosario de Santa Fe, una de las ciudades más cultas y ricas de la Argentina. En los 26 años, la mortalidad infantil ha alcanzado allí a 26,287, con un promedio anual de 1,011, y un coeficiente de 143.45 por mil nacimientos viables. De 1869 a 1900, las muertes infantiles llegaron a 17,883, con un promedio anual de 577 y un coeficiente de 300 a 350; es decir, que en ese período de 57 años, Rosario ha perdido a 44,170 niños en el primer año de la vida, o sea 24.74 por ciento de las defunciones generales. Esa letalidad revela, naturalmente, fluctuaciones y oscilaciones. Como otros han hecho notar para Buenos Aires, en Rosario también se observan cifras globales, quinquenales y anuales, de igualdad perfecta, a pesar de los cambios de población, como sucedió en 1895-1899 y 1921-1925, en que los fallecimientos de menores de un año ascendieron a 4,670 y 4,597, respectivamente. Al mismo tiempo que ha disminuído la mortalidad infantil, obsérvase a partir de 1914 una marcada declinación en la natalidad, pues de 37.19, descendió a 25.32 en 1925. El descenso de la mortalidad infantil está patentizado en estas cifras: 1900-1904, 180.18; 1905-1909, 156.6; 1910-1914, 144.72; 1915-1919, 137.75; 1920-1924, 118.96; y 1925, 128.26. Comparando la mortalidad infantil de Rosario con la del resto de la Provincia de Santa Fe, se patentiza un hecho extraordinario, pues es superior en esa ciudad (como también sucede en la de Santa Fe). El mismo hecho de superioridad de la campaña se observa en la Provincia de Entre Ríos con 159.83 y 110.72; la de Córdoba con 176.23 y 124; y la de Mendoza con 249.80 y 187.68; y tal vez se explique por la vida más higiénica del campo y la larga alimentación natural. En cambio, Cometto demostró para la Provincia de Buenos Aires, que era mucho menor la mortalidad en la capital

<sup>91</sup> Piñero García, P. P.: *Semana Méd.* 38: 65 (no. 8) 1931.

(La Plata, 69.8) que en la Provincia (110.2) en 1926. En la Provincia de Santa Fe, la mortalidad infantil fué 149.6 en 1912, en la ciudad de Santa Fe de 157.58, y en Rosario de 149.80; en 1917, 119, 170.61 y 132.32; en 1922, 97.7, 165.88 y 123.8; y en 1925, 119.5, 144.72, y 128.26, respectivamente. Junto con la baja de la natalidad y la mortalidad infantil, también ha bajado la mortalidad general local, como ha tenido lugar también en la capital federal y las Provincias. En Rosario, durante el primer mes, fallecen un 42.9 por mil de los nacidos viables, o sea 29.9 por ciento de los que fallecen en el primer año; en el segundo mes, la proporción baja a 9.27 por ciento, y sigue descendiendo después. En la primera semana, un 14.52 por ciento de los muertos antes de cumplir el año mueren, lo cual es algo menor que en otras partes del país. La proporción que correspondió al verano fué de 29.48 por ciento y a la primavera de 28.32 por ciento, en tanto que al invierno sólo corresponde 20.81 y al otoño 21.4 por ciento, a pesar de ser el clima de Rosario de un carácter templado. En la mortalidad infantil, corresponde al sexo masculino un 53.76 por ciento. Entre las causas prenatales, natales y neonatales, a que corresponde una mortalidad de 18.9 por mil de los nacimientos animados, se destaca la debilidad congénita, y más específicamente, la sífilis. Un factor de muy elevada proporción y lamentable fijeza, es la diarrea infantil, pues a ella corresponde un 41.63 por ciento de la mortalidad infantil global, llegando a veces casi a 50 por ciento, y nunca descendiendo de 33 por ciento. Piñero García termina su minucioso y documentado estudio, enumerando las iniciativas surgidas para asegurar la vida de los niños: en la Asistencia Pública, la sección de Protección a la Infancia con tres dispensarios que funcionan en distintos barrios de la ciudad; el servicio de niños del Hospital Rosario; el Hospital de Niños e Instituto de Puericultura; y el servicio de niños del Hospital Nacional del Centenario, bajo la cátedra de pediatría y puericultura. Entre las instituciones privadas, cabe mencionar: el Hospicio de Huérfanos; la Casa del Niño; y los servicios de niños en los hospitales español e italiano.

Piñero García <sup>92</sup> continúa sus minuciosos estudios de la mortalidad infantil en Rosario, considerando ahora la edad de 1 a 2 años desde 1900 hasta 1925. En dicha ciudad, el promedio anual de muertes infantiles de 1 a 2 años en ese período ha sido de 340, con oscilaciones entre un mínimo de 180 y un máximo de 522, correspondientes a los años 1922 y 1913, respectivamente. En esos 26 años la población ha subido de 112,461 habitantes a 407,000, es decir, que la mortalidad relativa ha disminuído de 3.59 por mil habitantes en 1900 a 0.88 en el quinquenio 1920-1924. Por mil nacimientos el promedio ha sido de 48.29 en el período 1900-1924, pero con un descenso constante en cada quinquenio desde 67.32 en 1900-1904 a 31.19 en 1920-1924, lo cual

<sup>92</sup> Piñero García, P. P.: *Semana Méd.* 38: 974 (ab. 9) 1931.

sin embargo, es todavía mucho mayor que el de 21.55 de la capital federal en el quinquenio 1920-1925, pero más bajo que el de la Provincia de Tucumán, en que llega a 66.5. El autor analiza la mortalidad infantil en relación con la población, nacimientos, defunciones, sexo, causas. Un cuadro muy interesante hace notar la distribución en el país de la mortalidad infantil de 1 a 2 años por causas, pero haciendo el autor la reserva de que los datos estadísticos son muy deficientes en ese sentido.

*Mortalidade infantil em Nictheroy.*—Martins Teixeira y Leal Teixeira<sup>93</sup> publicam os algarismos da mortalidade infantil em Nictheroy (100,000 habitantes) em 1927 e 1928. A porcentagem sobre a mortalidade geral foi de 22.7 em 1927 e 23.7 em 1928. Em 1927 falleceram 464 crianças de menos de 1 anno: 288 brancas, 136 pardas e 40 pretas; 269 do sexo masculino. Em 1928, 533: 239 brancas, 153 pardas e 41 pretas; 276 do sexo masculino. Em 1927, das fallecidas, 136 tinham menos de 1 mez; em 1928, 153. Entre causas, figura em primeiro logar a diarreia-enterite, com uma porcentagem de 37.9 em 1927 e 37.1 em 1928. Em segundo logar vino, em 1927, a broncho-pneumonia e em terceiro logar as afecções da primeira idade e os vicios de conformação, que em 1928 occuparam o segundo logar. A syphilis occupou o quarto logar em 1927 e 1928, com 41 y 54 obitos. A gripe, como entidade morbida, augmentou de 1926 a 1928, produzindo 12 obitos em 1927 e 22 em 1928. A natalidade chegou em 1927 a 3,029, e em 1928 a 3,224, ou seja um coeeficiente de 30.29 e 32.24 por mil habitantes. Os autores apontam que a pobreza e a falta de educação sanitaria são os 2 elementos primordiales para o excesso da mortalidade infantil em Nictheroy. Recommendam desenvolver o Serviço Prenatal no sentido de atender a todas as gestantes; organização de um serviço de hygiene infantil, e de creches, sob a fiscalização do Estado; obrigatoriedade do leite certificado; creação de um serviço de educação sanitaria y propaganda; obrigatoriedade das notificações dos casos de gastro-enterite dos lactantes, affim de que a Saude possa descobrir a causa; devida confecção dos attestados de obitos de nati-mortos e lactantes; e obrigatoriedade da notificação de nascimento á Saude Publica.

*Natimortalidade no Brasil.*—Em 1920,<sup>94</sup> em Recife o coeeficiente lethal no nascimento era de 216.20 por 1,000 em Natal de 150.40; em São Luiz 124.90; e, Belém 124.21; no Rio de Janeiro 79.07; em Santos 59.20; en São Paulo 53.60, etc. (Leite Pentead.) Do Rio, propriamente, já disseram uma vez, com autoridade e justeza de vistas, que em 24 annos de Republica, nasceram mortas quasi 50,000 creanças. (Carlos Fernandes.) Fica elle, de facto, em lamentaveis condições de confronto com as outras grandes capitaes.

<sup>93</sup> Martins Teixeira, P., y Leal Teixeira, C.: Ann. V Cong. Br. Hyg. 2: 545 (1930).

<sup>94</sup> De Souza, O.: Ann. Quinto Cong. Hyg. 2: 531 (obro.) 1929.

No a protecção á grávida é ainda uma aspiração. Quando muito só pode-se contar com pouco mais de 200 leitos para attender população de quasi 2,000,000. Nada ou pouco pode merecer o titulo de Maternidade. O Hospital Pró-Matre, o que existe de melhor, representa um grande esforço, uma esplendida iniciativa, mas não basta. No Rio, é triste confessar, começa-se apenas a esboçar um serviço pre-natal organizado. Tanto que, não ha muito, fizeram um inquerito (Clovis Correa) num dos seus bairros populosos, e apurar que 85 por cento das parturientes eram assistidas por "curiosas, incultas, sem as noções indispensaveis para o mister profissional. Realmente, um dos grandes males é a pequena disseminação do ensino obstetico. Sem falar nas outras cidades, no Rio, ha para 400 estudantes um serviço que não chega a 50 leiros. Que vale, isso para a efficiencia do ensino, para a aprendizagem pratica, a unica, por assum dizer util e vantajosa? No serviço da Maternidade das Laranjeiras o autor verificou num semestre em 443 partos, 36 nati-mortos, dos quaes 13 o foram durante o parto ou 36 por cento. Realmente o traumatismo fetal é um grande responsavel pela nati-mortalidade.

Nas apresentações, una vez observaram na Maternidade das Laranjeiras 4 nati-mortos em 5 apresentações de face. Não é tanto sempre. Isso se deu, talvez porque fossem tardias as intervenções adequadas. As de frente dão maior coefficiente lethal para o recém-nascido, mas são mais raras. Numa estatística (Penteado) houve apenas 27 casos em 17,114 partos. Mesmo assim o coefficiente de mortalidade fetal calcula-se até em 60 por cento. As de nadeга entram igualmente com apreciavel contribuição. Em estatísticas da Maternidade (1924) observaram em 287 partos, 117 fétos mortos o que é de espantar. Em outra phase (1º semestre de 1927) o autor encontrou 8 fétos mortos para 26 partos (pouco mais de 30 por cento). Nas apresentações de tronco, na Maternidade da Faculdade foram encontrados para 43 partos 14 fétos mortos (30 por cento), com a circumstancia de que estavam todos vivos no acto do trabalho. As posições posteriores de occiput e de mento dão tambem contribuição para a nati-mortalidade. Da primeira, Leite Penteado colleccionou 834 casos, dos quaes 796 desprenderam-se em occiput pubiano e 38 occiput sacra, tendo havido 78 intervenções com 26 fétos vivos, 36 reanimados e 16 fétos mortos (ou 20 por cento de coefficiente lethal). Colleccionando 11,951 papeletas (1918) Souza encontrou 341 partos de fétos de mais de 4 kilos, observando 25 fétos mortos, portando 7.3 por cento de nati-mortalidade. Entretanto as estatísticas mais recentes chegam a dar 2.6 por cento, mas isso se explica em vista da orientação cesarianista da Escola do Rio, logo que se confirme o diagnostico da desproporção. No conjuncto apreciavel de 10,000 partos ha a estatística de Leite Penteado sobre casos de dystocia cervical (64 casos com 17 casos de morte fetal ou 26.6 por cento), contin-

gente não pequeno. Num conjuncto de 11,000 papeletas, com um total de 921 casos de distocia pelvica Souza encontrou 763 partos expontaneos com o coefficiente de mortalidade fetal de 12.3 por cento. Esse coefficiente representa a media, porque já se vê, a mortalidade augmenta com a exiguidade dos diametros pelvianos. Encontrou (exame systhematico em 11,000 papeletas), 53 forceps com 12 fétos mortos ou 22.6 por cento, 19 versões com 14 fétos mortos, sendo 7 no acto operatorio, que obrigou a pratica da basiotripsia na cabeça derradeira, o que quer dizer 73.6 por cento. Em 11,840 partos, foram verificados (Penteado) 62 casos de procidencia do cordão. Desses viviam no momento em que se procedeu a procidencia 53 fétos; os 9 restantes já chegaram mortos á Maternidade. Desses 53 morreram 21 (31.6 por cento); incluindo-se os 9 restantes o coefficiente cresce a 48.3 por cento. Ha absoluta falta de mais de leitos nas maternidades brasileiras. Fernando Magalhães dizia em 1923 que em todo o Brasil contavam-se apenas 400 leitos numa população de 30 milhões. "O Rio tem puoco mais de 200 leitos para mais de um milhão e meio de habitantes." É preciso construil-os. O que se despence em outros misteres, banquetes, luminarias, hoteis, etc., bem podia ser desviado em parte para essa despeza de benemerencia que é a construcção de maternidades.

