

Completo

28 MAR. 1936

Puericultura — Española —

**Revista mensual de Puericultura e Higiene infantil.
Organo oficial de la Asociación Nacional de
Médicos Puericultores**

Comité de Redacción

*Doctores: Enrique Jaso, Guillermo Angulo, Luis Pérez de Albéniz, Félix Gil Osorio, Justo Mora,
Pedro Bernal Fandos, Manuel Blanco Otero, Manuel Guero, Félix García Palacios
y Luchsinger.*

Redactor Jefe: Dr. José María Llopis

Administrador: Dr. Antonio Conejo

Correspondencia:

Escuela Nacional de Puericultura, Ferraz, 60

Dirección abreviada:

Pueric.-España

OD
1296



Disponible

Año I.

Abril 1935

Núm. 1

MALTARINA AUTODIGESTIVA EL ALIMENTO MEDICINA

BACA-MALT BACA-MALT se ha obtenido, adicionando a los importantes alimentos constitutivos de Howy (yemas frescas de huevo, leche extracto de Malta y cacao), el Extracto de Aceite de Hígado de Bacalao, la Vitamina D sintética y los Hipotosifos combinados, con lo que se ha conseguido una forma agradabilísima para administrar estos elementos de probada eficacia y al mismo tiempo de proporcionar al enfermo un alimento complementario de un valor nutritivo extraordinario.

Sopa de agrimax (Sopa de «Babeurre»)

SOPA DE AGRIMAX es la Sopa de «Babeurre» en polvo, que se compone de «Babeurre» puro (AGRIMAX), adicionada de crema de arroz y de azúcar de Maltosa (Maltomax).

Se emplea en niños mayores de tres meses.

(Muestras y literatura a petición de la clase médica)
LABORATORIO Y FABRICA DE PRODUCTOS DIETETICOS

MAX F. BERLOWITZ

Madrid (14)

Apartado 595

Alameda, 14

BALNEARIO DE TRILLO FUNDADO EN 1777

Temporada oficial 1.º de julio a 15 de septiembre
CLIMA DE MONTAÑA

TONICO PARA LA INFANCIA

Piel - Sistema nervioso - Reuma

GRANDES ALAMEDAS.—EXTENSO MONTE

A tres horas de Madrid.

Informes: Hotel Leones de Oro, Carmen, 28 - Madrid

Puericultura — Española —

Revista mensual de Puericultura e Higiene infantil.
Organo oficial de la Asociación Nacional de
Médicos Puericultores

Comité de Redacción

*Doctores: Enrique Jaso, Guillermo Angulo, Luis Pérez de Albéniz, Félix Gil Osorio, Justo Mora,
Pedro Bernal Fandos, Manuel Blanco Otero, Manuel Guero, Félix García Palacios
y Luchsinger.*

Redactor Jefe: Dr. José María Llopis

Administrador: Dr. Antonio Conejo

Correspondencia:

Escuela Nacional de Puericultura, Ferraz, 60

Dirección abreviada:

Pueric.-España

SUMARIO

Propósitos.—Lema.—Enseñanzas y errores.—Inmodestia final.—Saludo cordial.—Trabajo original: Vacunación antiescarlatínosa.—Ventajas e inconvenientes de los diversos métodos, por los doctores *E. Jaso Roldán* y *M. Blanco Otero*.—Notas de un viaje, por la señorita *Blanca Bermudo*.—Nociones anatomo-fisiológicas del niño durante la primera y segunda infancia, por el doctor *Jaso*.—Cursillo de conferencias radiadas sobre Puericultura por el doctor *Enrique Jaso*.—Conferencia inaugural de Puericultura, por el doctor *Bermejillo*.—Circular de la Asociación española de médicos puericultores.—Revista de Revistas.—Sociedad de Pediatría de Madrid.—Noticias.—Sección oficial.

PROPOSITOS

Como ideales, grandes; amplios como cumple a quienes saben poner una firme voluntad al servicio de una grata ilusión.

LEMA

Llevar al espíritu de los compañeros todos, esa ilusión; y si voluntad ponen al servicio de ella, los propósitos plasmarán en la realidad.

ENSEÑANZAS Y ERRORES

Nuestras columnas esperan, ávidas de acoger las enseñanzas que en las Instituciones y Centros de todo orden, hayáis podido encontrar; que siempre hallaréis, aun en las dificultades que la realidad oponga, aun en los propios errores: que todo es enseñanza.

