

uterinas en una parturienta de 7 días, y también neutraliza completamente el efecto de 1 cc. de solución hipofisaria, ya se administre antes o después de haberse manifestado la reacción a la inyección de hipófisis. (Falls, F. H., Lackner, J. E., y Krohn, L.: *Jour. Am. Med. Assn.*, 271, eno. 25, 1936.)

## PUERICULTURA<sup>1</sup>

*Natalidad mundial.*—El *Statistical Bulletin* (nbre. 1935) de la Cía Metropolitana de Seguros de Vida hace notar que el aumento observado en la natalidad en los Estados Unidos en 1934 distó mucho de ser universal, pues en 20 de 34 países ha continuado el descenso. En conjunto, la baja de la natalidad continúa siendo un problema social en 15 países. Entre los que revelaron aumento figura en particular Alemania con 22.4 por ciento de aumento, o sea, unas 10 veces más que ningún otro país.

*Morti-neonatalidad argentina.*—Durante el año 1934 se registraron 821 defunciones de menores de un mes en la Capital de Argentina. La principal causa de mortalidad fué la debilidad congénita (269 defunciones); en segundo lugar, la bronconeumonía (110), y luego el nacimiento prematuro (107), meningitis (45), diarrea y enteritis (38) y sífilis congénita (25). De las 821 defunciones, más de la mitad ocurrieron en los seis primeros días: 132 en el primero, 84 en el segundo y 76 en el tercero. (*Rev. Est. Mun. B. A.*, obre.-dbre. 1935.)

*Natalidad prematura.*—En su estudio, Llamas Massini reitera que para conseguir un descenso grande en la natalidad prematura es menester procurar descanso a la embarazada. En la maternidad del Hospital J. A. Fernández, de Buenos Aires, la proporción de prematuros ha subido de 107 en 1913-14 a 646 en 1929-34, y la proporción para todo el período es de 14.8%. Ese porcentaje es superior al de otras maternidades bonaerenses, quizás debido a que allí toman un peso al nacer de 2,500 gms., en vez de 2,700 gms., como signo de prematuridad, y que como la maternidad Fernández carece de sala para embarazadas, sólo las recibe ya con dolores de parto, es decir, que continúan en casa y trabajan hasta el último momento. De los 2054 prematuros, 264 habían cumplido 6 meses, 598, 7 meses y 1,192, 8 meses. El peso varió de 1,001 gms. a 2,700 gms., representando más de la tercera parte los que pesaban de 2,201 a 2,500 gms. La sífilis parece haber intervenido como casi en 10.8%, el gemelismo en 13.4%, la placenta previa en 5.16%, la eclampsia en 2.14%, las monstruosidades en 2.04. (Llamas Massini, J. C.: *Sem. Médica*, 1757, dbre. 12, 1935.)

*Institutos bonaerenses.*—La Asistencia Pública de Buenos Aires se propone crear verdaderos institutos de maternidad, con secciones de obstetricia, ginecología y puericultura, confiando cada sección a profesionales especializados, y ampliando y perfeccionando la sección de protección a la primera infancia. (Apud: *Arch. Arg. Ped.*, 536, agto. 1935.)

*Lactario argentino.*—El 10 de agosto 1936 tuvo lugar en Buenos Aires la inauguración del Primer Lactarium Municipal, cuyo fundador y primer director es el Dr. S. I. Bettinotti. Su objetivo es evitar el abandono y la muerte de los hijos de las amas y al mismo tiempo el triste comercio de la nodriza mercenaria. (*Sem. Méd.*, 551, agto. 20, 1936.)

*Escolares de Buenos Aires.*—En 1933 y 1934, examinando 25,000 escolares de la Provincia de Buenos Aires, Cometto descubrió casos de reumatismo con lesiones cardíacas evidentes, sin que se hubiese sospechado la afección: sometidos a tratamiento adecuado curan. En los niños de las Colonias de Vacaciones de La Plata ha encontrado el 12 por mil de lesiones cardíacas. Desde entonces,

<sup>1</sup> La última crónica sobre Puericultura apareció en el *BOLETÍN* de nbre. 1935, p. 1082.

por medio de las Visitadoras de Higiene, intensifica la propaganda sobre el reumatismo. Revisando niños para las Escuelas de Vacaciones de la Sociedad "Escuelas y Patronatos" de Buenos Aires, Del Carril encontró en muchos débiles lesiones cardíacas, a menudo considerables. Considera que la obra emprendida por Macera, es de incalculables beneficios, y que su realización no puede presentar grandes dificultades. Macera agregó que se ha comprobado que adquieren cardiopatías el 12 por ciento de los que concurren a los consultorios externos y el 21 por ciento de los que no concurren. Las estadísticas americanas establecen que 7 por mil de la población infantil está afectada de lesiones cardíacas. Transportando las cifras americanas a Buenos Aires, cubría calcular que 25,000 niños tienen lesiones cardíacas. De esto se deduce la importancia de la campaña antirreumática en que están empeñados, y la necesidad del apoyo de las instituciones médicas y autoridades sanitarias. (*Prensa. Méd. Arg.*, 341, en. 29, 1936.)