*Mortalidad infantil en Chile.*—La encuesta realizada por Calvo Mackenna<sup>95</sup> comprendió dos distritos de Santiago servidos por gotas de leche, un pueblo pequeno (San Bernardo), y una circunscripción rural, con un total de 94,796 habitantes, donde nacieron 2,737 niños en los 12 meses de la encuesta murieron 635 antes de cumplir el año, y 47 nacieron muertos. Los distritos de Santiago y el pueblo tienen características en común, como altura de 520 y 573 metros, respectivamente, sobre el nivel del mar; clima agradable con temperatura media de 13.8° C., sin lluvia en verano, y frecuentes lluvias en invierno. Los dos distritos de Santiago tienen, además, agua muy pura y servicios de cloacas, pero uno está habitado por gente rica o de medianos recursos, y otro por personas pobres e incultas, con viviendas poco higiénicas. San Bernardo en 1927 tenía 10,296 habitantes, con una natalidad de 46.72, mortalidad infantil de 274.4, y mortalidad general de 27.08; y también recibe agua excelente, pero en cantidades insuficientes; no dispone de cloacas; el pueblo vive en malas condiciones higiénicas, y si bien hay pobreza, no existe miseria. En el distrito rural de San Isidro en 1927 había 4,600 habitantes con una natalidad de 43, mortalidad infantil de 267.7, y mortalidad general de 33.2. La temperatura media es de 14.2° C. y el aprovisionamiento de agua potable muy deficiente, y el único establecimiento de beneficencia es un hospital. En general, la mortalidad durante el primer mes de vida, y sobre todo la primera semana (más de la tercera parte del

<sup>95</sup> Calvo Mackenna, L.: Bol. Inst. Int. Am. Prot. Inf. 4: 426 (eno.) 1931.

total), se debe a traumatismos obstétricos y premadurez. Las afecciones digestivas, que representan 28.2 por ciento de los fallecimientos, deben ser combatidas, corrigiendo la escasa e inapropiada alimentación y la ignorancia. Las afecciones agudas del aparato respiratorio dan 26.2 por ciento del total, más en verano que en invierno, y el medio más eficaz de resistirlas, es la utilización de los servicios de las visitadoras. Del total cargado a las enfermedades infecciosas, casi dos terceras partes están constituidas por la sífilis congénita con 8.7 por ciento del total de mortalidad infantil. La sífilis es también el único factor en la mortinatalidad. Durante el año, la natalidad de los 4 distritos varió de 19 y 35.8 en los dos distritos de Santiago, a 46.7 y 42.2 en el pueblo y el distrito rural; la mortalidad infantil de 217.3 y 239.7 a 226.6 y 268; la general de 9.13 y 15.04 a 28.36 y 28.69; y la mortinatalidad de 14.2 y 21.7 a 6.23 y 30.9.

Calvo Mackenna<sup>96</sup> termina su estudio de las causas de la mortinatalidad y la mortalidad infantil en 4 distritos de Santiago de Chile. El distrito de San Isidro, en pleno campo, habitado por gente inculta, fué el que dió mayor mortalidad infantil (226.8 por mil). Vino después el distrito suburbano, y al final los 2 urbanos con 182.4 y 181.2. El total de muertes estudiadas llegó a 548 (200.3 por mil). Las causas fueron: trastornos de la digestión y nutrición, 132; infecciones específicas y de otro género, 216; enfermedades no microbianas, 4; malformaciones congénitas, 2; traumatismos obstétricos, 45; accidentes graves, 2; premadurez, 29; desconocidas, 38; no encontrados, 80. En primer lugar aparecen, pues, con 28.2 por ciento las afecciones del aparato digestivo, viniendo después afecciones respiratorias agudas, 26.2; traumatismos obstétricos, 9.61; sífilis congénita, 8.7; premadurez, 6.2; tuberculosis, 2.5; septicemia, 2.9, y gripe con 2.1 por ciento. Hubo 47 mortinatos (18.26 por mil), subdivididos así: durante la gestación, 18; expulsión prematura, 12; parto, 17. Hubo que eliminar 25 mortinatos más denunciados por resultar otros tantos abortos. La sífilis constituyó el principal factor de mortinatalidad, con 38.2 por ciento, viniendo después el traumatismo materno con 17, y la procidencia del cordón con 8.5 por ciento. La mortalidad infantil aumenta mucho durante el semestre de primavera y verano, y en particular en los meses de mayor calor (diciembre y febrero). Según la edad, los 468 fallecidos estudiados se distribuyeron así: primer día, 45; primera semana, 34; primer mes, 79; 2 a 3 meses, 108; 4 a 6 meses, 92; 7 a 12 meses, 110. La ilegitimidad alcanzó un 28.7 por ciento del total. El autor recomienda como medidas preventivas: multiplicar y vigorizar los organismos de prevención y tratamiento de la sífilis familiar; asistencia obstétrica prenatal en consultorios; asistencia del parto domiciliaria y en maternidades, ya que 29.3 por ciento de los partos quedan a cargo de personas no calificadas; perfeccionamiento periódico de los médicos

<sup>96</sup> Calvo Mackenna, L.: Rev. Chil. Ped. 1: 411 (agto.) 1930.

prácticos y las matronas; modificación de la ley de seguro obrero a fin de proporcionar un subsidio mayor a la embarazada durante el último período de la preñez; lucha contra las afecciones digestivas desde antes del nacimiento, corrigiendo dos factores fundamentales: escasa y sobre todo inapropiada alimentación del pueblo, e ignorancia; abaratamiento de los artículos de primera necesidad y bastecer al pueblo de buena leche de vaca por una parte y vulgarizar por otra la ciencia de la nutrición. El mejor medio de vulgarización de la higiene infantil es la visitadora de puericultura competente. Los errores de diagnóstico varían de 22.1 a 60.4 por ciento en los distritos, aumentando a medida que éstos se alejan del centro de la ciudad. En Chile un 70.2 por ciento de los fallecimientos son inscritos mediante la simple declaración de 2 testigos.

*Mortalidad infantil en los Estados Unidos.*—En los Estados Unidos mueren cada año 90,000 niños antes de cumplir 1 año, debido, principalmente, a nacimientos prematuros, lesiones natales, vicios congénitos y enfermedades de la primera infancia. En un grupo de niños cuyas madres fueron atendidas durante el embarazo por un servicio de enfermería maternal en la zona Bellevue-Yorkville de la Ciudad de Nueva York, la mortalidad en el primer mes de vida sólo fué de 29 por 1,000 nacimientos viables, de 1922 a 1929, en tanto que llegó a 43 en el mismo distrito, en los niños cuyas madres no recibieron esa asistencia prenatal.

En Chicago, la mortalidad infantil ha disminuído de 122 en 1916 a 60 en 1929. En 1899 calculábase que 129 de cada 1,000 niños morían antes de cumplir un año. En dicho año se emprendió una campaña a domicilio para enseñar a las madres a atender a sus hijos en la época calurosa. En 1902 se creó la Comisión de la Leche. En 1908 se realizó otra campaña a domicilio, y en 1909 otra. En 1910 se fundó la Sociedad de Protección a la Infancia. En 1913 el Departamento de Sanidad inauguró 4 centros infantiles, que han aumentado desde entonces a 21. (*Chicago's Health*, nbre. 25, 1930.)

*Mortinatalidad en Nueva York.*—En la Ciudad de Nueva York las defunciones promedian 75,000 al año, de las cuales de 7,000 a 8,000 representan muertes infantiles; unas 5,000, tuberculosis; y no más de 1,200, las llamadas "enfermedades infectocontagiosas." Una gran proporción de la mortalidad corresponde a los nacidos muertos, que suman unos 6,000 al año, o sea de 80 a 90 por cien mil habitantes. Desde 1898, ese total ha permanecido bastante constante, pero dado el aumento de la población, ha disminuído el coeficiente de 170 a las cifras actuales. El coeficiente por mil embarazos, apenas ha disminuído de 50 en 1910, a 45 en 1920, y 44 en 1930. Como las notificaciones de la mortinatalidad son incompletas, por lo menos 5 por ciento de los embarazos culminan en mortinatalidad. Las 5,583 mujeres que tuvieron mortinatos en 1929, comunicaron un total de 17,548 embarazos, y sólo 8,372 hijos vivos. En 2,095 la mortinatali-

dad representaba el fruto del primer embarazo; en 1,003 había habido un embarazo anterior, de los cuales sólo había habido 715 nacimientos viables, es decir, que 291 mujeres sólo habían tenido mortinatos. De 715 tríparas, 114; de 504 cuartíparas, 46; de 375 quintíparas, 24; y de 249 sectíparas, 10 sólo habían tenido mortinatos. Una mujer 7 veces embarazada; 2, 8 veces; 3, 9 veces; 3, 10 veces; y 1, 11 veces embarazada, no habían tenido un solo hijo viable. Sin historias individuales es, por supuesto, imposible determinar la verdadera causa, pero los hechos apuntados indican que los médicos de sanidad deben estudiar cuidadosamente todo caso de embarazos repetidos sin hijos viables. De los mortinatos, pudo clasificarse por el período de las úterogestaciones a 5,726 con este resultado: primer mes, 7; segundo mes, 93; tercero, 204; cuarto, 349; quinto, 522; sexto, 584; séptimo, 642; octavo, 609; noveno, 2,407; décimo, 264; e indeterminados, 45. Entre las principales causas tituladas figuraron: afecciones relacionadas con la placenta, 629; eclampsia, toxemia, albuminuria y nefritis del embarazo, 538; premadurez, 651; vicios de conformación, 248; sífilis, 229; prolapso y compresión del cordón, 531; distocia, 354; presentaciones difíciles, 275; deformidad pelviana, 184; y asfixia fetal, 265. (*Weekly Bull.*, N. Y. C. Health Dept., mayo 16, 23, 1931.)

*Profilaxia de la mortalidad infantil en Guatemala.*—En la encuesta llevada a cabo por la Dirección de Salubridad de Guatemala <sup>97</sup> sobre las causas que determinan la mortalidad infantil, el Dr. Pastor Guerrero declara que esa mortalidad es preparada y determinada por múltiples causas, pero las cardinales son allí, como en otras partes, efectos de la mala lactancia y de la alimentación. A los niños casi siempre les entra la muerte por la boca. Mientras se va realizando la reforma higiénica general, en lo concreto precisa evitar a los niños las infecciones del tubo digestivo, y el gran recurso profiláctico es la lactancia materna. Organicense cuerpos de visitadoras de la infancia; ábranse salas cunas y puestos de comestibles baratos o gratuitos; establézcanse asilos de descanso prentatal y puerperal, y hágase todo lo demás que sepa y pueda el Consejo de Salubridad para disminuir las causas mediatas: ignorancia, pobreza, vicio e inmoralidad. Guatemala perdió en 1922 más de 20,000 niños; en 1925, cerca de 33,000 y en los últimos 8 años, casi 200,000.

El Sr. J. A. Chapetón corrobora que las causas radican en falta de conocimientos de puericultura y de higiene, de medios de subsistencia y de medicamentos, y de moral en los empíricos en medicina, farmacia y obstetricia. Como remedio propone: Divulgación, clases a las madres de familia; denuncia obligatoria de los "empíricos" (curanderos) que asisten niños enfermos; hacer conocer los peligros que amenazan a los niños con la ingestión de cuerpos sólidos y las enfermedades que se transmiten por la leche, por las aguas, por los alimentos

<sup>97</sup> Bol. San. Guat. 2, 135 (ene.-mzo.) 1930.

en descomposición, y el peligro constante de las materias fecales a flor de tierra; divulgación de los desinfectantes más prácticos para el momento del parto y los tiempos fisiológicos de éste; creación de "garitas sanitarias" donde se prodiguen medicamentos y conocimientos. En la mortalidad infantil no hay factor predominante salvo cuando se trata de epidemias. En la población rural las enfermedades que más mortalidad infantil causan son: Helminthiasis, gastroenteritis y miseria fisiológica. En lo tocante a indígenas y ladinos, el problema es peor en los primeros por falta de recursos y conocimientos, y sólo aceptar los consejos de los "brujos."

Para el Sr. J. Portillo h., las causas son: La mala alimentación que recibe el niño y pocos cuidados que tienen muchas madres. En Guatemala, la mortalidad infantil es menor en las pequeñas ciudades que en la capital, y en los pueblos rurales y fincas aun menos. Entre la raza indígena, la madre lacta al pequeño hasta los 18 meses, consistiendo la alimentación posterior en caldo de frijol. Siendo la leche el principal alimento del niño, conviene su vigilancia estricta y someterla a la pasteurización. A la Casa del Niño establecida en la capital debe dársele mayor atención. Los padres en el hogar, los maestros en la escuela, los médicos escolares, médicos e inspectores de sanidad ayudarán. En cada cabecera departamental el cirujano militar, y donde reside el director de distrito sanitario, éste, deben tener a su cargo el puesto de médico escolar. Debería también crearse la plaza de cirujano dentista para atender al niño.

Según el Sr. Serb. Mota, las causas son: Predisponentes: Miseria, mala alimentación, falta de higiene, y taras; más empirismo. Los vicios de prostitución, alcoholismo y toxicomanías hacen una franca degeneración de la raza. En primera línea figuran: Afecciones gastrointestinales, paludismo, sífilis congénita y adquirida y parasitismo intestinal; siguiendo las demás enfermedades infectocontagiosas. Propone la divulgación sistemática con una cátedra ambulante formada por médicos y practicantes al igual que hace el Ministerio de Agricultura. La mortalidad es mayor en la gente pobre y la raza india por preferir al curandero, vivir peor, ser más ignorantes y actualmente más degenerados. Mota también pide que en todas las fincas, fábricas y talleres con cierto número de personas haya un médico; que se hagan cumplir las leyes de salubridad: divulgar la higiene y combatir la prostitución clandestina.

El Sr. P. Donis aconseja procurar leche de buena calidad, vulgarizar los conocimientos de alimentación e higiene, proponiendo consultorios médicos gratuitos, dependencias que proporcionen leche de buena calidad, y cátedras ambulantes. Para él, el problema es diferente entre el ladino y el indio, y en las costas hacen más estragos el paludismo y los parásitos intestinales.

El Dr. H. Vásquez enumera la ignorancia y la insalubridad de ciertas zonas de la República, y cita el pueblo de Panzós sobre el Río

Polochic en la Alta Verapaz, donde no hay niños autóctonos, y cuando la madre no aborta, el niño muere después de paludismo; falta de higiene, pues muchos pueblos carecen de agua potable y si la tienen, es de mala calidad, incluso la capital misma; falta de asistencia facultativa, pues en la generalidad de los pueblos los niños mueren en manos de curanderos y de farmacéuticos empíricos; pobreza; natalidad excesiva; herencia; mala asistencia de los partos por comadronas empíricas; y alcoholismo y otras taras patológicas. Como medios de combate propone: enseñanza de la puericultura, saneamiento de las zonas insalubres y tratamiento de los enfermos; higienización de los pueblos, comenzando con el agua potable y los alcantarillados; creación de un sistema gratuito de tratamiento médico; disminución del precio de los alimentos; limitación de la familia; y creación de dispensarios antisifilíticos.

El Sr. J. F. Aguirre recomienda la lucha contra el alcoholismo, las enfermedades venéreas y las tropicales, y la tuberculosis; establecer gotas de leche y hospitales para niños; establecer la Casa del Niño debidamente; vigilar la higiene de los centros urbanos; dictar leyes para protección de las madres, de la infancia y los niños ilegítimos; higienizar las ciudades; sistematizar la medicina preventiva; establecer el examen prenupcial; reglamentar la alimentación; y regularizar el servicio de nodrizas.