«Con frecuencia —dijo alguien— descubrimos lo que debe hacerse, averiguando lo que no debe hacerse. Probablemente quien no haya cometido un error, nunca ha hecho un descubrimiento »

INMODESTIA FINAL

Pese a todo, habremos de glosar otra frase célebre que, al insinuar cuán poca Medicina se sabe, afirmaba.

«Pero esta poca, son los médicos los que la saben.»

PUERICULTURA ESPAÑOLA es por y para los Puericultores.

SALUDO CORDIAL

A todos: Prensa, compañeros, médicos, profanos... y la caricia al niño, que es nuestra revista...





TRABAJO ORIGINAL

Vacunación antiescarlatínosa. Ventajas e inconvenientes de los diversos métodos

POR LOS DOCTORES

E. Jaso Roldán

Profesor de la Escuela Nacional de
Puericultura.

M. Blanco Otero

Médico Puericultor.

El problema de la vacunación antiescarlatínosa tiene entre nosotros muy escaso valor dado el hecho de ser poco frecuente y relativamente benigna esta enfermedad, que causa en las razas anglo-sajonas graves daños. Sin embargo, según De Rudder debe de utilizarse esta inmunización activa en la profilaxis de enfermeras (que se contagian de escarlatina en elevada proporción) y en la vacunación sistemática de los niños ingresados en las Instituciones colectivas (Inclusas, Asilos, Colegios, etc.) para evitar ulteriores brotes epidémicos.

Las técnicas utilizadas en la vacunación antiescarlatínosa activa, han variado progresivamente conforme ha ido evolucionando el concepto etiológico de la enfermedad. Gabritschewsky preparó en 1905 una vacuna mediante estreptococo escarlatínoso, la cual fué usada ampliamente en Rusia, de tal modo que ya en el año 1908 se habían realizado 37.000 vacunaciones.

El descubrimiento por los esposos Dick de la naturaleza específica de una raza estreptocócica como determinante de la enfermedad, volvió a poner de actualidad esta vacuna, olvidada en Centro-Europa en virtud del escepticismo con que se acogía la doctrina estreptocócica de la escarlatina. Los Dick recomendaron vacunas utilizando (igual que para la difteria) la toxina procedente del estreptococo causal. En esta técnica se ponen varias inyecciones con diversos intervalos. La Conferencia Americana sobre la Escarlatina, recomendó inyecciones de 500, 1.500, 5.000, 15.000 y 20.000. Dosis

CEREGUMIL - FERNÁNDEZ

Fernández & Canivell

MÁLAGA

Alimento completo vegetariano
INSUSTITUIBLE EN LAS INTOLE-
RANCIAS GÁSTRICAS Y AFECCIONES
INTESTINALES

Piel (sabido es que se denomina «Dosis Piel» en escarlatina, a la dosis mínima de toxina susceptible de producir la reacción cutánea de Dick); las inyecciones deberían ponerse con intervalos de una semana. Black y Trask aconsejan sólo tres inyecciones de 500, 5.000 y 30.000 Dosis Piel, con intervalos de dos semanas. Gruschka y Schubert utilizan intervalos semanales y dosis de 250, 700 y 5.000 D. P.; eventualmente añaden una cuarta inyección de 10.000 D. P. Según ellos, mediante esta técnica se hace negativa la reacción de Dick previamente positiva, en el 50 por 100 de los casos.

La vacunación mediante toxina, tropieza con las siguientes dificultades: Si se emplean dosis pequeñas no se logra una inmunización. Si se utilizan dosis elevadas se producen reacciones vacunales enérgicas, cuyo aspecto semeja en todo la verdadera escarlatina, lo que hace muy molesta la vacunación. La experiencia ha enseñado que la dosis vacunante total debe de ser, al menos, de 20 a 30.000 D. P. para lograr un efecto positivo, vacunante y éstas dosis suelen acompañarse de gran reacción si se pone en pocas veces; si se parte en numerosas inyecciones pequeñas, se hace muy largo el proceso de la vacunación, con las correspondientes molestias y dificultades.