Fundándose en las estadísticas levantadas por el cuerpo médico-escolar de la Provincia de Buenos Aires, sobre unos 50,000 alumnos, Cometto afirma que 17.50% concurren a las escuelas pésimamente alimentados y un 3% sin desayuno ni almuerzo, que 81% tienen los dientes cariados, 23% no tienen visión normal, 20% padecen de vegetaciones adenoideas y sordera, 15% de desviaciones raquídeas y 16% de estados febriles ignorados. La reacción a la tuberculina es positiva en 38 a 42% de los niños que asisten a las colonias escolares de vacaciones. En la Provincia se han organizado en los últimos años varias de esas colonias bajo los auspicios de los Consejos Escolares o de las Municipalidades. Ningún niño que no esté previamente vacunado contra la difteria no debe ingresar en las colonias. También se aconseja la vacunación antitifoidea. Cada niño debe tener una ficha sanitaria levantada y llevada por el médico escolar, secundado por la visitadora. Los alumnos para las colonias son escogidos por las visitadoras bajo el control del Director del Cuerpo Médico Escolar. El autor describe minuciosamente el funcionamiento de algunas de esas colonias. (Cometto, C. S.: *Bol. Hig. Escolar*, sobre-obre. 1935.)

*Ficha del lactante.*—Publicando un modelo Ugarte afirma que la ficha sanitaria del lactante es un nuevo elemento en la protección al niño; de fundamental importancia, desde el punto de vista médico, higiénico y social. Sus ventajas son innumerables; sus inconvenientes, ninguno. La implantación de esta ficha, un modelo de la cual publica, es fácil en todos los centros importantes de población. (Ugarte, Fernando, *Sem. Méd.* (Argentina), 550, feb. 13, 1936.)

*Desenvolvimento da criança no Brasil.*—Fundando-se no estudo de 19,862 fichas seleccionadas dum total de 68,489 disponiveis em São Paulo, a Dra. Azevedo diz que um recém-nascido brasileiro do sexo masculino pesa 3,410 gms., e méde 50 cms. de altura, e do sexo feminino 3,230 gms., medindo 49 cms. A perda fisiologica para os recém-nascidos masculinos é de 211 gms., para os femininos é de 229 gms., verificando-se para ambos os sexos até o quarto dia. Ao completar o primeiro ano de vida, a criança brasileira tem sua altura aumentada em 22 cms. e apresenta aproximadamente três vezes o seu peso inicial. O segundo ano de vida é caracterizado por uma ascensão muito lenta na curva do desenvolvimento. Até aos 7 anos ha equivalencia em ambas as curvas de crescimento. Dos 7 aos 10 anos observa-se superioridade estatural do menino. O crescimento que precede a puberdade acha-se entre 11 e 13 anos para as meninas e depois dos 14 para os meninos. As crianças das familias abastadas apresentam melhor desenvolvimento que as das familias operarias. A habitação confortavel e arejada influe beneficemente sobre o crescimento da criança. A alimentação constitue um fator de extraordinaria importancia no desenvolvimento fisico da criança, daí a necessidade imperiosa que os generos de primeira necessidade sejam de

bôa qualidade e estejam ao alcance de todas as bolsas e que o regime alimentar na criança brasileira seja orientado sob bases científicas. (Azevedo, Ema de: *Ped. Prática*, 60, março-abril, 1935.)

*Escolas brasileiras para débeis.*—No Brasil funcionan no Rio de Janeiro 2 escolas para débeis, uma situada na Quinta da Bôa Vista, no bairro de S. Cristovam, local aprazível fartamente arborizado e dotado de esplendido parque, e outra á beira-mar na Praia Vermelha. Em S. Paulo, a 31 de Agosto de 1929, foi instalada uma escôla para débeis anexa ao Grupo Escolar Prudente de Moraes, que em 1930 deixou de funcionar. Têm havido diversas tentativas para a criação de escolar de saúde e no "Play-Ground" á Praça Pedro II funciona ha 2 anos uma délas. Em Santos, á Praia José Menino, existe tambem uma escôla de saúde modestamente instalada pelos esforços conjugados do Rotary Club, da Prefeitura Municipal e de particulares. Campos de férias com a duração de 15 a 20 dias têm sido criados por diversos membros do professorado publico, tendo sido enviado para Atibala, Itanhaen e S. Vicente grupos de escoleiros e de escolares, que aí se têm alojado nos edificios dos Grupos escolares. (Ferreira, Clemente: *Rev. Paul. Tis.*, 252, julho-agosto 1935.)

*Instituto de Assistência e Proteção á Infancia de Alagoas.*—No año de 1934 os dispensarios do Instituto de Assistência e Proteção á Infancia de Alagoas em Maceió funcionaram com perfeita regularidade. O movimento de matriculas foi o seguinte: João Pedro Xavier, 2,372 matriculados; João Licio Marques, 768 matriculados; José Carneiro, 497 matriculados, um total de 3,637. (*Relatório do Inst. Assis. Prot. Inf. Alagoas.*, 9, 1935.)

*Protección en Colombia.*—Existencia en 1° de enero 1934 en las 45 instituciones (15 de ellas en el Departamento de Cundinamarca) de protección infantil del Departamento Nacional de Higiene de Colombia, 3,032; entradas en el año, 6,836; salidas: por curación, 3,663; por defunción, 505; existencia en 31 de diciembre 1934, 5,700. (*An. Gen. Estad.* 1934.)