El Dr. N. P. Macphail declara que las dos grandes causas de la mortalidad infantil en la costa norte de la República son; paludismo y enfermedades gastrointestinales. En el Hospital de la United Fruit Company, la proporción de paludismo ha disminuído de 31.25 en 1924 a 9.84 en 1929. La mortalidad palúdica en los niños también va disminuyendo allí, llegando a ser comparativamente raras esas muertes en ellos. Las debidas a errores dietéticos también han sido evitadas en gran parte, enseñando a las madres la alimentación correcta. Hace algunos años, el parasitismo intestinal ocasionaba considerables estragos, pero ahora es raro ver serias infecciones, pues se ha enseñado a los padres a buscar tratamiento, cuanto antes, para sus hijos.

Para la Sra. Carmen R. v. de Lazo, presidenta de la Sociedad Protectora del Niño, las causas son: vida demasiado penosa de las madres; y falta de leche, de educación médica, de higiene, y de conocimientos de puericultura. Como remedios aconseja: distribución de leche, multiplicación de clínicas, distribución de medicamentos, tratamientos preventivos, enfermeras visitadoras, casas del niño en cada barrio y en cada población; y lograr que los padres cumplan sus deberes.

Las demás personas que contestaron el cuestionario vienen, en una forma u otra, a corroborar lo dicho anteriormente.

*Uruguay.*—En su encuesta, que abarcó 4 distritos de Montevideo (2 urbanos y 2 suburbanos) y 7 en los departamentos (4 de ellos

rurales), Morquio <sup>98</sup> estudió un total de 5,629 nacimientos, 2,895 hombres y 2,734 mujeres, 4,332 legítimos y 1,297 ilegítimos. La mortalidad infantil llegó a 557 (98.9) y la mortinatalidad a 122 (21.6). Morquio hace notar que sus datos no tienen sino un valor relativo, pero suficiente para darse cuenta de las causas patológicas y sociales de la mortalidad infantil. Se ha luchado contra los defectos de organización oficial, sobre todo en los distritos rurales, y contra los prejuicios, negligencia e ignorancia de las familias. La mortalidad del primer mes llegó en total a 31 por ciento. En las causas de la mortalidad del primer año figuran las enfermedades del aparato digestivo con 34 por ciento, del aparato respiratorio con 31 por ciento, la debilidad congénita con 10 por ciento, y enfermedades varias con 25 por ciento. En los diversos distritos, la mortalidad infantil osciló entre un mínimo de 50 y un máximo de 151 en los departamentos, y entre 74.4 y 108.2 en Montevideo. Las causas sociales que intervienen en la mortalidad infantil, son la pobreza, ignorancia, negligencia, prejuicios e ilegitimidad. Contra esos males, es preciso rodear a las madres de los cuidados necesarios durante el embarazo y el parto, implantar la alimentación a pecho, rodear al niño de los cuidados higiénicos necesarios, y para todo ello, utilizar la propaganda, la educación, la asistencia preventiva médicosocial, los subsidios, la acción social, la ley, las mutualidades, etc.

Sumarizando los datos relativos a la mortalidad infantil en el Uruguay (véase el BOLETÍN de dbre., 1928, p. 1466). Morquio <sup>99</sup> declara que nacen en el país unos 45,000 niños por año, 30 por ciento de ellos ilegítimos; y de la mortalidad infantil, la tercera parte tiene lugar en el primer mes. En Montevideo nacen unos 12,000 al año, mueren unos 1,400, y 30 por ciento son ilegítimos. La mortinatalidad equivale a unos 40 por mil nacidos. En resumen, en todo el país mueren en el primer mes 1,500 niños, y en el primer año, sin los anteriores, 3,000; y nacen muertos 1,500, lo que representa un total de 6,000 menores de un año que fallecen anualmente. La mortalidad infantil constituye una cuestión social y nacional, supeditada a causas en gran parte evitables. Una tercera parte tiene por causa la procreación defectuosa representada por enfermedades infecciosas y tóxicas transmitidas por los padres. Si se quiere que los hijos sean sanos, es fundamental que los padres lo sean. La mortalidad infantil está justamente considerada como el índice de la civilización de un país. En el Uruguay la mortalidad infantil es alta, no obstante los grandes esfuerzos hechos. No se trata de incurrir en mayores gastos, sino de orientar bien la acción. Hay que empezar por conocer el medio en que se va a actuar: las madres y niños que deben ser vigilados y protegidos. La acción preventiva se basa esencial e

<sup>98</sup> Morquio, L.: Bol. Inst. Int. Am. Prot. Inf. 4: 535 (enc.) 1931.

<sup>99</sup> Morquio, L.: Bol. Cons. Nac. Hig. Ur. 24: 131 (mzo.-ab.) 1930.

indispensablemente en materia de asistencia de toda obra eficaz y positiva.

En la República del Uruguay, más de 2,000 niños mueren cada año de infecciones broncopulmonares.<sup>1</sup>

*Protección en Montevideo.*—Durante el año 1929 el Servicio de Protección a la Primera Infancia de Montevideo,<sup>2</sup> en sus 9 consultorios Gota de Leche, realizó 58,660 inspecciones en el consultorio; 1,176 visitas a domicilio; atendió a 4,350 menores de 1 año, a 1,057 mayores de 1 año, y a un total de 7,863 niños; distribuyó más de 500,000 raciones de leche u otros alimentos. En la Casa del Niño ingresaron 817 niños, sólo 4.5 por ciento por el Torno y los fallecidos fueron 61 (7.5 por ciento). Los niños protegidos llegaron a 588, con una mortalidad de 7 (1.2 por ciento); las madres protegidas con subsidio llegaron a 1,320, que recibieron 37,116.26 pesos; las colocadas con el niño a 87; y los niños colocados con nodrizas o cuidadoras a 1,643.

*Mortalidad infantil en Tokio.*—Takashima,<sup>3</sup> perito de la policía de Tokio, ha publicado un estudio de la mortalidad infantil en dicha población. La natalidad en Tokio es de 29.28 por mil, comparado con 36.31 para el Japón. La mortalidad infantil es también allí más baja que en el resto del país: 12.5 y 14.4. En Tokio hay 7,429 médicos, o sea uno por cada 682 habitantes.

*Mortalidad infantil en México.*—Pardo<sup>4</sup> declara que en México la situación relativa a la mortalidad infantil es muy grave, al extremo de que en su Estado natal (Oaxaca), de 1,000 niños solamente se lograron 85, y tal era la mortalidad infantil, que en lugar de tomar la estadística al año, el autor tuvo que considerarla a los seis meses. Eso fué en 1915, año excepcional por ser el año del hambre; pero, en general, todos los años son malos. Por las condiciones de vida, pueblos enteros han desaparecido, y desde hace muchísimos años no se pasa de 15,000,000 de habitantes, y si la mortalidad normal es de 30 por 1,000, en México resulta siempre superior. En las uniones ilegítimas se nota un aumento muy notable de la mortalidad infantil y, tan frecuentes en dicho país, resulta que la natalidad no es excesiva, sino lo contrario.

*La asfixia en la mortalidad neonatal.*—En 1927<sup>5</sup> hubo en el área de registro de los Estados Unidos 82,931 mortinatos y 2,137,836 nacidos viables, o sea una proporción de 4 por ciento. De los últimos, 32,180 murieron en un día, 8,848 en 2 días, 6,345 en 3, 11,351 en los 4 días siguientes, 8,296 en la segunda semana, 5,457 en la tercera, y 4,617 en la cuarta, o sea un total de 77,094 en el primer mes, y 138,017 en el primer año. Unidos, mortinatos y mortineonatos llegan a casi 80 por mil nacimientos, y de ser las cifras más exactas, probablemente

<sup>1</sup> Bauzá, J. A.: Bol. Cons. Nac. Hig. 24: 539 (nbre.-dbre.) 1930.

<sup>2</sup> Bol. As. Púb. Nac. Ur. 20: 579 (mzo.-abr.) 1930.

<sup>3</sup> Carta del Japón: Jour. Am. Med. Assn. 96: 54 (eno. 3) 1931.

<sup>4</sup> Pardo: Gac. Méd. México 61: 629 (nbre.) 1930.

<sup>5</sup> Henderson, Y.: Jour. Am. Med. Assn. 96: 496 (fbro. 14) 1931.

representarían 90 y quizás hasta 100. La premadurez aparece como la causa más importante con 35,916, pero esa no es una causa verdadera, pues a menos que intervenga algún otro elemento, el niño vivirá, y puede darse por seguro que la causa real pero no reconocida, es a menudo atelectasia, insuficiencia respiratoria secundaria, o neumonía. Henderson declara que ya hay pruebas de que el estímulo natural que inicia la respiración después del nacimiento, es el bióxido de carbono producido en el cuerpo. Cuando el centro respiratorio se halla asfixiado, ya en el recién nacido o ahogado, se necesita una presión mucho mayor de bióxido de carbono para excitar la actividad respiratoria. En la asfixia del recién nacido, el único método realmente eficaz consiste en dilatar los pulmones con una mezcla que contenga suficiente bióxido de carbono disuelto en oxígeno. La inhalación de esa mezcla reviste importancia igual para muchos niños que respiran espontáneamente, pues de ser incompleta la dilatación pulmonar, predispone a la neumonía. Dicha inhalación debe, pues, ser utilizada no meramente en los niños asfixiados, sino en todos en los primeros días de la vida, como profilaxia. En cada maternidad debería haber, pues, por lo menos un inhalador para los recién nacidos, o mejor todavía, un inhalador que sirva para lactantes y para adultos, a fin de poder tratar a la madre cuando se emplean anestésicos o narcóticos. Para los partos a domicilio, los departamentos municipales de sanidad deberían facilitar inhaladores al mero costo del oxígeno y bióxido de carbono consumido. Al cabo de un período razonable de propaganda, esos inhaladores deberían ser obligatorios, como se hace hoy día con la profilaxia de la ceguera neonatal.

*Respirador de Drinker.*—Los autores <sup>6</sup> analizan los casos de insuficiencia respiratoria tratados con el respirador de Drinker desde octubre, 1928, a junio, 1930. En los hospitales de Nueva York ya hay 12 de esos respiradores para adultos y 2 en Boston, en tanto que de los respiradores para niños hay en empleo 4 en Boston y 2 en Filadelfia. En Filadelfia ya han tratado a unos 40 adultos; en Boston a 6 adultos, 6 niños y unos 25 lactantes; y en Filadelfia a 3 lactantes. Los casos fueron de poliomielitis, asfixia por gas, coma alcohólico, envenenamiento, asfixia por sumersión, insuficiencia respiratoria postoperatoria, y asfixia de los recién nacidos. Las contraindicaciones consisten meramente en observar las reacciones del enfermo al respirador, y si el enfermo no padece de dificultad para respirar o de cianosis, no hay para qué usarlo, y lo mismo si no reacciona bien al tratamiento. Ya se ha tratado un suficiente número de niños para demostrar la utilidad del respirador. Este cuesta unos \$2,000.

*Ventilación para las criaturas prematuras.*—Yaglou y sus colaboradores,<sup>7</sup> en sus investigaciones en Boston con respecto a la temperatura

<sup>6</sup> Drinker, P., Shaughnessy, T. J., y Murphy, D. P.: Jour. Am. Med. Assn. 95: 1249 (obre. 25) 1930.

<sup>7</sup> Yaglou, C. P., Drinker, P., y Blackfan, K. D.: Am. Soc. Heat. & Vent. Eng. J., Sec. Heat. Pip. & Air. Cond. 1930.

orgánica, aumento de peso, mortalidad, etc., de los niños prematuros, adoptaron como más satisfactoria una humedad relativa de 65 por ciento, y una temperatura ambiente de 24° a 31° C. De haber afección congénita, se modificó la temperatura según era necesario, llegando a veces hasta 37.8° C., utilizando para ello estufas eléctricas. En el Hospital de Lactantes de Boston, ha resultado ventajoso hacer veinticinco cambios de aire por hora y hacer mover el aire a 5 metros por minuto en las salas dedicadas a niños prematuros. Logróronse así marcada disminución de la diarrea, la mortalidad y la infección, y mejor aumento de peso, mas el resultado representa, además, mejoras en las asistencia y cuidado.

*Definición de mortinato.*—Gagnon<sup>8</sup> repasa las muchas definiciones todavía vigentes sobre lo que constituye un mortinato, y el efecto de esas variaciones sobre las estadísticas de la mortalidad infantil.

*Neonatomortalidad.*—Cruickshank<sup>9</sup> ha publicado recientemente, bajo los auspicios del Consejo de Investigación Médica de la Gran Bretaña, un informe sobre las causas de la mortalidad neonatal, fundándose en 800 autopsias realizadas en la Maternidad y Hospitales de Mujeres de Glasgow. La sangre de 26 lactantes (3.25 por ciento) acusó una Wassermann positiva, pero el treponema sólo fué descubierto 6 veces (0.75 por ciento.) El autor obtuvo resultados semejantes en una ocasión anterior, de lo cual deduce que menos de 1 por ciento de los lactantes hospitalizados en Glasgow son sífilíticos. Reitera ahora que la Wassermann no es siempre fidedigna en el lactante, pues las positivas se deben, casi siempre, a transferencia de sustancias rectoras procedentes de la sangre materna. Frecuentemente, es difícil teñir el *Treponema pallidum* en los tejidos, y la falta del microbio no debe ser aceptada como prueba absoluta de que no hay sífilis, como tampoco una Wassermann positiva debe ser aceptada como prueba de lo contrario. Cruickshank hace notar que había signos histológicos y macroscópicos de sífilis en todos los lactantes en que se encontró el treponema pálido, en tanto que no los había en los otros; de modo que sus cifras deben ser aproximadamente exactas.

*Ilegitimidad en Europa.*—En Budapest,<sup>10</sup> la natalidad es mayor en los distritos en que la población es más pobre y más ignorante, y hay más partos en las clínicas y a domicilio, llegando el promedio en los últimos 5 años a 75 por ciento del total. Algo por el estilo sucede en París. En los últimos 50 años, los partos en los hospitales han aumentado 40 veces. Un 87 por ciento de todos los hijos naturales nacen en establecimientos públicos, y la cuarta parte de los niños que nacen en éstos son ilegítimos. En París la proporción es todavía mayor; en Viena de 29 por ciento y en Berlín de 65 por ciento, pero sólo forma 21 por ciento del total. En los establecimientos públicos,

<sup>8</sup> Gagnon, G.: Can. Pub. Health Jour. 22: 16 (eno.) 1931.

<sup>9</sup> Cruickshank, J. N.: "Child life investigations," Rep. 145, Med. Res. Council.