Análogamente a lo que ocurrió para la difteria, también en la escarlatina se ha resuelto el problema mediante la *anatoxina*, que siendo mucho menos tóxica, consiente inyecciones de 20.000 D. P. sin acompañarse de reacciones generales. Así, Celarek recomienda se vacune mediante la anatoxina obtenida por formolación: A una solución de toxina que contenga 20.000 D. P. por centímetro cúbico, incorpora formol en proporción al 5/1.000 y se mantiene esta mezcla durante seis semanas a 38 grados. Los autores aconsejan se inyecten 20.000 D. P. (1 c. c.) y al cabo de una semana 40.000 D. P. (2 c. c.): Korschung (de Moscú) utilizando esta anatoxina ha realizado 15.000 vacunaciones, no enfermando de escarlatina ninguno de los escolares inmunizados y solo un 1,3 por 100 de los pre-escolares («Kindergarten»). En cambio el grupo testigo enfermó en la siguiente proporción: un 4 por 100 de escolares; un 24 por 100 de pre-escolares. La proporción de enfermos en relación con el grupo testigo, no inmunizado, fué de 1 : 18,5.

También se puede desintoxicar la toxina mediante el ricinoleato sódico. Según Larson y Colby se inyectan 1.000—4.000 D. P. Estos autores negataron el Dick en 96 por 100 de los casos, después de la tercera semana. Perkins (de Claveland) vacunó con esta anatoxina 8.000 niños, obteniendo en este grupo inmunizado una morbilidad de 1 : 2,5 en comparación al grupo testigo.

Aún son más usadas en los últimos tiempos las «vacunas combinadas», que contienen gérmenes según Gabritschewsky y adición de toxina o anatoxina escarlatina. Con esta mezcla, Schlutz (de Minneapolis) vacunó a 13.005 niños, enfermando sólo 25 de ellos, mientras que en 90.200 que componían el grupo testigo, enfermaron 2.187; así, pues, la proporción entre la morbilidad de ambos grupos fué de 1 : 12,1.

APORTACION PERSONAL.

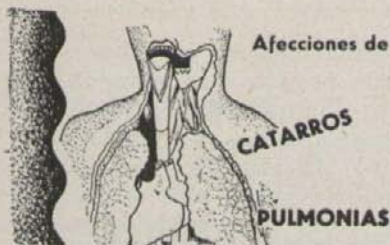
Vacuna de Gabritschewsky.—Hemos utilizado en unos casos esta vacuna, de una afamada firma comercial alemana, que contiene, en c. c. 10.000 D. P. de anatoxina formulada, más 500 millones de estreptococos escarlatinosos. Vacunamos con esta técnica a 52 niñas de 5 a 12 años de edad,

inyectando por vía subcutánea un centímetro cúbico de esta vacuna, repitiendo el Dick (previamente era positivo) a los 10 días, y si continuaba siendo positivo, se repetía la inyección, con nuevos intervalos de 10 días hasta que se negativaba. Con una sola dosis se lucieron negativas 44 de las 52 (84,5 por 100). De las 8 restantes positivas se negativaron sólo dos con la segunda dosis (25 por 100). A los dos meses se repitió la reacción de Dick a todas, comprobando que las seis restantes continuaban siendo positivas, y tres de las que se habían negativado con una sola dosis, se habían vuelto nuevamente positivas. Total de Dick negativos a los dos meses: vacunadas con una dosis, 41; vacunadas con dos dosis, 3. Esto es que a los dos meses, un 15,5 por 100 continuaban siendo positivas.

La inyección de Gabritschewsky no provoca nunca fenómenos generales (ni fiebre, ni vómitos, ni malestar, etc.). La reacción local no es nunca molesta, limitándose a un enrojecimiento inflamatorio evidente, acompañado de manifiesta y poco acentuada inflamación. Dolor existió en la gran mayoría de los casos (76 por 100).

Vacunación con toxina.—Primera serie. Año 1933.—Vacunamos en una primera tanda a 9 niños de tres a nueve años con toxina escarlatínica, siguiendo las normas recomendadas por Black y Trask (500 D. P., intervalo de 15 días; 5.000 D. P., intervalo de 15 días; 30.000 D. P.): El día de la inyección vacunante teníamos al niño en la Enfermería al objeto de vigilar las reacciones despertadas por la vacunación. Se le tomaba cuatro veces al día la temperatura y no se le evacuaba hasta que habían desaparecido los fenómenos generales, o al siguiente día si estos no se presentaban. Después de la primera dosis, 5 se habían negativado (55,5 por 100). Los cuatro positivos restantes continuaban siendo positivos después de la segunda dosis. Después de la tercera dosis (30.000 dosis piel) tres de ellos continuaban siendo positivos para la reacción de Dick. Total de negativaciones de la mencionada reacción con la técnica de Black y Trask: 66,6 por 100.