*Mortalidad infantil en Bogotá.*—En el decenio de 1925 a 1934 murieron en Bogotá 15,066 niños menores de un año, que en 73,099 bautizos efectuados, representa un coeficiente de 206.1. Las causas principales de las defunciones infantiles han sido las siguientes: diarrea y enteritis, 30 por ciento; bronconeumonía, 20 por ciento; afecciones de la primera infancia, 11; debilidad congénita, 10; bronquitis, 6, y sífilis congénita 5 por ciento. (Guthardt, E. C.: *Dem. Col.*, 44, eno. 1936.)

*Bogotá.*—En el decenio de 1924 a 1933 se bautizaron en Bogotá 70,047 niños, y en el mismo tiempo se produjeron 4,184 nacidos muertos; es decir que por cada 100 niños que nacen vivos, 6 nacen muertos. Los datos publicados en relación con el año de 1933, o sea el último de dicho decenio, consignan 445 nacidos muertos en total, 37 de ellos por sífilis, pero en 215 casos no se especificó la causa, o sea en el 48 por ciento, y en otros 140, diagnosticados como nacimientos prematuros, tampoco se especificó la causa que los ocasionara. Es muy probable que la sífilis haya sido responsable de muchos casos no especificados y de numerosos nacimientos prematuros. (Guthardt, E. C.: *Dem. Col.*, 9, eno. 1936.)

Garavito Durán hace notar la diferencia que existe entre los datos estadísticos del registro civil de Bogotá y los eclesiásticos obtenidos en las 18 parroquias. De mayo 1934 a octubre 1935 se inscribieron 4,477 nacimientos en las 5 notarías de la ciudad. Durante el mismo período las inscripciones parroquiales ascendieron a 13,628. En los matrimonios, las cifras fueron de 2,213 y 2,590, y en las defunciones, de 8,850 y 10,026 (cementerios), respectivamente. (Garavito Durán, A.: *Dem. Col.*, 40, eno. 1936.)

*Restaurantes escolares en Colombia.*—Por decreto del 11 de mayo de 1936 se crean en el Departamento de Caldas restaurantes escolares que funcionarán en

todos los municipios y estarán encargados de suministrar alimentos, drogas y vestidos a los niños pobres que concurren a las escuelas oficiales, y de controlar la asistencia médico-escolar. (*La Escuela de Caldas*, 38, jun. 1936.)

*Costa Rica.*—El Presidente de la República de Costa Rica ha aprobado el 7 de octubre, 1935, el reglamento de la ley que auxilia con leche a los niños pobres. El auxilio se realizará por medio de gotas de leche y centros de nutrición, los cuales se establecerán de preferencia en las capitales de provincia, en las poblaciones en donde existan unidades sanitarias o clínicas infantiles o en las que, a juicio del Patronato Nacional de la Infancia, convenga instalar estos servicios. También podrá realizarse dicho auxilio por medio de refectorios infantiles, dispensarios maternales, juntas especiales creadas por el Poder Ejecutivo y excepcionalmente por medio de las escuelas, para aquellos niños que lo necesitan. Para los fines del reglamento se preferirán en todo caso aquellas poblaciones en donde exista un mayor porcentaje de mortalidad infantil. La administración y dirección de estos centros de auxilio estarán a cargo del Patronato Nacional de la Infancia, directamente o por medio de sus Juntas Provinciales o Cantonales, con la colaboración de los organismos afines locales. Quedan comprendidas dentro de la disposición anterior las Gotas de Leche que actualmente funcionan en las ciudades de San José, Alajuela y Heredia. El límite máximo de admisión para beneficiarse de los servicios creados por este Reglamento, queda fijado en los cinco años de edad; mas puede ampliarse en casos particulares de conformidad con el criterio médico y las condiciones sociales del menor y tratándose de escolares. Las gotas de leche no se limitarán únicamente a suministrar alimento a los menores y a las madres necesitadas, sino también a la asistencia médica y social, así como educación de las madres sobre el modo de criar a sus hijos. La supervigilancia de las gotas de leche y dispensarios maternales queda a cargo de la Secretaría de Salubridad Pública. (*Gaceta*, obre. 9, 1935.)

*Instituto cubano pro-infancia.*—Por decreto-ley sancionado el 30 de marzo de 1936, se ha aprobado el establecimiento en Cuba de un Instituto Cívico Militar para el amparo, cuidado y educación de la niñez desvalida huérfana de padres campesinos, obreros, policías y alistados del Ejército y de la Marina que hayan muerto con motivo del desempeño de su trabajo. El Instituto comprenderá dos secciones: prenatalidad e infancia hasta los 6 años; y de 6 a 17 años. (*Gac. Of.*, mzo. 31, 1936.)

*Colonias infantiles en Cuba.*—Después de repasar la historia de las colonias infantiles en Cuba, Hernández Miyares y Aguilera declaran que se trata de una obra de inestimable valor para la protección a la infancia. Donde existen loterías se ofrece un buen medio para arbitrar recursos. Dichas colonias deben establecerse en todos los grandes núcleos de población, para brindar a los niños débiles y desnutridos el auxilio necesario. Los edificios deben ser fabricados *ad hoc*, y los niños escogidos por el servicio de inspección médicoescolar. A los niños colonizados debe practicárseles sistemáticamente la Schick, y de ser positivos hay que inmunizarlos. Los exámenes sistemáticos por un dentista también resultan convenientes. Si los exámenes fecales denotan parasitismo intestinal, éste debe ser tratado. Las colonias, visto su carácter médico-pedagógico, deben ser dirigidas por maestros especializados. En 1934 se creó en Cuba un Patronato Nacional de Colonias Infantiles como organismo autónomo, que se sostendrá con tres sorteos extraordinarios de la Lotería Nacional. Al final del trabajo se reproduce el reglamento para las colonias infantiles. (Hernández Miyares, C., y Aguilera, Gertrudis: *Bol. Soc. Cubana Ped.*, 378, nbre. 1935.)