<sup>10</sup> Carta de Budapest: Jour. Am. Med. Assn. 96: 791 (mzo. 7) 1931.

el coeficiente de mortinatalidad es mucho mayor que a domicilio, por haber allí más casos de distocia. Sin embargo, el coeficiente ha disminuído de 6 por ciento a principios del siglo a 4 ahora, en tanto que en París es de 11 por ciento, en Berlín de 6, y en Zurich de 4 por ciento.

*Leyes sobre adopción.*—En los números de agosto y septiembre de 1930 de *Pro Juventute*, aparece un interesante resumen, verificado por el Dr. Prettenhofer, de Viena, de la legislación relativa a la adopción en los diversos países del mundo. En las leyes antiguas, disposiciones de toda clase resguardaban los intereses de la familia y de la descendencia propia del adoptante, pero se concedía muy poca atención a los intereses del niño adoptado. El derecho moderno refleja la tendencia opuesta, por ejemplo, en la legislación alemana, austriaca, suiza, checoslovaca y francesa, y en la inspirada en ellas, no se autoriza la adopción más que por personas sin hijos. En todas partes se nota una tendencia a rebajar la edad mínima de los padres adoptivos: en algunos países a 40 años, y en otros hasta 25. La mayor parte de las leyes exigen una diferencia por lo menos de 18 años de edad entre adoptado y adoptante, pero otras (Canadá, Estados Unidos, Francia y Hungría) menos, y hay partes como Bulgaria y Massachusetts, en que basta con que el último tenga más edad. En Inglaterra sólo pueden ser adoptados menores solteros, en Bélgica sólo mayores de edad, en Italia sólo mayores de 18 años, en Bulgaria sólo mayores de 5 años, y varios países exigen un período de prueba antes de la conclusión definitiva del contrato de adopción. La adopción del propio hijo ilegítimo está prohibida en algunos países a fin de alentar el casamiento de los padres; y en otros, al contrario, favorecida. El consentimiento personal del adoptado es reclamado en Suiza, si es capaz de discernimiento; en Alemania después de los 14 años, en Francia de los 16, en Suecia de los 12, y en varios Estados americanos, después de los 10 años. En varios países precisa la autorización paterna, aunque el adoptado sea mayor de edad y, por supuesto, cuando es menor. En varios Estados americanos no se necesita la autorización de los padres indignos. En las leyes más antiguas, el papel de la autoridad se limitaba a constatar que eran observadas las condiciones legales de la adopción, pero en algunas más recientes, tienen que investigar los motivos de la adopción y velar por que ésta no sea perjudicial para el niño. El efecto de la adopción varía en distintos países. A veces el hijo toma el nombre de los padres adoptivos; en otras, agrega el suyo propio. En general, los padres naturales quedan despojados de todo derecho sobre sus hijos después de la adopción por tercero, pero hay sus excepciones; y lo mismo con respecto al deber de asistencia, que incumbe en primer lugar a los padres adoptivos, si bien, en general, se reconoce que la adopción, al crear una nueva familia para el niño, rompe los lazos que lo unían a su familia natural. A veces el niño continúa heredando de sus padres naturales, y a veces

no, y la mejor solución parece consistir en prever el punto en el contrato de adopción. En varios países, en caso de muerte del niño sólo heredan los padres naturales. El derecho de la adopción no está reglamentado desde el punto de vista internacional, y en algunos países precisan que regirán las leyes del país de los adoptantes. En algunas naciones, como Suiza, Alemania, Austria, Checoeslovaquia y Estados Unidos, puede revocarse la adopción, pero no en Inglaterra. En ciertos países las nuevas leyes, fundadas a menudo en modelos extranjeros, han cambiado completamente los principios antes vigentes. La idea moderna del deber social del Estado, tiende a penetrar por todas partes. (*Apud Rev. Internationale de l'Enfant*, eno. 1931.)

*Higiene de la infancia.*—Por un voto unánime, la Academia de Medicina de París aprobó las conclusiones presentadas por Lesage, en el sentido de transformar en todos los departamentos de Francia, fuera del Sena, las creches depositarias en centros de adaptación, en que los niños serán cuidados hasta el día en que puedan tolerar la alimentación usada en el centro de educación, según decida el médico; que en todos esos centros, pueda facilitarse al niño que la necesite, buena amamantación, o alimentación mixta, y que se creen centros especiales de cría, en que los niños que salen de los centros de adaptación sean colocados en familias, bajo la vigilancia constante del médico y de la visitadora. (*Gazette des Hôpitaux*, dbre. 6, 1930.)

*Conferencia.*—En la conferencia sobre higiene y protección a la infancia, celebrada en Wáshington bajo los auspicios del Presidente Hoover, comunicaron el resultado de sus investigaciones unos 1,200 peritos que han estudiado el problema, el cual fué presentado en 18 análisis de a diez mil palabras. En el informe sobre “dependencia” y abandono, se hizo notar que en ciertas localidades todavía existen hospicios para niños, un sistema condenado hace un siglo. Hay grandes números de niños todavía separados de sus hogares a causa de pobreza o víctimas de la migración en masa, muchos organismos de asistencia a la infancia sin organización apropiada, y grandes legados restringidos a métodos anticuados de asistencia infantil. Además de la recolección de estadísticas nacionales, este comité ha recomendado subsidios a las madres, más protección a los niños ilegítimos, atención especial a las necesidades de los niños negros, portorriqueños, mexicanos e indios; legislación en todos los Estados para protección a la infancia; más flexibilidad en las fundaciones y regalos, dejando los métodos a cargo de los futuros investigadores; y más investigaciones de las causas y cura de la “dependencia.” (Véase la Publicación No. 41 de la O. S. P.)

*Hemorrhagias intracraneanas e natimortalidade.*—De 1925 a 1928 no serviço de verificação de obitos de São Paulo, 1,387 natimortos foram autopsiados e 22 por cento delles houveram como causa mortis

“hemorragias intracraneanas conseqüentes à ruptura da tenda do cerebello.” Esta alta percentagem despertou em Santos <sup>11</sup> o interesse de averiguar os factores que concorreu para a producção destas hemorragias. Discute as causas communs da occorrença, achando que nenhuma dellas explica grande parte dos casos observados. Estuda-os em detalhe concluindo ser um factor etiologico frequente o emprego intempestivo de ocytoticos.

*Hemorragia meníngea en los recién nacidos.*—En 103 casos de hemorragia intracraneal de los recién nacidos,<sup>12</sup> la mortalidad inmediata fué de 48 por ciento, y en los prematuros de 75 por ciento. El parto fué anormal en la mitad de los casos. Los desgarrros tentoriales constituyeron el hallazgo autópsico más común. De 33 enfermos observados más de un año después, 5 revelaron defectos mentales o físicos, pero muchos que recibieron lesiones graves de la cabeza al nacer, no manifestaban secuelas. La prueba más segura de la hemorragia meníngea en el recién nacido, consiste en la xantocromía cefalorraquídea.

*Xantocromía en los recién nacidos.*—En un conjunto de 100 recién nacidos, Pintos <sup>13</sup> encontró en 98 por ciento un líquido cefalorraquídeo amarillo, de intensidad variable, y 87 reacciones positivas de van den Bergh indirectas. Los líquidos cristalinos sólo se encuentran en niños normales nacidos de parto espontáneo, y aun así sólo en 8 por ciento (2 de 25 casos). En los 75 restantes hubo 100 por ciento de xantocromía, comprendidos 25 extraídos por cesáreas. El elevado porcentaje de positivos para bilirrubina (87), induce a atribuir a ésta la génesis de la xantocromía.

*Líquido cefalorraquídeo.*—Bonaba y colaboradores <sup>14</sup> realizaron durante dos años 409 punciones lumbares en 345 recién nacidos; la punción cisternal en 5; y la ventricular en 1. La edad de los niños varió de 15 minutos a 24 días, siendo casi todos menores de 3 días. Obtuvieron líquido en la primera tentativa en 252 punciones, en la segunda en 38, en la tercera en 23, en la cuarta en 5, en la quinta en 2, y no pudieron obtenerlo en 89 (22 por ciento), o sea en muchos más que Sharpe y Maclair (7 por ciento) en los Estados Unidos, algunos menos que Garrahan en Buenos Aires (30 por ciento), y muchos menos que Waitz (83 por ciento). Después de los 5 días, ninguna punción fué negativa. Los líquidos fueron clasificados en claros, xantocrómicos, y hemomacroscópicos. En 217 casos normales, la proporción respectiva fué de 30, 52 y 17 por ciento, y en 103 anormales, de 19, 43.5 y 37 por ciento. La cantidad de líquido extraída varió de pocas gotas a 20 cc. En muchos casos se extraen fácilmente de 5 a 10 cc. Aun en condiciones fisiológicas perfectas, el líquido puede revestir

<sup>11</sup> Santos, S.: Ann. I Cong. Bras. Hyg. 2: 531 (obro.), 1929.

<sup>12</sup> Fleming, G. B., y Morton, E. D.: Arch. Dis. Child. 5: 361 (obre.), 1930.

<sup>13</sup> Pintos, C. M.: Semana Méd. 37: 1815 (dbre. 11), 1930.

<sup>14</sup> Bonaba, J., Leone Bloise, N., y Sciuto, J. A.: An. Fac. Med. Mont. 15: 941 (nbre.-dbre.), 1930.

aspecto variable: como claro, xantocrómico o hemorrágico. El xantocrómico es el más y el absolutamente límpido (cristal de roca) el menos frecuente. En algunos casos, la sangre del líquido normal es de origen manifiestamente externo. En otros, es imposible precisarlo. La hemorragia de punción es más frecuente en el recién nacido que a cualquier otra edad.

*Ictericia neonatal grave.*—Con el nombre de *icterus neonatorum gravis*, Kleinschmidt<sup>15</sup> designa un trastorno a menudo familiar, y que frecuentemente provoca la muerte dentro de pocos días. Las curaciones espontáneas son raras, pero la transfusión sanguínea temprana logra a veces reposiciones. Para la diferenciación de otras ictericias del recién nacido, puede utilizarse el cuadro sanguíneo, que se caracteriza por eritroblastosis. La presencia de grandes cantidades de hematina en el suero sanguíneo y siderosis en los diversos órganos, indica desintegración tóxica de la sangre.

*Ictericia neonatal en Chile.*—En la Clínica Obstétrica Universitaria de Santiago de Chile,<sup>16</sup> ingresaron del 1° de mayo de 1928 al 1° de agosto de 1929, de 3,500 a 4,000 mujeres, de las cuales el autor sólo considera aquéllas que dieron a luz un feto vivo, y en que éste no murió en menos de 36 horas. De los 1,998 niños restantes, 1,438, o sea 72 por ciento, acusaron ictericia de uno u otro grado, pero con manifiesta preferencia leve o mediana. De 196 niños en que se pudo hacer el diagnóstico de debilidad congénita, o sea que había signos claros de prematuridad o falta de peso, más de 96 por ciento tuvieron ictericia, por lo general intensa. Del total, sólo puede rotularse con heredolúes a 166 (8 por ciento), de los cuales 130 acusaron una coloración amarillenta de la piel, pero no más intensa que en los niños sanos. Hubo 149 niños esplenomegálicos, de los cuales 8 presentaron ictericia, y 54 hepatomegálicos, 29 de ellos ictericos. De su minucioso estudio del asunto en sus varias fases, Romero Cordero deduce que es un fenómeno fisiológico que aparece en más de las cuatro quintas partes de los niños nacidos a término y en casi todos los prematuros; que en su génesis no actúa, por lo menos directamente, la infección; que las teorías hemolíticas y hepatógenas no bastan por sí solas para explicar la génesis; y que el mecanismo de producción no está completamente dilucidado, pero quizás intervengan dos factores: uno hemático (fenómeno de regulación fisiológica que tiene por objeto eliminar los eritrocitos superfluos); y otro hepático, debido a que el hígado deja escapar aun a la sangre, como durante la vida fetal, una parte del pigmento biliar.

*Glucemia en la ictericia y heredosifilis de los recién nacidos.*—Popova<sup>17</sup> realizó determinaciones repetidas de la glucemia en los recién nacidos

<sup>15</sup> Kleinschmidt, H.: *Klin. Wehnscher*. 9: 1951 (obre. 18), 1930.

<sup>16</sup> Romero Cordero, H.: "Estado Actual del Problema de la Ictericia del Recién Nacido," 1930.

<sup>17</sup> Popova, A. V.: *Vpr. Ped. & Pedig.* 1: 347, 1930.

normales, en los ictericos, y en los heredosifiliticos, encontrando en la mayoría de los primeros menos de 0.07 por ciento de azúcar. En los ictericos había, por lo común, marcada hiperglucemia, y también una reacción hiperglucémica tras la administración de suero dextrosado. El mismo fenómeno fué observado en 12 lactantes con sífilis congénita. La semejanza de las reacciones en los últimos, hace creer que la ictericia neonatal tal vez sea un síntoma de insuficiencia funcional del hígado, o de todo el aparato retículoendotelial. Cuando la heredosifilis o la Wassermann son dudosas, la hiperglucemia consecutiva a la administración de suero dextrosado, tal vez ayude en el diagnóstico.

*Epidemia de fiebre ganglionar.*—Scheer<sup>18</sup> describe una epidemia de fiebre ganglionar en un asilo de niños, que afectó a 43 lactantes y pequeños y a 2 enfermeras. En la mayoría la evolución fué típica, comenzando con fiebre creciente que llegaba hasta 40° C. y luego bajaba por lisis a los pocos días. El infarto adenocervical comenzó en la mayor parte de los casos al día o dos días de la fiebre. En 5 casos la evolución fué grave, pero todos se repusieron.

*La mancha mongólica en el Perú.*—Para Arguedas,<sup>19</sup> en el Perú la proporción de recién nacidos que presentan la mancha azul mongólica es superior a 80 por ciento, y así lo corroboran sus observaciones en la sala de maternidad de Santa Ana de Lima y los muchos partos que ha asistido privadamente. Poquísimos son los niños que nacen absolutamente limpios de esa pigmentación, y la mayor parte la presentan con mayor o menor extensión e intensidad. Basta un examen atento de la piel para descubrirla. En casi todos los niños de origen peruano la mancha persiste hasta los 5, 7 y aun 15 años y más si situada en la cara o cerca de ésta. En cambio, en la raza mongólica pura el porcentaje de 12 a los 3 años baja a 3 ó 4 a los 4 años. El autor resume así sus observaciones: constante la mancha en 98 por ciento de los mongoles puros, se presenta en 86 por ciento de los individuos de raza india, y en 64-73 por ciento de los negros, disminuyendo a 1-2 por ciento en la raza blanca.