Reacciones despertadas en esta serie por la vacunación con toxina.—Entre 18 inyecciones vacunantes con toxina se presentó reacción general en 7 casos (38,3 por 100), y consistió en lo siguiente: A las tres o cuatro horas de la inyección se presentan vómitos biliosos acompañados de cefaleas y quebrantamiento. Al día siguiente se comprueba una erupción escarlatíniforme de diversas intensidad y amplitud, según los casos; unas veces semejante en todo a la verdadera escarlatina, y otras es discreta, más intensa en cara interna de muslos y en tórax. Los ganglios periféricos pueden infartarse en su totalidad, particularmente cuando el exantema es intenso. En cavidad bucal se comprueba: faringitis intensa, lengua saburral y en ocasiones, estomatitis de Comby y enantema fino en paladar blando. El fe-



Afecciones de las vías respiratorias

HEPATOBRON

PECTORAL FORTIFICANTE

DEL
DR. GRAÍÑO

nómeno de Rumpel-Leede es constantemente positivo (fragilidad capilar), la resistencia de las paredes de los capilares medida con el aparato de Jaso, da cifras de 3,5 centímetros de mercurio (normal, 15-20). El análisis morfológico de la sangre dió en tres casos los siguientes resultados:

ELEMENTOS	Guillermo cinco años	Valentina siete años	Marina seis años
Linfocitos	7	22	12
Grandes mononucleares	1	2	1
Formas de transición	1	1	1
Polinucleares	90	72	81
Eosinófilos	1	3	0
Mielocitos	0	0	5

O sea, una «fase de lucha» evidente.

El «fenómeno de extinción» de Schultz-Charlton se investigó en todos los casos utilizando suero terapéutico, con resultado constantemente negativo.

La duración del exantema es de uno y medio a dos días. La fiebre presentaba habitualmente la siguiente marcha: una brusca elevación, remitiendo al siguiente día y definitivamente al tercero.

VACUNACION CON TOXINA.—*Segunda serie. Año 1935.*—Habiéndose dado en el curso de este año algunos casos de escarlatina, procedimos como es habitual a practicar la reacción de Dick en todos los niños del mismo departamento del que procedían los casos de enfermedad; el resultado de la prueba se expresa en el cuadro siguiente:

GUADRO I

Resultado de la prueba de Dick.

	N.º de casos	Porcentaje
Dick positivos	29	43
A. Negativos, pseudo-positivos	(25)	(33)
B. Negativos, pseudo-negativos	(13)	(24)
Total de negativos (A+B)	38	67
Totales	67	100

De los 67 niños, resultó positivo el Dick en 29, o sea, un 43 por 100, casi la mitad. Los 29 niños que dieron resultado positivo fueron vacunados con toxina Dick, siguiendo la técnica de Black y Trask anteriormente descrita (a los niños menores de 3 años se ponía la mitad de la dosis solamente). Después de dos inyecciones de toxina, la reacción de Dick se hizo negativa en la totalidad de los niños vacunados (un mes después de la última dosis vacunante). A pesar de este éxito inmunobiológico, no creemos pueda aconsejarse esta técnica de inmunización, dada la intensidad de las reacciones desencadenadas por las inyecciones.