*Nueva legislación chilena.*—El Juez de Menores de Santiago de Chile, Dn. M. Gajardo, ha publicado el siguiente sumario de la nueva ley chilena sobre protección al niño: Los juicios destinados a obtener alimentos para los menores seguirán

un procedimiento más rápido y sin ningún desembolso para el solicitante; el patrón del obligado será notificado en el acto para que pague la pensión decretada, la nueva ley eleva la pensión de un máximo de la tercera parte del sueldo a la mitad; el conocimiento en las actuaciones sobre cobros de alimentos en favor de menores de 18 años, corresponderá a los Jueces de Menores; será castigado con reclusión el padre que, condenado a pagar una pensión alimenticia, elude la obligación; la nueva ley también suprime la calificación de hijos de dañado ayuntamiento, es decir, sacrílegos, incestuosos y adúlteros, que en lo sucesivo se denominarán simplemente ilegítimos; también se establece la investigación de la paternidad ilegítima. (*Sem. Inter.*, dbre. 21, 1935.)

*Ilegitimidad en Chile.*—En Chile la ilegitimidad ha ascendido de 39.1 por ciento en 1932 a 41.5 en 1933, 41.7 en 1934 y 42.4 en 1935. Al relacionar ésta con la mortalidad infantil, en ciertas provincias se anotan coeficientes muy elevados, como en Valdivia, con 53.8 por cien defunciones de menores de un año, y Coquimbo, con 52.5; mientras que en Magallanes y Antofagasta el porcentaje sólo llega a 27 y 31.5, respectivamente. (*Bol. Méd. Caja Seg. Oblig.*, 168, ab. 1936.)

*Gotas de leche de Chile.*—Total de niños atendidos en las gotas de leche de Chile durante el año 1934, 10,685; fallecidos, 750; salidos por otras causas, 4,636; litros de leche suministrados, 550,045; valor de la alimentación, 504,838 pesos. (*An. Estad. Chile*, 1934, Vol. I.)

*Servicio sanitario escolar de Chile.*—Durante el año 1934 el Servicio Sanitario Escolar de Chile examinó a 35,612 alumnos y 655 profesores, e inspeccionó 463 escuelas, comparado con 18,557, 426 y 151, respectivamente. (*An. Estad. Chile*, 1934, vol. I.)

*Servicio odontoescolar en Chile.*—Una ley aprobada en Chile autoriza al Presidente de la República para invertir hasta un millón de pesos en la ampliación e instalación de nuevas clínicas dentales destinadas al Servicio Dental Escolar Obligatorio.

*Servicio pro-infancia en Guayaquil.*—La Dirección de Sanidad del Litoral ha establecido en Guayaquil, y tiene planteado hacerlo en las demás capitales de provincia de la Costa, un Servicio Prenatal, Natal e Infantil, integrado por un grupo de señoritas obstetrices y enfermeras visitadoras que prestan servicio a domicilio y administran tratamiento gratuito. (*El Telégrafo*, mayo 25, 1936.)

*Campaña en El Salvador.*—En una serie de trabajos periodísticos (eno. 1936) Trigueros, el decano de la Facultad de Medicina de San Salvador, bosqueja con minuciosidad y comprensión un plan de protección social, y en particular de la infancia, en el cual participarían distintos organismos oficiales y cívicos como son el Ministerio de Beneficencia, la Dirección de Sanidad, la Dirección de Policía, la Cruz Roja, el Hospital Rosales, el Hospicio, Gota de Leche, Casa de Madres y del Niño, y el sanatorio de tuberculosos.

*Valor de los coeficientes de mortalidad infantil.*—Analizando los datos para poblaciones de distintos tamaños de Estados Unidos, Derryberry y Van Buskirk hacen notar que los coeficientes de mortalidad infantil para poblaciones que inscriben anualmente menos de 200 nacimientos, fluctúan demasiado de año en año para poder ser utilizados para comparación entre diversas ciudades. Aun para poblaciones que tienen hasta 500 nacimientos al año los datos son algo inexactos, de modo que hay que tomar varios años en conjunto. (Derryberry, M., y Van Buskirk, E.: *Pub. Health Reports*, 545, mayo 1, 1936.)