*Males del chupón.*—Ante el VI Congreso Panamericano del Niño, Suares y Pesce<sup>20</sup> propusieron que se solicitara a los Gobiernos de los distintos países americanos la prohibición de la importación y fabricación de chupones, y desterrar para siempre su uso en la higiene infantil. El chupón constituye siempre un peligro y favorece la difusión de varias enfermedades; obstaculiza las funciones digestivas del lactante y acrecienta la aerofagia; y hasta podría favorecer la aparición precoz de desviaciones del instinto sexual. Los autores estudiaron a 31 niños, 18 de los cuales usaban chupón y 13 no, observando casi constantemente la superioridad de los primeros en varios respectos.

<sup>18</sup> Scheer, K.: Montschr. Kinder. 48: 59 (sbre.), 1930.

<sup>19</sup> Arguedas, L. A.: Rev. Univ. Cuzco 14: 136 (agto.), 1930.

<sup>20</sup> Suares, L. A., y Pesce, H.: Arch. Ped. Uruguay 1: 591 (dubre.), 1930.

¿Polvo o pomada para la piel de los niños?—Bayer<sup>21</sup> hace notar que el empleo de los polvos, es decir, el tratamiento seco, no puede ser considerado como método fisiológico para la piel de las criaturas. La teoría, así como la práctica, indican que las sustancias grasosas impedirán mejor las inflamaciones y los exudados.

*Envenenamiento por anilina en recién nacidos.*—En 13 casos comunicados por Weinberg<sup>22</sup> el envenenamiento por anilina se debió a haber envuelto el cuerpecito del niño en ropas recién marcadas con las letras identificadoras del hospital. Las medidas inmediatas fueron éstas: toda la ropa nueva fué retirada del contacto con el niño; éste fué perfectamente lavado con alcohol o éter para eliminar todas las manchas, y cubierto después con ropa ya hervida y lavada; si era necesario, se administraba una mezcla de oxígeno y 5 por ciento de ácido carbónico; todos los niños eran observados cuidadosamente cada pocos minutos, para poder disponer acto continuo lo necesario. En todos los casos había taquicardia, aceleración respiratoria, marcada cianosis, anorexia y apatía. Todos los pequeños se repusieron dentro de 24 a 72 horas, sin secuelas observables.

*Envenenamientos por estriénina en niños.*—De 80 muertes por envenenamiento en menores de 5 años en el Estado de Nueva York, fuera de la Ciudad de Nueva York, en 1926–1928, 39, o sea casi 50 por ciento, se debieron a la ingestión de estriénina, casi siempre por haberse dejado pastillas a su alcance. En 1929, de 23 casos de envenenamiento, 12 se debieron también a estriénina. (*Health News*, N. Y. St. Dept. Health, dbre. 8, 1930.)

*Estado timolinfático.*—Una comisión inglesa, que ha investigado el estado timolinfático por cuenta del Consejo Británico de Investigación Médica, ha recopilado 680 observaciones.<sup>23</sup> En ningún caso en que la causa no estuviera suficientemente explicada, pudieron descubrir hiperplasia constante del timo. Tampoco observaron relación constante entre el peso del timo y el tejido linfático. El peso medio del timo fué sobrenormal en los basedowianos. En la serie, no se observó la hipoplasia arterial que algunos han descrito, unida a una hiperplasia tímica, de lo cual deducen que no hay pruebas de la existencia del estado timolinfático como entidad patológica.

*Acrodinia.*—Weston<sup>24</sup> describe tres casos de acrodinia que observara en 1925 en el Hospital de Niños de Filadelfia. Para él, la enfermedad es primordialmente un estado de escasez, con una infección superpuesta. En los tres, había varios grados de invasión, y los tres se repusieron sin ser amigdalectomizados, en tanto que sólo uno padecía de amigdalitis. Las infecciones se producen fácilmente en esos

<sup>21</sup> Bayer, W.: Deut. med. Wehnschr. 56: 1733 (obre. 10), 1930.

<sup>22</sup> Weinberg, A. A.: Am. Jour. Obst. & Gynec. 21: 104 (enc.), 1931.

<sup>23</sup> Young, M., y Turnbull, H. M.: Jour. Path. & Bact. 34: 213 (mzo.), 1931.

<sup>24</sup> Weston, W.: South. Med. Jour. 24: 373 (mayo), 1931.

enfermos, correspondiendo casi siempre a la nasofaringe, y no puramente a las amígdalas.

*Recientes epidemias de impétigo contagioso neonatal.*—Swendson y Lee<sup>25</sup> describen cuatro epidemias de impétigo contagioso neonatal observadas en la creche para recién nacidos del Hospital Ancker, de San Pablo, Minnesota, E. U. A. Hacen notar que en esos establecimientos la dolencia se ha convertido en un problema grave, siendo casi imposible impedir la aparición de casos esporádicos. Para la profilaxia, precisa una vigilancia constante para descubrir las piogenias en los asistentes y en los enfermos, y una técnica que cohiba todas las piodermias en los recién nacidos. Como se demostró en los brotes descritos, el mejor modo de dominarlos consiste en tener tres servicios, a fin de segregar a las criaturas infectadas, a las criaturas expuestas, y a las indemnes, mutuamente. En el tratamiento, es preferible un sistema seco a las pomadas. En el hospital de los autores, abren cada vesícula con un aplicador de algodón empapado en alcohol, y tocan la base de la lesión con una solución de nitrato de plata al 5 por ciento. Luego se aplica a pasto el empasma de Taylor a todo el cuerpo.

*Influjo del régimen materno.*—Las estadísticas estudiadas por Maurer<sup>26</sup> para ciertos condados del Estado de Illinois, E. U. A., revelan que de 39 a 42 por ciento de los niños que mueren en el primer año de vida murieron el primer día, y el porcentaje mayor de los que mueren en el primer día ocurre en los meses que no son agosto, septiembre, octubre y noviembre, o sea aquéllos en que es más difícil conseguir verduras y frutas frescas. La mortalidad del primer mes de la vida en todos Estados Unidos es también menor en los cuatro meses dichos, y lo mismo reza con los nacimientos prematuros y la mortalidad debida a vicios congénitos.

*Amamantación y alimentación artificial.*—Glazier<sup>27</sup> declara que en los estudios en masa, la amamantación o alimentación artificial no son el único factor determinante en la frecuencia de la infección y la mortalidad infantil, revistiendo más importancia las condiciones higiénicas y económicas. Si éstas son buenas, el lactante alimentado con biberón lo pasa tan bien como el amamantado. En el mismo distrito, la mortalidad fué 50 por ciento menor en las clínicas infantiles, que en los niños que no asistieron a éstas.

Hotz<sup>28</sup> declara que en Suiza la propaganda incesante, sobre todo en asilos y maternidades, ha logrado que 96 por ciento de las madres den de mamar a sus hijos, contra 83.7 por ciento en 1914. En la Escuela de Enfermeras, el aumento fué de 72 en 1924 a 90 por ciento en 1928. Los niños criados exclusivamente con alimentación artificial

<sup>25</sup> Swendson, J. J., y Lee, S. R.: Jour. Am. Med. Assn. 96: 2081 (jun. 20), 1931.

<sup>26</sup> Maurer, S.; Ill. Health Quart. 2: 95 (jul.-sbre.), 1930.

<sup>27</sup> Glazier, M. M.: New Eng. Jour. Med. 203: 626 (sbre. 25), 1930.

<sup>28</sup> Hotz: Schwsch. med. Wehnschr. (dbre. 20), 1930.

prosperaron igualmente. El método fué éste: primera semana, agua y leche, una tercera parte de la última, comenzando con 60 gms. desde el segundo día, y desde el tercero, aumento diario de 60 gms., más 5 gms. de Nutromalt; de modo, que al terminar la primera semana, la cantidad era: 120 gms. de leche, 240 de agua, y 15 a 20 de Nutromalt. En la segunda semana se disminuye el agua. La alimentación con leche de vaca reveló notable mejoramiento, por emplearse la procedente de ciertas granjas donde todas las manipulaciones son realizadas con la mayor asepsia, ordeñando con aparatos eléctricos, y conservando la leche en botellas cerradas a una temperatura de 16° C. hasta repartirla a la clientela. Con esa leche, el aumento de peso de los niños fué de 16 gms. diarios, en vez de 13 con leche del mercado. La leche fué siempre administrada cocida, pues a pesar de todas las precauciones, la cruda ocasionó siempre casos de enteritis. Los niños recibieron al mismo tiempo otros preparados alimenticios, para reducir las mamadas, y la administración de líquidos fué sustituida con biberones de té endulzado con pequeñas cantidades de sacarina.

Wright y Geddes<sup>29</sup> afirman que las criaturas normales pueden ser alimentadas sin ningún peligro durante el primer año, guiándose por el apetito, con leche íntegra de ácido láctico (600 cc.), a la que se agregan 60 cc. de jarabe de maíz al 50 por ciento, con intervalos de cuatro horas, y 4 comidas al día, durante cada comida 20 minutos, y sirviéndose agua hervida entre las comidas, con cantidades apropiadas de los alimentos accesorios.

Los estudios de Gerstley<sup>30</sup> indican que la lactosa agregada a la leche hervida de vaca, no produce diarrea ni mayor aumento en la excreción de ácido en los lactantes normales. La proporción de ácidos excretados depende de varios factores que intervienen en la absorción intestinal. La proporción de lactosa y proteína en el régimen reviste mucha importancia. Con respecto a ciertas relaciones químicas en las heces, la lactosa parece preferible al "dextromalto." Los estudios clínicos del autor apoyan la hipótesis de Finkelstein, en el sentido de que la leche de vaca perjudica primariamente el metabolismo intermedio, y de presentarse fermentación intestinal y diarrea, son secundarias e incidentales al trastorno primario. Pueden presentarse los más graves trastornos nutritivos, y hasta intoxicación, sin ninguna intervención gastrointestinal.

Jarvis<sup>31</sup> recomienda la difusión de la lactosa en la alimentación infantil, declarando que es bien tolerada, y puede administrarse hasta a dosis de 10 gms., es decir, una cucharada rasa, a plazos de tres días. La lactosa facilita las comidas complementarias y suplementarias, y merma el peligro de anorexia o de estreñimiento.

<sup>29</sup> Wright, H. P., y Geddes, A. K.: *Can. Med. Assn. Jour.* 23: 537 (obre.), 1930.

<sup>30</sup> Gerstley, J. R.: *Jour. Am. Med. Assn.* 95: 1233 (obre. 25), 1930.

<sup>31</sup> Jarvis, B. W.: *Am. Jour. Dis. Child.* 40: 993 (abre.), 1930.

*Babeurre*.—Con motivo de la boga actual del babeurre, Schwarzenberg y Steeger<sup>32</sup> presentan el resultado de algunos años de observación y de experiencia en la elaboración del babeurre utilizado en el Hospital de Niños "Manuel Arriarán," la Clínica Pediátrica, y el Asilo Maternal, de Santiago de Chile. Hasta fines de 1928, no había sido posible obtener una leche que reuniera las condiciones requeridas, pero desde entonces, la leche disponible es casi ideal, pues su acidez y su contenido en grasa, controlados diariamente, oscilan entre 1.5-1.7 y 30.37 por mil; la albúmina alrededor de 30-33; y el contenido microbiano mínimo, por lo general entre 4 y 12,000 por centímetro cúbico, excepcionalmente de 24 a 40,000, y sólo en dos ocasiones de más de 100,000. Una vez descremada la leche, se hace hervir de 10 a 10 minutos; se enfría; y se agrega el fermento láctico, usando un cultivo fresco de 24 horas, a una dosis de 20 cc. por 5 litros de leche. La leche se deja después 8 horas a la temperatura ordinaria en verano, o en una estufa de cultivo a 37° C. A las 8 horas, la acidez es de 3.2-3.6, expresada en ácido láctico por mil; y debe someterse entonces a la acción del fuego lento, hasta llegar a la ebullición, que se mantiene durante 10-15 minutos. La leche es agitada continuamente, con el objeto de obtener una coagulación de la caseína en finísimos copos. Como los fermentos lácticos resisten poco al calor, la segunda ebullición tiene por fin impedir que siga la fermentación de la lactosa. Para que la suspensión de la caseína sea perfecta, se vuelve a pasar en frío dos o tres veces, por un cedazo muy fino. Por fin, el babeurre es embotellado y para más precauciones, pasteurizado durante un cuarto de hora a 70° C., y guardado después en la heladera. El producto estable rinde una acidez de 3.2-3.6 (en ácido láctico por mil), grasa 5-7, lactosa 25-30, albúmina finamente coagulada 25-28, y sales 0.7 por mil. El sabor y olor son agradables. Para lograr ese resultado, precisa la cooperación de un bacteriólogo competente, de un laboratorio bien montado, y de un personal de cocina preparado. De faltar tales condiciones, es mejor utilizar un producto pulverizado. Los fermentos utilizados son un termobacilo yoghurt, y un "estreptococo láctico."

Morquío<sup>33</sup> reproduce el trabajo sobre babeurre que publicara en 1904, siendo el primero sobre el asunto publicado en Sudamérica, cuando el asunto era apenas conocido en Europa. Después, ha continuado por más de 20 años aplicando el babeurre; pero, se ha ido enfriando su entusiasmo, y cada vez aplica menos ese alimento, por estar los resultados lejos de ser uniformes y resistirse muchos niños a tomarlo, en particular después del quinto mes; porque resulta casi imposible aplicarlo fuera del hospital; y porque se puede prescindir de él, hasta con ventaja, utilizando la leche de yegua y la de vaca simplemente diluída o mezclada con harina y azúcar y, sobre todo, utilizando la leche de pecho. Otros médicos uruguayos que se entusiasmaron al

<sup>32</sup> Schwarzenberg, L. J., y Steeger, A.: Rev. Chil. Ped. 1: 557 (nbro.), 1930.