REACCIONES DESPERTADAS, EN ESTA SERIE, POR LAS IN-

YECCIONES DE TOXINA.—La inyección de la primera dosis (500 unidades piel) no produjo trastorno alguno mientras que la segunda dosis (5.000 D. P.) fué seguida inmediatamente de síntomas tóxicos tumultuosos. En efecto, a las dos horas de efectuar la inyección recibimos aviso urgente de asistencia a los niños vacunados, los cuales se hallaban bajo un alarmante cuadro, cuyos síntomas más destacados eran: fiebre elevada (más de 40 grados), pulso filiforme hasta cerca de 200 pulsaciones por minuto, palidez extrema, postración y cianosis evidente, mirada fija, e intensos vómitos y diarrea. Subsaltos tendinosos, jactación. Horas más tarde iban declinando en su intensidad parte de estos síntomas en algunos enfermos, mientras se acentuaban en otros en que el trastorno comenzó siendo más ligero. Por la tarde del mismo día brotó en la mayoría de los casos un exantema de tipo escarlatiniforme por todo el tronco, miembros y mejillas (enrojecimiento), que persistió varios días. El mismo día hubo casos con petequias espontáneas, pero no obstante hicimos desde el siguiente día la determinación del signo del lazo (Rumpel-Leede) que resultó positivo en la mayor parte de los casos. Para que la analogía con la escarlatina fuese mayor, no faltó en la casi totalidad de los niños vacunados, faringitis y hasta lengua aframbuesada. También a las 24 horas de la aparición de los primeros síntomas practicamos análisis de orina y fórmula con recuento globular. En la orina encontramos albúmina o indicios de la misma en casi la mitad de los casos y variados hallazgos en el sedimento (siempre abundantísimo) que va desde urato ácido de sodio a los cilindros hialinos, granulados y lipoideos, pasando por las células epiteliales, hematíes y piocitos. Esta variada serie de elementos urinarios, algunos que sólo se observan en las formas graves de lesiones renales indican el grado de reacción tóxica sufrida por el riñón de estos niños (1). Sobre el resultado proporcionado por el recuento globular y la fórmula leucocitaria insistimos más adelante.

El número de casos intoxicado ha sido de 23 entre el total de los 29 vacunados, o sea un 79 por 100. En el cuadro II se exponen esquemáticamente los síntomas presentados y el porcentaje de frecuencia de los mismos.

CUADRO II

Frecuencia con que aparecieron los diversos síntomas tóxicos.

SÍNTOMAS	Número de casos	Porcentaje
Fiebre	21 (de 21 observaciones)	100
Taquicardia	21 (de 21 ídem)	100
Vómitos	16 (de 21 ídem)	76
Diarrea	12 (de 21 ídem)	57
Exantema	13 (de 21 ídem)	66
Rumpel-Leede+	17 (de 21 ídem)	81
Faringitis	19 (de 21 ídem)	90
Lengua aframbuesada	17 (de 21 ídem)	81
Albuminuria	8 (de 18 ídem)	44
Sedimento anormal	16 (de 18 ídem)	88
Alteraciones hematológicas	18 (de 19 ídem)	94

(1) Es normal en la orina de los niños, así como en la de los adultos la existencia de ciertos elementos en módica proporción, de los cuales suelen considerarse patológicos. Los casos que estudiamos, escapan con mucho a los modestos límites de estos hallazgos normales.

Del cuadro adjunto se deduce la extraordinaria frecuencia con que se presentaron, en general, todos los síntomas, pues aun la albuminuria (que fué la que menos veces apareció) la observamos en casi la mitad de los casos, aumentando los restantes síntomas de frecuencia, notándose exantema en las dos terceras partes de los casos, diarrea en algo más de la mitad, vómitos y enantema en las cuatro quintas partes aproximadamente, para llegar la casi totalidad a presentar alteraciones hematólogicas y en el sedimento urinario; finalmente, fiebre y taquicardia en todos los casos. Algún otro síntoma, como epixtasis ha sido observado en algún caso así como cefalalgia y disnea el primer día, sin pasar nunca de 40 resp. por minuto. Y en algunos, reacción local en el punto de la inyección. Con enrojecimiento y tumefacción.

La duración total de los trastornos oscila entre 3 y 5 días, siendo lo más frecuente que haya durado unos cuatro o cinco (V. Cuadro IV).

CUADRO IV

Duración de los trastornos en conjunto.

Días	N.º de casos	Por 100
3	3	14
4	6	28
5	9	43
6	2	10
7	1	5

Los síntomas de mayor persistencia fueron la faringitis, la fiebre y el exantema, que aunque declinando líticamente duraron en la mayor parte de los casos, cuatro días, y los de menos duración fueron los vómitos y la diarrea, aunque en algunos casos se observaron repetidamente durante varios días de la afección. En el cuadro que sigue se verá más clara esta idea.