*Frecuencia de los vicios congénitos.*—En la ciudad de Filadelfia hubo 166,451 nacidos vivos en el quinquenio de 1929 a 1933, muriendo en ese período 739 de ellos. En las partidas de defunción, se consignaron los vicios congénitos observados; además murieron en ese período 43 individuos nacidos antes de 1929, lo cual da un total de 782 en los cuales el coeficiente de vicios congénitos representó

4.7 por 1,000 nacimientos vivos, o sea 1 en 213. En 275 familias en las cuales había habido niños con vicios congénitos, el coeficiente subsecuente de éstos subió a 112 por 1,000, o sea un niño deficiente por cada 8.9 familias. Entre 431 partos consecutivos al nacimiento de un hijo deforme, 331 culminaron en fetos de desarrollo normal a término, mientras que entre los otros 100, hubo 43 fetos congénitamente malformados, 42 abortos, 9 partos prematuros y 6 mortinatos. En conjunto, las probabilidades de que haya vicios congénitos, son 24 veces mayores en las familias donde ha nacido un hijo deforme que en la población en general. (Murphy, D. P.: *Jour. Am. Med. Assn.*, 457, fbro. 8, 1936.)

*Mortalidad prematura.*—Analizando la mortalidad en las criaturas prematuras de menos de un mes, en Chicago en 1935, el Comisionado de Sanidad hace notar que la aplicación de las medidas cuya eficacia demostrara Hess en la práctica hospitalaria ya ha parecido conquistar algún terreno. La mayor parte de la mortalidad en los lactantes prematuros tiene lugar en las primeras 24 horas (69.7 por ciento) lo cual es casi el doble de las criaturas a término (37.6). La falta de la debida asistencia prenatal es un factor importante en la elevada mortalidad, pues no se hacen Wassermanns con la frecuencia necesaria en las gestantes. El empleo impropio de analgésicos, anestésicos y oxitócicos puede explicar parte de la mortalidad prematura, mientras que varios estados patológicos ocasionan casi la mitad de la misma. El empleo de métodos apropiados de resurrección ayudaría a mermar la mortalidad en las criaturas prematuras. La Junta Municipal de Sanidad piensa extender sus esfuerzos durante los años próximos. (Bundesen, H. N., Dahms, O. A., Fishbein, W. I., y Harmon, G. E.: *Jour. Am. Med. Assn.*, 270, jul 25, 1936.)

*Sociedad Protectora del Niño de Guatemala.*—Con fecha 5 de diciembre 1935 fueron aprobados por el Presidente de la República de Guatemala los nuevos estatutos de la Sociedad Protectora del Niño, que se componen de 11 capítulos y 37 artículos. Dicha institución tiene por fines la fundación y mantenimiento de casas maternales, colonias de niños menores de 7 años para ayudar a las madres que trabajan, hospitales y consultorios médicos para la primera infancia y prenatales para las madres, gotas de leche y salas cunas; creación de escuelas de niñeras, parques y jardines, y bibliotecas infantiles; preparación de visitadoras sociales; divulgación de nociones de puericultura, y toda obra encaminada a la protección del niño y de la madre. (*Diar. Cent. Am.*, eno. 4, 1936.)

*Anteojos para niños pobres en México.*—Del total de niños que concurren a las Policlínicas Escolares de México, el 80 por ciento presentan vicios de refracción que requieren el uso de anteojos, pero a lo sumo 10 por ciento de éstos disponen de recursos suficientes para satisfacer el costo de los mismos, lo que hace el trabajo de la Policlínica nulo en el 90 por ciento restante. A fin de remediar esta situación, se proyecta la fundación de una casa de óptica por cuenta del Gobierno, que suministrará anteojos a los niños indigentes a un precio sumamente reducido. (*El Universal*, eno. 17, 1936.)

*Instituto de higiene mental escolar en México.*—Recientemente ha sido creada en México una nueva entidad de investigación psicopedagógica denominada Instituto Nacional de Psicopedagogía e Higiene, que funcionará como dependencia de la Secretaría de Educación Pública. Entre las secciones del mismo figuran la de Investigaciones Psicométricas, encargada de las pruebas mentales de los niños; la de Investigaciones Psicofisiológicas, que llevará a cabo estudios científicos de las constantes psicológicas de los niños; Escuelas Especiales, a las que corresponderá el estudio, tratamiento y educación de los niños débiles mentales y físicos, y anormales; Investigaciones Psicotécnicas, para la orientación profesional, etc.; e Higiene Mental, que, mediante sus estudios y la Clínica de la Conducta, tendrá a su cargo la solución de problemas especiales pedagógicos y sociales. (*El Universal*, eno. 1°, 1936.)

*Mortalidad infantil en Asunción.*—Durante el año 1933 murieron en Asunción 508 niños de menos de un año (148 por mil nacimientos); 334 de 1 a 4 años, y 74 de 4 a 14. Las principales causas de mortalidad entre los menores de un año fueron: neumonía y bronconeumonía, 126; debilidad congénita, 83; sífilis, 76; gastroenteritis, 69; y bronquitis, 23. (*Inf. IX Conf. San. Pa.*)

*Mortalidad infantil en el Perú.*—Una encuesta realizada en el Perú en 1935 por la Comisión Protectora del Niño con respecto a mortalidad infantil reveló que en materia de estadística los datos son sumamente incompletos y deficientes. En lo que se refiere a las capitales departamentales parece que la mortalidad infantil es más elevada en Cuzco, siguiéndole Tacna, Abancay y Lima, y más baja en Moquegua. Las enfermedades predominantes en la infancia son, por orden de importancia, gripe, coqueluche, paludismo, sarampión, enteritis, bronquitis, viruela, tuberculosis y bronconeumonía, y las más letales, coqueluche, enteritis, paludismo, bronquitis y bronconeumonía, sarampión, tuberculosis y viruela. (Suárez, L. A.: *Bol. Dir. Sal. Pú.*, 94, 4° trim. 1935.)