<sup>33</sup> Morquío, L.: Arch. Ped. Uruguay 1: 409 (agto.), 1930.

principio con el babeurre, también lo van dejando poco a poco. La leche de yegua ofrece en la clientela civil sus dificultades, pero satisface mejor las necesidades del niño. Dos alimentos que Morquio emplea frecuentemente son: la leche maternizada de Backhaus para menores de 6 meses, con o sin pecho, débiles o normales y en ciertos casos de intolerancia a la leche integral; y la sopa malteada de Terrien en la convalecencia de los estados digestivos. En el Uruguay, al tratar de apreciar la bondad de un alimento, hay que tomar en cuenta la estación. De abril a octubre es fácil alimentar y engordar al niño con cualquier alimento, con sólo llenar las indicaciones dietéticas más esenciales. De noviembre a marzo la situación cambia, y todos los preparados tienen valor muy relativo. No hay más que un alimento capaz de valorar las situaciones difíciles, o de ofrecer garantías de éxito: la leche de madre, siempre el mejor alimento y medicamento del niño enfermo.

*Vitaminas y leche de pecho.*—Greine y Mozonyi<sup>34</sup> estudiaron el influjo que ejercen las vitaminas sobre la composición de la leche de pecho, estudiando a la vez la curva ponderal del lactante, y la resistencia de éste a las enfermedades intercurrentes. Al aumentar la cantidad de vitaminas ingeridas, el contenido de la leche subió en un 41.2 por ciento de los casos, en un 31.6 por ciento no varió, y en el resto descendió. En los residuos se comprobó un pronunciado aumento en 33 por ciento. El análisis cuantitativo de los otros componentes no reveló variación alguna de importancia. Los niños de las mujeres a las que se proporcionó mayor cantidad de vitaminas, revelaron un aumento de peso de 15 por ciento mayor que los de las madres alimentadas de manera ordinaria, y también, mayor resistencia contra las enfermedades intercurrentes.

Hoobler<sup>35</sup> estudió aproximadamente 125 lactantes durante un período de 5 meses, alimentándolos con diluciones de leche íntegra más dextromaltosa y vitamina B en forma de germen de trigo y extracto de levadura, a razón de 1 gm. del primero y 0.5 gm. de la última por cada 30 gms. de la fórmula láctea. Los lactantes recibieron ese régimen por 2 semanas. Al cabo del período no se notó ninguna diferencia apreciable entre 57 que recibieron la vitamina B, 53 alimentados a pecho y 124 que recibieron la fórmula láctea, pero sin vitamina. Los lactantes que recibieron vitamina B, revelaron sí mayor desarrollo en su talla que los otros. Uno de cada 6 niños reveló síntomas de rigidez, que desaparecieron en todos menos 6, lo cual indica que la cantidad de vitamina B que necesitan los lactantes varía mucho, y que hay que tener presente que la cantidad que contienen los preparados comerciales puede bastar para algunos, pero no para todos.

Maurer y Tsai<sup>36</sup> estudiaron el efecto de la falta de vitamina B sobre la inteligencia de la primera y segunda generaciones de ratas blancas,

<sup>34</sup> Greine, y Monzoyi: *Jahrh. Kinder. & Phys.* 79: cuaderno 5-6, 1930.

<sup>35</sup> Hoobler, B. R.: *Jour. Am. Med. Assn.* 96: 576 (fbro. 28), 1931.

<sup>36</sup> Maurer, S., y Tsai: *Ill. Health Quart.* 2: 131 (obre.-dbre.), 1930.

animales éstos que se prestan para ello, pues su vida es treinta veces más breve que la humana y, en cambio, se parecen al hombre en tener una infancia prolongada. Privó a un grupo de 36 ratas, de vitamina B en forma de levadura o germen de trigo, y suministró a otro de 36 ratas un régimen bien equilibrado y rico en vitaminas. Fué fácil privar a las crías, de la vitamina B, con sólo eliminarla del régimen maternal. Después de destetar a los animales, les suministró durante una semana una alimentación rica en vitamina, a fin de que el peso se aproximara más al normal. A la edad de 49 días, ambos grupos comenzaron a recibir el mismo régimen y cuidado. A la edad de 70 días comprobó su capacidad en una especie de laberinto, uno de cuyos caminos conducía al alimento. Con todos los métodos de medición empleados, las ratas normales resultaron muy superiores a las otras en lo tocante a capacidad para aprender el camino que conducía al alimento. Los animales desvitaminizados pesaban, en conjunto, menos que los normales, y eran menos activos y más perezosos. Los hijos de padres desvitaminizados resultaron tan incompetentes como los padres, pero si recibían un régimen rico en vitaminas durante la gestación, así como la lactancia, su capacidad era muy superior a la paterna, e igual a la de los hijos de animales normales; en otras palabras, el régimen adecuado eleva la inteligencia. Hoefer y Hardy han estudiado el efecto de la amamantación y la alimentación artificial sobre el desarrollo físico y mental de los niños. El resultado físico reveló que los niños alimentados artificialmente eran inferiores a los amamantados, y que los que habían recibido el pecho de cuatro a nueve meses, eran los superiores. En el grupo alimentado artificialmente, no había niños altos, y había, en conjunto, menos obesos, más faltos de peso, menos sobre el promedio en tonicidad muscular y más bajo el promedio, un índice inferior de nutrición, y más tardanza en andar. En lo tocante a falta de peso extremada, la proporción fué ocho veces mayor entre los alimentados artificialmente que en los amamantados de cuatro a nueve meses. Un 50 por ciento de los alimentados artificialmente habían tenido cuatro o más de las enfermedades: sarampión, tos ferina, parotiditis, neumonía, bronquitis, escarlatina, difteria e influenza; y el promedio de enfermedades por niño era ligeramente superior en ellos que en el grupo amamantado. Aunque al parecer no existe inmunidad a ninguna enfermedad dada, los amamantados parecen ser menos susceptible a ellas. Los alimentados artificialmente también fueron inferiores, en lo tocante a desarrollo mental, a los amamantados de cuatro a nueve meses y, con una excepción, a los amamantados tres meses o menos; pero igualaron o superaron a los amamantados de diez a veinte meses. En lo tocante a aprender a hablar, los alimentados artificialmente fueron los más retardados de todos. Ni un niño alimentado artificialmente alcanzó una marca de 130 en el cociente de la inteligencia, en tanto que 5 por ciento de los niños amamantados pasaron de esa cifra. Los amamantados por

nueve meses fueron, en conjunto, superiores a los que recibieron bien leche de vaca o evaporada por esos mismo período; y los que recibieron leche evaporada sin edulcorar, acusaron un coeficiente más bajo de inteligencia, más falta de peso, y menor tonicidad muscular; es decir, que fueron los peor nutridos.

*Mastoiditis e infección intestinal.*—Fundándose en un estudio de 5 años realizado en el Hospital de Niños de Toronto, y comprendiendo 6,370 lactantes, de los cuales murieron 1,814, se hizo la autopsia en 618, y se examinó la cabeza en 324, Wishart<sup>37</sup> declara que la infección del seno mastoideo no es la causa de la intoxicación intestinal aguda de los lactantes. En la inmensa mayoría de los casos de ésta, no hubo signos clínicos de infección de la porción superior del aparato respiratorio mientras se hallaban tóxicos, y muchos permanecieron sin infección otítica durante toda la enfermedad.

*Vestidos para el lactante en los trópicos.*—El departamento de economía doméstica de la Universidad de Puerto Rico, ha publicado un sencillo y útil folleto titulado "Cómo Vestir al Bebé en los Trópicos," que describe las prendas de vestir que debe usar el pequeño, y la manera de hacer la ropa. Los datos publicados representan el resultado de una encuesta llevada a cabo en la isla por la clase "Ropa para Niño." El folleto se halla a la venta por la Librería de la Universidad de Puerto Rico, Río Piedras, P. R., a \$0.25 el ejemplar, y la Oficina Sanitaria Panamericana tiene a su disposición algunos ejemplares, que distribuirá entre las primeras 12 personas que los soliciten.

*Malformaciones congénitas en Chile.*—Entre 112,699 niños ya hospitalizados o tratados como ambulantes en el Hospital M. Arriarán de 1919 a 1927,<sup>38</sup> en Santiago de Chile, hubo 234 con afecciones congénitas en general y 116 con afecciones congénitas de los miembros. De las últimas, 70 casos fueron de pie zambo, 29 de luxación congénita de la cadera, y el resto representaban otras anomalías. En el Hospital R. del Río, de 1925 a 1929, entre 15,602 hospitalizados hubo 364 con afecciones congénitas en general, y 101 con afecciones congénitas de los miembros, siendo de éstas 46 de pie zambo, 25 de luxación congénita de la cadera, y el resto de otras anomalías. Los enfermos tratados en dichos dos hospitales puede considerarse que constituyen la gran mayoría de los del país; por lo tanto, las afecciones congénitas en general se presentan más o menos en dos por mil de los niños tratados en hospital. Las afecciones de los miembros comprenden más o menos la mitad del total, y de ellas las más comunes son el pie zambo con 66 por ciento y la luxación congénita de la cadera con 22 por ciento. De las observaciones, no se puede sacar conclusión alguna acerca de patogenicidad, porque no se tomaron con la debida prolijidad los datos sobre alcoholismo, lúes y consanguinidad paterna.

<sup>37</sup> Wishart, D. E. S.: Jour. Am. Med. Assn. 95: 1084 (obre, 11), 1930.

<sup>38</sup> Sandoval Hernández, J.: "Malformaciones Congénitas de las Extremidades."

*Servicio médico-escolar.*—Bambarén y Ego-Aguirre<sup>39</sup> recomendaron al VI Congreso Panamericano del Niño, que se trate de unificar en América los fines u objetivos del servicio médico-escolar, el cual debe llevar a cabo el estudio bioantropológico del niño; el análisis psicológico del educando; su discriminación caracterológica; la orientación psicotécnica que le convenga; los cuidados higienoprofilácticos que necesiten el escolar y el maestro y los sanitarios que demande el local; la selección previa que exige la cultura física; la separación del niño débil para los efectos de su enseñanza diferenciada; la asistencia médico-dental utilizando el trabajo del servicio social de la escuela (visitadora escolar); la dación de los conocimientos especializados para la instrucción sanitaria que necesitan los maestros y los alumnos y, por último, la cooperación que requiere la enseñanza diferenciada de los escolares anormales. Sería también conveniente que el Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia, ampliando el radio de sus actividades, organizara una escuela continental de perfeccionamiento en materias referentes al niño, y que entre ellas se atendiera a la preparación del personal especializado que exige el servicio médico-escolar (médicos escolares y visitantes escolares), procurando en el futuro que se unifiquen en la América los fines del servicio.

*Higiene escolar en Salta.*—El finado Valdez<sup>40</sup> realizó un estudio de la higiene escolar en la ciudad de Salta y las condiciones de salud de los escolares, 32 años después de haber iniciado él mismo la inspección higiénica y examen médico-escolar en dicha población. Las obras sanitarias realizadas desde entonces han contribuido a mejorar fundamentalmente la higiene escolar. El examen de 3,073 niños reveló más de 60 casos de dermatosis trasmisibles, en 33 por ciento caries dental; en 32.73 por ciento, bocio más o menos severo. Fué notable la pequeña proporción de *Pediculus capitis* (10 casos), comparado con 14.91 por ciento entre 5,612 niños de la capital federal en 1909. Se descubrieron 537 niños palúdicos, muchos de ellos ya en tratamiento. En una escuela se examinó a 366 niños, descubriendo hipertrofia amigdalina en 17 por ciento, caries dental en 45.62 por ciento, bocio en 38 por ciento. La alimentación fué estudiada en 1,084 niños de 2 escuelas. Resultaron bien alimentados 254; sobrealimentados, 165; regularmente alimentados, 66; deficientemente alimentados, 12; y mal alimentados, 4. En conjunto, la inspección médica e higiénica de las escuelas de Salta, instituída hace muchos años, ha progresado muy poco desde entonces.

*Inteligencia das crianças brasileiras.*—Comparando os resultados obtidos em Caxambú, em Recife e na Belgica com as 100 questões de Ballard em alumnos de 9, 10, 11, 12 e 13 annos, Julia M. Viotti dez que evidenciam a grande inferioridade do nivel mental das crianças

<sup>39</sup> Bambarén, C. A., y Ego-Aguirre, J. E.: Crónica Méd. 47: 269 (sbre.), 1930.

<sup>40</sup> Valdez, A.: Act. V Reun. Soc. Arg. Pat. Reg. Norte 2: 1332 (1930).

brasileiras em relação ás belgas, o que vem, em parte, desmentir as afirmações feitas frequentemente de que somos o povo mais inteligente do mundo. (Viotti, J. M.: *A Folha Med.*, 136 (ab. 26) 1931.)

*Inspección médico-escolar en Ecuador.*—En Guayaquil,<sup>41</sup> la inspección médico-escolar fué iniciada por García Drouet por 1908, y cuenta hoy a sus servicios, con dos médicos y un dentista. En Quito existe un servicio análogo, y últimamente también ha sido implantado en Manabí con un médico.

*Protección preescolar en el Uruguay.*—Schiaffino<sup>42</sup> declara que en el Uruguay hay 200,000 párvulos de edad preescolar, comparado con 100,000 (150,000?) escolares. Una vez que los niños llegan a la edad escolar, es fácil para el médico y la visitadora estudiarlos y vigilarlos. El problema consiste en atenderlos desde que salen de la primera infancia hasta penetrar en la escuela. En los niños del Jardín de Infantes, comparados con los niños de ingreso a la escuela y los escolares, ciertos estados acusan los siguientes porcentajes: debilidad y anemia, 18, 18.5 y 13.7 por ciento; adenopatías, 66, 95 y 47 por ciento; caries, 73, 91 y 76 por ciento; hipertrofia amigdalina, 18, 20 y 23.5 por ciento; desviaciones vertebrales, 2, 3.9 y 3.1 por ciento. En el quinquenio 1924-1929, el porcentaje de mortalidad por enfermedades trasmisibles correspondiente a la edad preescolar de 1.5 años fué: tos ferina, 95 por ciento; sarampión, 80 por ciento; difteria, 62 por ciento; y escarlatina, 54 por ciento. En el Uruguay, los asilos maternos fueron creados por Latorre, en 1877, y hoy día hay 4, con capacidad, cada uno, para 400 alumnos. El Jardín de Infantes se remonta a 1905, con capacidad para 300 niños. Las clases jardineras fueron creadas en 1929, y ya hay 6 de 30 alumnos cada una. Schiaffino aconseja que se multipliquen los jardines infantiles, de modo que cada barrio tenga 1; más amplia protección a las creches o asilos diurnos; creación de clases jardineras en cada escuela; prolongación de la vigilancia de los niños más allá de la primera infancia en los dispensarios; y extremado cuidado para obtener los mayores beneficios sanitarios y educativos en todas esas obras.