*Ilegitimidad en Lima y Callao.*—Analizando estadísticas, Bambarén hace notar que la ilegitimidad media de 1906 a 1933 entre los nacidos en Lima llega a 55.0 por ciento, representando 48 por ciento en 1932 y 47.6 en 1933. En el Callao de 1900 a 1933 representó 40.9 por ciento, pero subiendo a 45.7 en 1932 y 46.6 en 1933. A juzgar por esas cifras Lima ocupa uno de los puestos más elevados entre las ciudades de América en lo tocante a ilegitimidad. La mortalidad infantil acusa invariablemente cifras más elevadas entre los ilegítimos representando en 1932 15.75 por cada 100 entre ellos, comparado con 11.93 entre los legítimos. El autor aboga por que se implante la declaración obligatoria del embarazo y la investigación de la paternidad. (Bambarén, C. A.: *Crón. Méd.* 465, dbre. 1935.)

*Sanidad escolar en el Perú.*—El Servicio de Sanidad Escolar del Perú, actualmente bajo la Dirección de Estudios y Exámenes del Ministerio de Educación Pública, ha continuado sus labores con actividad. En su informe correspondiente a los primeros nueve meses de 1935, el jefe del Servicio analiza primeramente la organización y luego las labores realizadas, y al final ofrece ciertas recomendaciones para ampliar el Servicio. El personal de los Servicios Médico-Escolar y Buco-Dental, está constituido de un médico jefe, dos médicos auxiliares, un fisiólogo, una enfermera sanitaria, 10 vacunadoras y tres dentistas, que atiende a los escolares de las Provincias de Lima y Callao. Entre otras obligaciones, el jefe médico inspecciona los locales con respecto a sus condiciones higiénicas y las enfermedades que puedan presentarse, emitiendo los informes pertinentes; y asesora al Gobierno en todo lo referente a higiene escolar. Los médicos auxiliares visitan mensualmente cada uno 40 planteles, examinando al alumnado; etc. El médico fisiólogo, de reciente creación, visita los planteles, y examina clínicamente a los sospechosos de tuberculosis, confirmando luego el diagnóstico con los rayos X. Los casos curables son enviados al dispensario antituberculoso o al Sanatorio Olavegoya, y los incurables a un hospital. En el Hospital del Niño se practica el examen bacteriológico a fin de clasificar las lesiones en abiertas o cerradas. La enfermera sanitaria visita los domicilios de los escolares tuberculosos, en misión profiláctica. La matrícula nominal escolar de las Provincias de Lima y Callao asciende a 62,788, y la neta a 57,649; la asistencia, sin embargo, es de 39,788. Las labores realizadas por el Servicio Médico Escolar durante los nueve meses del informe, pueden resumirse así: médico jefe: visitas sanitarias, 149; alumnos examinados, 1,394; certificados, 1,318; etc.; médicos auxiliares: visitas sanitarias, 167; alumnos examinados, 4,714; fisiólogo: alumnos y empleados examinados, 57; vacunadoras: visitas, 150; alumnos vacunados, 18,891. En mayo de 1934 se comenzó a enviar escolares débiles de ambos sexos a las escuelas climáticas del Puericultorio Pérez Aranibar, en Magdalena del Mar, donde no solo reciben instrucción, sino el beneficio de un clima mejor y buena alimentación.

Ese año se enviaron 1,137 escolares y se mantuvo la cifra de los presentes en 200 varones y 100 niñas. Durante los nueve meses de este informe se han enviado 2,002 escolares, y se ha ascendido la cifra de los presentes a 500: 300 varones y 200 niñas. Con respecto a nutrición, el único auxilio que reciben los escolares peruanos es el que proporciona la Cruz Roja por medio de las Copas de Leche, la Junta Prodesocupados con su refectorio, y el Ministerio de Educación Pública con su refectorio del Callao. En las Copas de Leche sirven 1,000 desayunos diarios entre los escolares débiles y mal nutridos. En el refectorio de la Junta Prodesocupados se proporcionan 1,500 almuerzos diarios, y en el del Ministerio de Educación, 3,600 y hasta 3,800. En el Servicio Buco-Dental se atendieron a 2,161 alumnos. Muchos de los locales no reúnen los requisitos necesarios en cuanto a capacidad, ventilación, luz, patios de recreo, etc., especialmente los de propiedad particular, y en otros el mobiliario no guarda relación con la estatura de los alumnos y su construcción no se conforma a los preceptos de la higiene. A fin de ahondar la acción del Servicio, se hacen indispensables y urgentes las siguientes adquisiciones: los servicios de un oculista y otros dos médicos auxiliares, tres dentistas y cuatro enfermeras diplomadas; una partida especial para iniciar una campaña contra el paludismo y las enfermedades de la piel; y el establecimiento de una clínica de nutrición. (Amadeo Vigil, J.: *Rev. Educ.*, 47, dbre. 1935.)

*Escolares de Lima.*—Resumiendo el resultado de un examen verificado en 4,000 niños de las escuelas de Lima, Pardon declara que 94.97 por ciento están infectados crónicamente en distintas proporciones traduciéndose la infección por desarrollo o hipertrofia del aparato linfóideo. La mala calidad de la alimentación contribuye a la infección. Sólo 37 por ciento de los escolares resultaron bien alimentados, siendo la mala alimentación un factor contribuyente a la poca resistencia a la infección. El grado de infección varió sumamente en distintos grupos. (Pardon, E. A.: *Crón. Méd.*, 387, nbre. 1935.)

Según Yori, entre 651 niños del Colegio de Nuestra Señora de Guadalupe, de Lima, y pertenecientes a la clase media, 367, o sea 56.43 por ciento, presentan deficiencia en la nutrición, de acuerdo con el sistema de apreciación de Dummerline. Esta desnutrición obedece a varias causas, principalmente a las alteraciones de la salud, deficiencias en la alimentación, y sobre todo a una falta de vitaminas A, B1, B2 y D. Es indispensable que el niño tenga una ración alimenticia de 80 calorías por kg. de peso y que este valor calórico sea obtenido de la forma siguiente: proteínas, 15 por ciento; grasas, 35 por ciento; hidratos de carbono, 50 por ciento. No obstante tener una ración alimenticia correcta, muchos niños presentan deficiencias en la nutrición, debido a inapetencia o deficiencias metabólicas. (Yori, C. M.: *Rev. Educ.*, 33, dbre. 1935.)

*Escolares de Jamaica.*—En las 9 clínicas dento-escolares de Jamaica se examinaron, durante 1935, 23,449 niños nuevos, comparado con 21,120 en el año anterior. De 5,000 niños de las escuelas primarias, 34 por ciento tenían defectos oculares, en su mayoría conjuntivitis folicular. En las zonas rurales, 90 por ciento manifestaron uncinariasis y 50 por ciento ascariasis. (*Jam. Pub. Health*, 37, mayo, 1936.)

*Tratamiento de la asfíxia neonatal.*—Comenzando por hacer notar que en todo servicio de maternidad deben estudiarse cuidadosamente y anotarse los datos relativos a la frecuencia, etiología y tratamiento de la asfíxia neonatal, McGrath y Kuder declaran que el método de Flagg de la intubación con exposición directa e introducción intratraqueal de una mezcla de 90-95 por ciento de oxígeno y 5-10 por ciento de bióxido de carbono, constituye el tratamiento por excelencia debido a lo fácil que es emplearlo y al resultado beneficioso. Entre 4,865 partos



consecutivos en el servicio de obstetricia del hospital de Nueva York, de marzo 1933 a diciembre 1934, 226 (4.64 por ciento) necesitaron respiración artificial en una forma u otra. En ese período la mortalidad fetal representó 4.4 por ciento y de las 216 criaturas que murieron, 37 (17.1 por ciento) recibieron respiración artificial. De 3,651 criaturas nacidas a término espontáneamente, sólo 90 (2,465 por ciento) necesitaron respiración artificial y la mortalidad fetal en las 90 fué de 6.66 por ciento. Entre 1,064 partos instrumentales a término hubo que emplear la respiración artificial en 115, y en los 115 la mortalidad fetal llegó a 15.6 por ciento. De 14 casos de cordón enrollado en el cuello, murieron 5; de 21 criaturas prematuras (14% de 150) en que hubo que emplear la respiración artificial, murieron 13. Como pauta para la premadurez se acepta un peso de 1,500 a menos de 2,500 gm o una talla total de 35 a menos de 45 cm. (McGrath, J. F., y Kuder, Katherine: *Jour. Am. Med. Assn.*, 885, mzo. 14, 1936.)

*Gemelos.*—Las estadísticas de Colloridi versan sobre sus observaciones en la clínica obstétrica de Milán durante seis años y las del asilo Regina Elena de Milán durante 10 años. En un total global de 30,055 partos, hubo 359 gemelares (1.19 por ciento) y 5 trigemelares (0.016 por ciento). En 1931 las estadísticas generales del reino de Italia rindieron: gemelos 1.3 por ciento, y tripletos 0.015 por ciento. (*Prog. Méd.*, 729, mayo 2, 1936.)

*Regímenes sin leche.*—De su reseña del asunto, Baize deduce que los regímenes sin leche para lactantes, de preparación laboriosa y delicada, deben ser considerados como métodos excepcionales, y reservados para los casos de necesidad imperiosa en lo tocante a aplicación integral. Por el contrario, a título complementario, constituyen un excelente coadyuvante en el eczema y estados hipotróficos infantiles en que interviene la dispepsia producida por la leche de vaca o las harinas. En otros casos, pueden ser aplicados con prudencia antes de los seis meses, y algo más en la época del destete, pero reteniendo en la alimentación el mínimo de leche que parece indispensable para el crecimiento. (Baize, P.: *Gaz. Hóp.*, 1317, sbre. 28, 1935.)

*Distribución geográfica de la acrodinia infantil.*—Guiándose por una encuesta mundial acerca de la presencia general de la acrodinia infantil, Péhu y Boucomont recalcan que no hay estadísticas completas, pues la enfermedad no es de declaración obligatoria ni suficientemente conocida. En Francia la dolencia está bastante difundida sin respetar ninguna parte del territorio. En Bélgica, Holanda y la Gran Bretaña los casos son numerosos. Tampoco faltan en la región nordeste del sur y sudoeste de Alemania. Otros países como Austria, Hungría, Balcanes, Italia, España y Portugal han sido poco atacados y Escandinavia ha permanecido indemne. Fuera de Europa, Australia y Estados Unidos han pagado tributo al mal; de Sur América han comunicado pocos casos. La distribución no parece obedecer a leyes climáticas o geográficas bien definidas. En las regiones afectadas algunos casos son aislados, otros se agrupan en pequeños focos, pareciendo predominar en las localidades rurales de poca población, pues la acrodinia no es un mal urbano que ataque a los grandes centros. En general los casos son esporádicos sin tomar forma de epidemias masivas. (Péhu, y Boucomont, J.: *Gaz. Hóp.*, 686, mayo 9, 1936.)