*Clínica preescolar de Montevideo.*—Saldún<sup>43</sup> estudia 102 niños de 3 a 6 años, que concurrieron a la Clínica de Nutrición para preescolares, de la Asociación Uruguaya de Protección a la Infancia, y que comprenden internos que toman allí una comida diaria, y externos que concurren cada 15 días para ser pesados y examinados. En resumen, hubo 43 casos de hipoalimentación, 36 de regímenes desequilibrados por mala calidad, y 26 de desorden en el horario y número de comidas. Entre los 36 de desequilibrio, en 23 había carencia de albuminoideos, en 7 de vitaminas, y en 6 de grasas. De un estudio de las viviendas, resultó que en 64 casos las familias sólo disponían

<sup>41</sup> Trujillo, P.: An. Soc. Méd.-Quir. Quayas 21: 531 (agto.), 1930.

<sup>42</sup> Schiaffino, Rafael: "La Protección en la Edad Pre-Escolar," 1930.

<sup>43</sup> Saldún, María Luisa: Bol. Cons. Nac. Hig. 24: 472 (nbre.-dbre.), 1930.

de una pieza para vivir, cocinar, dormir, etc., es decir, que 60 por ciento de los niños se hallaban en esas condiciones. En la totalidad se trataba de familias numerosas, y en algunas de 10 y 12 personas. De las 64, en 21 la única abertura para el aire y la luz era la puerta, y en 43 la puerta y una ventana. La construcción también era mala. La autora declara que hay necesidad de crear centros o clínicas de nutrición en diversos radios de Montevideo, para divulgar los conocimientos fundamentales de la dietética, y vigilar de cerca el desarrollo de los niños; adaptar las clínicas a las necesidades prácticas del ambiente y a la situación económica; fomentar la acción de la visitadora social; y, por último, mejorar la vivienda del obrero, creando la habitación salubre y barata.

*Organización médico-escolar en el Uruguay.*—Schiaffino<sup>44</sup> afirma que la evolución del Cuerpo Médico Escolar del Uruguay se divide en 3 etapas: desde su iniciación en 1908 hasta 1919 no comprendía más que cuatro médicos, y se dedicó principalmente a estudiar el medio; desde 1919, al crearse las clínicas, la acción reviste naturaleza práctica, y en 1928, con el nombramiento de 12 visitadoras, comienza la tercera etapa de eficacia máxima. Actualmente el Cuerpo Médico Escolar consta de 13 médicos inspectores y 12 especialistas, teniendo cada médico a su cargo 4,000 niños y 1 visitadora en algunas escuelas. Cada visitadora atiende a 4 ó 5 escuelas, con un total de 2,000 alumnos cada una; en otras palabras, hay 50 escuelas atendidas, o sea la tercera parte de las que existen en Montevideo. Además hay 7 dentistas en las 5 clínicas dentales. El personal técnico es cubierto por concursos de oposición. El control de las enfermedades transmisibles se basa en los reglamentos aprobados por el Servicio de Sanidad Pública de los Estados Unidos.<sup>45</sup> La difteria es combatida por la vacunación directa de los pequeños y la Schick preventiva en los niños mayores. El parasitismo intestinal es estudiado sistemáticamente con el concurso del Consejo Nacional de Higiene, pero el porcentaje de parásitos patógenos es escaso. Durante el año 1928 se examinó a 23,609 alumnos, de los cuales 4,733 fueron enviados a las distintas clínicas por defectos dentales; 1,013 por defectos oculares; y 1,480 por trastornos de la nariz, oídos y garganta. La primera escuela al aire libre fué creada en Montevideo, en 1913, por la Liga Uruguaya contra la Tuberculosis, y hoy ya hay 3 con cabida para 600 niños. Hay, además, una escuela en la playa, o colonia marítima, fundada en 1929. Desde 1920 existen clases, y se trata ahora de instalar una escuela, para retardados. La Copa de Leche recibe un subsidio anual de 200,000 pesos y provee ese alimento en magníficas condiciones. Se han instalado 10 refectorios escolares, a los que acuden los niños desnutridos, y una clínica de nutrición fué inaugurada en 1929. Hay dos institutos de sordomudos para ambos sexos, con capacidad de 100

<sup>44</sup> Schiaffino, Rafael: "Organización Médico-Escolar en el Uruguay," 1929.

<sup>45</sup> Véase la Publicación No. 18 de la Oficina Sanitaria Panamericana.

niños cada uno. Existen 5 clases de ortofonía para corregir defectos del habla, y campamentos escolares. Entre las enfermedades de los maestros predominan las del aparato pulmonar, laringe y el sistema nervioso. La tuberculosis revela disminución, pues de 18 maestros jubilados por inhabilitación, sólo 3 lo fueron por tuberculosis pulmonar. Los locales escolares de todo el país son deficientes en número, y en su mayoría inadaptados, pero van mejorando lentamente, y una ley reciente asign 6,000,000 pesos a edificación escolar. Las escuelas privadas también quedan bajo la vigilancia del Cuerpo Médico Escolar, pero sólo en lo relativo al local. Ya funcionan dos escuelas Decrolianas en que se hace un estudio psicofísico de los alumnos. En la campaña no se han creado aun los médicos inspectores departamentales, si bien en algunas ciudades del interior ciertos médicos han tomado a su cargo, con carácter honorario, esa tarea. En 1927 se crearon 19 dentistas departamentales, o sea 1 para cada capital. De los 6,000,000 pesos votados para escuelas, 4,000,000 fueron destinados al interior del país, aunque se necesitaría una suma cuatro veces mayor, pues hay allí más de 100,000 niños distribuidos en una superficie de 180,000 kilómetros cuadrados. La propaganda higiénica queda a cargo de las visitadoras que dan clases de higiene elemental, ayudadas con proyecciones o películas, y se imprimen además en los cuadernos de escritura, máximas higiénicas. Debe aumentarse el número de visitadoras, a fin de que haya una para cada 2,000 niños, y dirigido el grupo por una visitadora jefe. Además deben multiplicarse las clínicas de nutrición, doblar el número de dentistas, crearse un laboratorio químico y bacteriológico para escuelas; fundarse clases para miopes. La designación de Cuerpo Médico Escolar también debe ser substituída por Inspección Médica Escolar o Sanitaria Escolar. Una unión más estrecha con la sanidad nacional daría más eficacia a su labor y prestaría a la última una colaboración importante en la profilaxis social.

*Servicio médico-escolar en Inglaterra.*—En su vigésimosegundo informe anual (1929), el primer médico de la Junta de Educación de Inglaterra repasa los trabajos realizados por las juntas locales, bajo la vigilancia de la junta nacional. Durante el año 1929 se hicieron exámenes médicos de 1,831,637 niños, o sea 37.3 por ciento del total, y además, de otros 905,690 enviados para examen por alguna razón especial, lo cual eleva el total a 2,737,327 niños, o sea 55.8 por ciento de la matrícula. El total de inspecciones realizadas por las visitadoras escolares, fué de 14,060,428, o sea 2.9 por cada niño, y el número de niños desaseados fué de 701,300 comparado con 712,721 el año anterior. El personal del servicio médico escolar comprende 1,319 médicos escolares, 973 especialistas, 704 dentistas, y 5,272 visitadoras. En 1929, el porcentaje de niños que padecían de algún defecto bien definido (sin contar afecciones dentarias y falta de aseo), que exigía tratamiento, fué de 20.8, comparado con 20.7 el año anterior. Las

causas más frecuentes fueron: desnutrición, 9.5 por mil; enfermedades de la piel, 12.9; defectos visuales, 86.2; estrabismo, 8.7; otras afecciones oculares, 8.6; defectos de audición, 4.2; otitis media, 5.3; hipertrofia amigdalina y adenoiditis, 66.8; otras afecciones nasofaríngeas, 6.8. Un factor que afecta profundamente la constitución física de los escolares, es la enorme disminución de la mortalidad infantil, que lanza a ese grupo 40,000 niños más cada año, comparado con hace una generación. En Inglaterra, 4 millones de escolares necesitan tratamiento dentario todos los años, en tanto que hoy día sólo lo reciben 2,500,000. Habría que aumentar, pues, los dentistas de 800 a 1,300 y con el tiempo, a 2,100. En su minucioso informe, el Dr. Newman describe, además de los trabajos del servicio médico-escolar, la enseñanza de la higiene en las escuelas y los trabajos del servicio odontoescolar. En los apéndices aparecen: la historia del servicio médico-escolar, las escuelas-creches en 1930, enfermedades infecto-contagiosas y mortalidad de los escolares, reumatismo infantil, oftalmías externas, refectorios escolares, encuestas especiales, estadísticas, procesos judiciales incoados por las autoridades de educación, y nómina del personal. (*"The Health of the School Child,"* 1929.)

*Infección de Vincent en los escolares.*—Un estudio de 3,515 escolares realizado por el Departamento de Sanidad de la ciudad de Chicago, E. U. A., reveló que 34 por ciento, o sea 1,200, padecían de la infección de Vincent. En 121 había síntomas graves, en 696 leves, y 392 eran portadores. Los que padecen de esa infección deben tomar muchas precauciones, empleando únicamente sus propios utensilios y toallas, y manteniendo sus cepillos de dientes absolutamente separados de los demás, y desinfectándolos perfectamente cada vez. Además, al menor signo de infección, deben consultar al dentista o al médico en seguida, y hacer que les realicen un frote bucal. (*Chicago's Health*, eno. 27, 1931.)

*Sencillas reglas de higiene para los niños.*—El Dr. Kefauver, médico de sanidad de Frederick City, Maryland, E. U. A., recalca las siguientes cuatro sencillas reglas de higiene infantil:<sup>46</sup> (1) cada niño tiene que llevar a la escuela un pañuelo, y debe aprender a usarlo para taparse la boca y nariz cada vez que tosa o estornude; (2) no debe meterse en la boca los dedos ni ningún otro objeto, a menos que sea con un fin dado, ni tampoco debe cambiar con sus compañeros frutas o chicle; (3) no debe emplear tazas o vasos, o toallas en mancomún con sus compañeros; (4) debe lavarse las manos con jabón y agua después de ir a la letrina y antes de comer.

*Cursos de higiene en las escuelas.*—El Departamento de Enseñanza Primaria y Normal de la Secretaría de Educación de México, está haciendo todas las gestiones para que los cursos de higiene infantil ofrecidos en algunas escuelas primarias, queden a cargo de la Asociación Nacional de Protección a la Infancia, presidida por la Sra.

<sup>46</sup> Kefauver, E. C.: *Cleanliness Jour.* 4: 12 (abre.), 1930.

Josefina Ortiz Rubio, esposa del Presidente de la República. (*El Universal*, fbro. 12, 1931.)

*Las manos y la higiene.*—En los Estados Unidos, todos los días van a la escuela 25,000,000 de niños, lo cual representa 50,000,000 de manos, que tocan a diario libros, lápices, papeles, mapas, creta, borradores, etc., y que a la hora de la merienda se ponen en contacto con el alimento dedicado a 25,000,000 de bocas. Eso indica cuán inmenso problema constituye el mantener constantemente esas manos limpias. Una reciente investigación llevada a cabo por la Srta. Sally Lucas Jean, secretaria de la Federación Mundial de Asociaciones Educativas, ha aportado datos relativos a 124,000 escolares de 145 escuelas distintas.<sup>47</sup> Sólo en una de las 145 todos los niños se lavaban las manos invariablemente después de ir a la letrina y antes de la merienda, y en dos de cada tres escuelas, los niños no tenían a mano los tres elementos indispensables para un lavado satisfactorio, a saber: agua, de preferencia caliente, jabón, y medios para secarse, en cualquier momento que lo deseen. En la otra tercera parte, el servicio es irregular e insuficiente.

*Fichas de enfermedad.*—Sumarizando los resultados de un experimento llevado a cabo en las escuelas públicas de Olean (23,000 habitantes), de Nueva York, Downes declara <sup>48</sup> que está bien fundada la proposición del Comité de Impresos de la Asociación Americana de Salud Pública, en el sentido de utilizar las fichas de enfermedad de los escolares para descubrir estados que necesiten tratamiento o corrección, pues revelan muchos datos que no son de manifiesto el examen médico. Bien preparada en cuanto a causa, la información obtenida es mucho más útil que un mero registro de los días perdidos a causa de enfermedad, con referencia a algunas pocas causas generales. En el futuro se tiene pensado enviar los niños a médicos y clínicas, después de observar las enfermedades anotadas en las tarjetas a ver cuál es el resultado de ese experimento, en lo tocante al mejoramiento de la salud de los escolares, comparado con los de otras escuelas en que sólo se realizan exámenes médicos corrientes e inspección escolar. El número de niños observados en un año en Olean llegó a 767, que fueron divididos en dos categorías: los que, según el examen físico, fueron normales o ligeramente anormales, y los que acusaban algún defecto de suficiente gravedad para informar a los padres de que el estado necesitaba cuidado. Lo más notable fué que, relativamente, una pequeña proporción de los 176 niños que habían estado enfermos 5 veces o más durante el año escolar, habían revelado algún defecto grave en el examen físico.

*Postura y aptitud física.*—Los estudios de Klein y Thomas <sup>49</sup> relativos al efecto de la postura física sobre la salud y aptitud de los

<sup>47</sup> Edlund, R. S.: *Cleanliness Jour.* 4: 3 (ab.), 1931.

<sup>48</sup> Downes, Jean: *Am. Jour. Pub. Health* 20: 1199 (nbre.), 1930.

<sup>49</sup> Klein, A., y Thomas, Leah C.: "Posture and Phys. Fitness," U. S. Child. Bur. Pub. No. 205.

niños de las escuelas elementales, se basan en 1,708 alumnos de la Escuela Williams, de Chelsea, Estado de Massachusetts, E. U. A. De ellos 961 recibieron lecciones de postura, y 747 no. En los demás sentidos, la labor escolar fué idéntica en ambos grupos, que también eran semejantes en cuanto a edad, sexo, nacionalidad, etc. En el primer examen, la mayor parte de los niños (90 por ciento) revelaron una postura defectuosa, pero los varones superaban a las mujeres en buena postura. Esta mejoraba a medida que los niños crecían, pero por lo menos 80 por ciento de los niños a cualquiera edad revelaron una postura mala. Con las lecciones ofrecidas, la mecánica física defectuosa disminuyó notablemente, de modo que en la clase de postura, mejoraron en ese sentido 6 niños por cada uno de los testigos. Con el adiestramiento, 60 por ciento de los niños superiores al primer grado, mejorarán de postura en un año. Una vez adquirida, la buena postura fué mantenida, en conjunto, durante los dos años de observación. Junto con el mejoramiento en la postura, también se observó más salud y aptitud mental. Como la nutrición ha sido aceptada como índice importante de la salud del niño, las lecciones en postura parecen ser un importante factor higiénico, según indica su relación con una nutrición mejor. Al mismo tiempo que mejoraba la mecánica corpórea, sucedía lo mismo con la labor escolar. Las ausencias debidas a enfermedad disminuyeron en los niños que recibieron lecciones en postura, hasta que fué mucho menor que en los testigos. En conjunto, pues, se obtuvieron resultados favorables con las lecciones en postura.