*Acrodinia infantil en Sudamérica.*—En su trabajo sobre la acrodinia infantil, Bazán y Schteingart apuntan que el primer caso argentino fué el de Garciso y Marque en 1933. Morquio publicó en 1932 uno en el Uruguay; y en Chile, Ortega Janes uno en 1931. Para los autores, la enfermedad se hace cada día más frecuente, desde que fuera reconocida nuevamente en los últimos años en Francia. Los autores describen un caso en una niña de siete años en Buenos Aires. (Bazán, F., y Schteingart, E.: *Arch. Arg. Ped.*, agto. 1935.)

*Mongolismo en el negro.*—Al comunicar un caso de mongolismo en una niña negra de 13 años, Gesell declara que dicho estado es más frecuente en la raza negra que lo que se suele creer habiendo encontrado en la literatura 115 casos y 28 desde 1924 (32 contando el actual) en Estados Unidos. Las estadísticas para los Estados de Massachusetts y para las escuelas públicas indican que la frecuencia es casi igual para la raza blanca que para la negra, siendo respectivamente de 0.27 y 0.32 por ciento para totales de 14,376 y 1,848 alumnos de ambas razas. Entre los blancos de los Estados Unidos el total de mongólicos blancos comprobados subió a 0.0016 y para los negros a 0.00069, pero esas cifras parecen erróneas para los últimos. En la literatura también aparecen casos de mongolismo en los chinos, los japoneses y los indios así como en los semitas. De los países americanos se han comunicado casos en México y Bermuda y otras Antillas inglesas. (Gesell, A.: *Jour. Am. Med. Assn.* 1146, ab. 4, 1936.)

*Mongolismo en Montevideo.*—Martínez y Arancibia presentan 13 casos de mongolismo observados en el Hospital de Niños de Montevideo, en los cuales los antecedentes familiares, la Wassermann y la Kahn, y el cuadro clínico, denotaban la existencia de sífilis. Reconociendo que esta casuística es pequeña, los autores instan a los investigadores a analizar en forma más completa el problema. (Martínez, B. D., y Arancibia, F.: *Arch. Arg. Ped.*, 728, nbre. 1935.)

*Profilaxia escolar.*—Para Smith, los siguientes puntos deben ser considerados por los encargados del cuidado de los niños: a una edad temprana, debe administrarse una vacuna anticoqueluchosa, a dosis suficientes, junto con la antoxina diftérica, sin que al parecer esté contraindicada la combinación de ambas. El sarampión y la coqueluche deben ser enérgicamente precavidos o atenuados en todo lo posible, hasta después de los cinco años. Si ha habido contacto con un caso de sarampión, y un ataque es casi inevitable, debe administrarse suero buscando la atenuación. Para ello, debe tenerse en existencia suero sarampionoso en gran escala, y medios para el diagnóstico bacteriológico de la tos ferina. Puede evitarse mucha pérdida innecesaria de tiempo y molestia, permitiendo que los contactos con casos de sarampión, parotiditis, varicela y roseola epidémica asistan a la escuela, con tal que se les haya mantenido alejados de la fuente de infección apenas se reconociera ésta. (Smith, R. E.: *Practitioner*, 283, sbre. 1935.)

---

## TIFOIDEA<sup>1</sup>

*Estados Unidos.*—Según el *Journal of the American Medical Association*, junio 6, 1936, p. 1983, en 93 ciudades de los Estados Unidos, con una población global de unos 37,500,000 habitantes, hubo en 1935, 385 defunciones de tifoidea comparadas con 470 en 1934. En 24 ciudades no hubo una sola muerte, en tanto que 47 revelaron coeficientes de 0.3 a 1.7 (en 3 de ellas todas las muertes fueron en forasteros); 15 de 2 a 4.7; 7 de 5 a 7.6 y ninguna sobre esta cifra. Para las 78 poblaciones para las cuales hay datos completos desde 1910, el coeficiente de tifoidea fué 0.98 por 100,000 comparado con 1.17 en el año anterior. Ciertas poblaciones grandes del país acusaron los siguientes coeficientes: Nueva York, 0.5; Chicago, 0.4; Detroit, 0.3; Los Angeles, 0.9; Filadelfia, 0.9; Boston, 0.5; y Washington, 2.6.

*Nueva York.*—En la ciudad de Nueva York se denunciaron en 1935, 349 casos de tifoidea o paratifoideas con 34 muertes (4.6 casos, y 0.45 muertes por 100,000 habitantes), lo cual constituye un nuevo fondo bajo para la enfermedad. De paratifoidea hubo 35 casos: 7 de forma A y 28 de forma B. Del total de casos

<sup>1</sup> La última crónica sobre Tifoidea apareció en el Boletín de diciembre 1935, p. 1187.