El Servicio de Sanidad Pública de los Estados Unidos ha publicado recientemente otro boletín (No. 199), dedicado al estudio del desarrollo físico y la postura, basado en los exámenes de 2,200 muchachos y hombres. La característica primaria observada, fué la variabilidad que existía, aun cuando variaban sumamente las características posturales en el mismo individuo. No pudieron descubrirse tipos fijos de postura, ni aun en los niños más pequeños. Las conclusiones alcanzadas por los investigadores, son de naturaleza neta y claramente negativa, y no apoyan ciertas ideas más o menos establecidas. En cada punto de la investigación, resaltaba la mucha variabilidad postural, y la inutilidad de establecer pautas específicas en cuanto a postura.

En un folleto escrito por el Dr. Justo F. González y publicado por la Comisión Nacional de Educación Física del Uruguay, aparecen demostraciones de buena postura para niños y niñas, con ejercicios que sirven para desarrollar la buena postura. (González, J. F.: "Posiciones Clínicas o Buena Postura.")

Osgood<sup>50</sup> declara que se necesitan muchas investigaciones de las causas fundamentales de la mala postura física. Al parecer, un 75

<sup>50</sup> Osgood, R. B.: Jour. Am. Med. Assn. 96: 2032 (Jun. 13), 1931.

por ciento de los jóvenes y niños de los Estados Unidos manifiestan ese defecto, si bien no en todos ellos produce síntomas o mala salud, pues el cuerpo humano posee muchos dispositivos protectores. Una investigación realizada en el distrito de Chelsea, Estado de Massachusetts, por cuenta de la Oficina del Niño de los Estados Unidos, demostró que puede enseñarse a los niños a corregir su mala postura sin dislocar mayor cosa los estudios habituales. En las escuelas públicas de Los Angeles se muestran entusiastas con los resultados obtenidos con dicho sistema. En Boston, la enseñanza del asunto constituye parte obligatoria de la educación física de todos los escolares, y en los grados elementales utilizan un manual de mecánica física. Parece que el asunto es acreedor a estudio cuidadoso de parte de todos los interesados en la fisioterapia. No cabe duda de que el mal es muy frecuente. Hay poderosas pruebas clínicas y fisiológicas de que la buena mecánica corpórea guarda una íntima relación con la buena salud funcional, y viceversa. Las causas fundamentales del defecto necesitan más estudio, pero sean las que fueren, parece posible transformar la defectuosa mecánica corporal en la inmensa mayoría de los casos, y retener el terreno conquistado. Alcanzada esa meta, puede esperarse en el futuro una raza más sana y mejor equilibrada.

*Visión infantil en Filadelfia.*—Durante el año escolar terminado el 20 de junio de 1928, en la ciudad de Filadelfia, E. U. A., había 204 niños matriculados en las 13 clases salvavista. En un estudio realizado por la división de inspección médicoescolar en 1927, de 4,000 niños que tenían una visión de 15/50 o menos, 84 fueron asignados a dichas clases. De los niños matriculados, 48 volvieron a sus clases regulares, 22 fueron recomendados para clases salvavista, pero no asistieron a ellas; y 14 fueron trasladados a escuelas para ciegos. De 260,887 niños observados en las escuelas públicas en 1928, 27,670 revelaron algún defecto que necesitaba corrección, y de los salones de clases, 3,902 tenían iluminación excelente o buena, 1,201 mediana, 295 deficiente, y 491 mala. De 1920 a 1928, hubo 1,188 casos de conjuntivitis entre los recién nacidos de la población, y en 429 se trataba de oftalmía blenorragica, o sea coeficientes de 3.3 y 1.2, respectivamente, por mil nacimientos viables. De los 1,188 casos, 881 fueron asistidos por médicos y 303 por parteras. Los casos entre los que recibieron tratamiento profiláctico al nacer llegaron a 868, y entre los que no lo recibieron a 159, desconociéndose el dato en el resto. La proporción por mil nacimientos viables entre los casos asistidos por parteras fué de 13 por mil, habiendo descendido a 2.2 en el período 1926-1928, y entre los que recibieron nitrato de plata, de 8.7 a 5.4, y entre los que no lo recibieron, de 25.6 a 6.2 en 1926-1928. La disminución en los casos de conjuntivitis neonatal asistidos por parteras ha sido notable: he 52.3 en 1914 a 5.1 en 1928, correspondiendo la mayor parte a los años 1915-16, en que entró en vigor el

reglamento imponiendo el empleo de gotas profilácticas de nitrato de plata al nacer la criatura. En otras partes del Estado estudiadas la proporción es de 13.3 por mil, o sea bastante superior en conjunto, pero en cambio, el coeficiente de oftalmía blenorragica sólo es de 0.3, comparado con 3.3 en Filadelfia. ("A Special Inquiry on Conservation of Vision in Philadelphia," National Soc. Prev. Blindness.)

*Audición de los escolares en los Estados Unidos.*—De los estudios realizados recientemente por el Servicio de Sanidad Pública con referencia a la audición de los escolares, dedúcese que la audición parece ser mejor en los niños mayores; pero no se puede deducir si se debe a que comprenden mejor las pruebas. Entre los verdaderamente torpes de oído (pérdida de 9 unidades o más), los niños mayores formaron la mayoría; y, en general, se observó una proporción algo mayor del defecto entre los varones que en el otro sexo. En ningún grupo y a ninguna edad, la proporción de torpeza del oído llegó a 4 por ciento, y el porcentaje fué, en general, mayor en el grupo de inteligencia normal que en el grupo subnormal. En general, la audición fué mejor en el oído izquierdo que en el derecho, aunque quizás interviniera en ello la casualidad. Entre los niños más atrasados de los grupos más joven y más viejo, hubo mayor proporción de torpeza del oído. El porcentaje de supuración auditiva guardó una razón inversa con el grado de audición.

*Estudio de la sordera.*—Shambaugh y colaboradores<sup>51</sup> han completado recientemente un minucioso estudio de 5,348 niños recogidos en asilos para sordos. Un 62 por ciento padecían de sordera congénita. Más de la mitad de los casos adquiridos tuvieron lugar antes de los tres años, mas es probable que una gran proporción fueran en realidad congénitos, pues los padres desean evitar ese estigma, y a menudo no se establece definitivamente la existencia del defecto antes. La sordera grave de los niños es adquirida casi siempre antes de la edad de 10 años. La meningitis fué la causa de casi 20 por ciento de los casos adquiridos, el sarampión de 8.5, y la influenza y escarlatina, 7 por ciento cada una. Hubo reacciones auditivas o vestibulares en la mayor parte de los casos en que hubo una otitis media supurada concomitante. La otitis media supurada, si invade el oído medio, destruirá todo signo de audición y las reacciones vestibulares. Las amígdalas y adenoides sólo pueden motivar sordera grave si la otitis media invade el laberinto, pero en la serie de los autores, fué un factor menospreciado. La heredosifilis al parecer causa muy pocos casos adquiridos, y sólo hubo 2 Wassermanns positivas entre 396 casos. En más de la tercera parte de los casos congénitos hubo historia familiar de sordera o consanguinidad. La suposición reinante de que en la sordera congénita no se afecta el vestíbulo, quedó refutada al observarse que dos terceras partes del grupo, o sea la misma proporción que en el grupo adquirido, acusaban bien disminución o falta de reacciones

<sup>51</sup> Shambaugh, G. E., y otros: Arch. Otolaryng. 12: 190 (agto.), 1930.

vestibulares. En 60 por ciento de todo el grupo había un defecto del habla tan pronunciado, que a un extraño le resultaba difícil entender al niño. En el grupo había 232 niños cuyos padres se hallaban emparentados y, sin embargo, sólo en 17 por ciento había sordera en la familia. Parece, pues, que la consanguinidad tiende a sumar y exteriorizar los defectos hereditarios remotos, en la audición. El empleo de las medidas ya disponibles para el tratamiento de las enfermedades infecciosas, en particular meningitis y escarlatina, puede ayudar mucho a mermar la frecuencia de la sordera adquirida.

*Niños sordos.*—Parrel<sup>52</sup> divide los niños sordos en tres categorías: sordomudos, semisordos, y torpes de oído. Todos deben recibir cuanto antes atención médico-pedagógica especial, es decir, cuanta ventaja ofrece la educación privada bajo dirección médica. Los sordomudos deben ser confiados a un educador especializado antes de los tres años, y los cuidados médicos constituirán una contribución utilísima, indicando ejercicios metódicos, etc. Los semisordos también necesitan la colaboración del otorrinolaringólogo, del médico reeducador, y de los profesores. En cuanto a los torpes de oído, deben ser divididos en clases especiales de 8 ó 10, con profesores preparados para esa enseñanza, y que cuenten con amplificadores de la voz, pantallas de proyección, etc. Todos los niños sordos, o candidatos a la sordera, deben ser atendidos por un especialista, ser objeto de exámenes acústicos, e iniciados en la lectura sobre los labios.

*Vigilancia higiénica de los jóvenes.*—Hay dos edades a las que los niños no reciben suficiente protección, a saber: la edad preescolar, y la adolescencia. En la mayor parte de los países, la protección del lactante ya está bien organizada, y en el país del autor<sup>53</sup> (Noruega) la mortalidad infantil ha disminuído de 90.3 por mil en 1900, a 49.3 en 1928, y en Oslo de 182.6 a 42.7. En cuanto a la edad escolar, baste con apuntar el aumento de peso de los alumnos, por ejemplo, a los 10 años, de 27.6 kg. en 1920 a 29.9 en 1930, y a los 12 años, de 32.4 a 34.7 kg., y que el número de verminosos ha disminuído de 7.7 por ciento en 1920 a 1.8 en 1929 en las escuelas primarias, y de 23.2 a 8.1 en las escuelas especiales. Sin embargo, en la protección de la infancia, resta todavía una laguna importante por colmar. El autor describe la manera cómo han resuelto el problema para los obreros jóvenes en una fábrica de chocolate de Oslo, en que hay 77 menores, que son sometidos a control sanitario. A su entrada, y después una vez al año, cada obrero es objeto de un examen médico. Si se observa alguna falta de aseo o de higiene, se coloca discretamente en las manos del culpable un impreso con un extracto del reglamento sobre el asunto. Si se nota falta de alimentación o de sueño, se prescribe un régimen general y alimenticio, y lo mismo, de notarse tendencia a la obesidad. Cuando se trata de una fábrica de productos alimenticios, se presta mucha atención a los eczemas, y todo enfermo es

<sup>52</sup> Parrel: Progrès Méd. 51: 2208 (dbr. 13), 1930.

<sup>53</sup> Schiøtz, C.: Rev. Int. Infant 11: 22 (eno.), 1931.

examinado por un especialista, que comunica al médico higienista de la fábrica el diagnóstico y el tratamiento. De sospecharse tuberculosis, el enfermo es enviado a la oficina de sanidad, la cual determina si puede continuar su trabajo sin riesgo de contaminación, y qué tratamiento debe seguir.

*Protección de menores en Chile.*—La ley 4,447, sobre protección de menores, entró en vigencia en Chile el 1° de enero de 1929, instalándose en esa fecha en Santiago la Dirección General, la Casa de Menores para Hombres, y el Juzgado Especial de Menores, y en San Bernardo, el Politécnico Elemental "Alcibíades Vicencio" para Menores.<sup>54</sup> Desde los primeros días, la Dirección General se puso en relación con los diversos juzgados encargados de aplicar la ley en el resto del país, y se ocupó de nombrar representantes en cada Departamento, que ya llegan a 64. Ha organizado un servicio eficiente de libertad vigilada de menores en los casos ordenados por el juez, encomendando la vigilancia al cuerpo de visitadores sociales. En la Casa de Menores de Santiago, ingresaron en 1929, 4,001 menores, y egresaron 3,767, restando el 1° de enero de 1930, 234. De los ingresados, 3,552 habían sido acusados de delitos, faltas o infracciones, y 449 llegaron por abandono, peligro moral, o a petición de los padres o guardadores. La sección femenina de la Casa de Menores sólo pudo abrir sus puertas el 1° de enero de 1930, con capacidad para 50. Durante el año 1929, se hizo la detención de ellas en la Casa Correccional, e ingresaron 573 niñas y egresaron 490 quedando, pues, 83. De las 573, 400 ingresaron por delitos, infracciones o faltas, y 173 por abandono, peligro moral, o a petición de padres o guardadores. En Valparaíso se ha instalado otra Casa de Menores, con capacidad para 70. En Concepción, Linares, Talca y Temuco, la cárcel cuenta con una sección especial para menores, y las casas para mujeres están a cargo de las religiosas del Buen Pastor en las ciudades donde tienen conventos. Durante el año 1929, comparecieron ante el juzgado Especial de Menores de Santiago, 6,058 menores: 4,243 hombres y 1,815 niñas. El mayor número de los abandonados se encuentra hasta la edad de 14 años, y el mayor número de delitos, entre 16 y 20. A los demás juzgados han comparecido 2,801 menores. Reuniendo las cifras para el país obtiéndose 6,236 menores que han cometido delitos, faltas o infracciones, lo cual, sobre un total de 87,116 actuaciones judiciales, da 7 por ciento de delincuencia infantil. La proporción, no tan sólo por su cantidad, sino por su calidad, es altamente desfavorable, ya que el porcentaje de actos antisociales graves, como el homicidio, es muy poco inferior al de los adultos. Si las cifras criminales reflejan más o menos la verdadera situación, el número de 2,621 de abandonados o en peligro moral, no traduce ni ligeramente el número real que debería ser amparado por la ley.

<sup>54</sup> Lea-Plaza, H.: Bol. Dir. Gen. Prot. Menores 1: 343 (agto.), 1930.