CUADRO V

SÍNTOMAS	DURACION más frecuente	LÍMITES extremos
Diarrea	1 día.	1-5 días.
Vómitos	1 día.	1-3 días.
Rumpel-Leede+	3 días.	2-6 días.
Exantema	4 días.	1-4 días.
Fiebre	4 días.	2-6 días.
Faringitis	5 días.	3-6 días.

Influencia de la edad.—Respecto al influjo que la edad de los niños vacunados pueda tener en la frecuencia de los síntomas tóxicos nos remitimos al cuadro VI, en el que se resumen los datos obtenidos del estudio de nuestros casos. Como se ve, la mayor frecuencia se presenta entre los 2 y 3 años y entre los 5 y 6, pero el número total de casos es pequeño para obtener una conclusión firme.

CUADRO VI

EDAD	Número de casos vacunados	Número de reac. tóxica	Por 100 de reac. tóxica
De 1-2 años	1	0	0
De 2-3 años	6	6	100
De 3-4 años	12	9	75
De 4-5 años	7	5	71
De 5-6 años	3	3	100
Total	29	23	—

Influencia de la intensidad de la reacción de Dick en la aparición de reacciones tóxicas.—Nosotros distinguimos cuatro grados de intensidad en la prueba de Dick, según el área de extensión cutánea de enrojecimiento e infiltración:

+ = Merca de 50 mm².
 ++ = De 50 a 100 mm².
 +++ = De 100 a 500 mm².
 ++++ = Más de 500 mm².

Para obtener el área multiplicamos entre sí los dos diámetros máximos de la zona de reacción cutánea y el resultado por el factor 0,785.

En el total de casos estudiados obtuvimos los siguientes resultados.

CUADRO VII

DICK	Vacunados con o sin reac. tóxica	Porcentaje
+	16	55 0/0
++	7	23 0/0
+++	6	22 0/0
++++	0	0 0/0
Total	29	100 0/0

O sea, una frecuencia en razón inversa de la intensidad de la reacción de Dick, tanto en los intoxicados como en los no intoxicados.



HEPATORRADIL

FÓRMULA: Principios solubles de hígados frescos. - Extracto de malta sometido a la acción de los rayos ultravioleta. - Iodo naciente (métodos BEAUDIN y COURTOT). - Arsénico. - Fósforo. - Calcio y jarabe de rábano perfeccionado. (VITAMINAS A, B, C, y D.)

LABORATORIOS GRAÏNO

CUADRO VIII

Con reacción tóxica			Sin reacción tóxica	
Dick	N.º de casos	Por 100	N.º de casos	Por 100
$\pm$	11	47,5 $\frac{0}{100}$	5	83,3 $\frac{0}{100}$
+	7	30,6 $\frac{0}{100}$	0	0,0
++	5	22,0 $\frac{0}{100}$	1	16,7 $\frac{0}{100}$
+++	0	0,0 $\frac{0}{100}$	0	0,0
Total	23	100 $\frac{0}{100}$	6	100,0

Es decir, que tanto los que sufrieron reacción tóxica como los que no, eran en su mayoría niños que previamente habían dado un Dick muy ligero. Y por otra parte, las fuertes reacciones de Dick (+ +) se presentaron con poca diferencia entre uno y otro grupo (22 por 100 los intoxicados y 16 por 100 los no intoxicados).

Intensidad del Dick e intensidad de la reacción tóxica.—Estudiando, comparativamente, el grado de intensidad de la reacción tóxica con la intensidad del Dick, recurrimos a la siguiente pauta calificativa de aquella:

+++=(Muy fuerte)=Fiebre+Taquicardia+Exantema+Vómitos+Diarrea+Albuminuria.
 ++=(fuerte)=Fiebre, más taquicardia, más exantema, más vómitos, más diarrea, sin albuminuria.
 +=(ligera)=Fiebre, más taquicardia, con o sin exantema, sin vómitos ni diarrea ni albuminuria.

De acuerdo con esta clasificación vemos por el cuadro siguiente (número IX), que a la reacción de Dick débil (dudosa) ($\pm$) correspondieron en un 91 por 100 de los casos, reacciones tóxicas «muy fuerte» y contrariamente a lo que parecía lógico suponer, las reacciones tóxicas débiles sólo se presentaron en un 9 por 100.

A los casos con reacción de Dick ligera (+), en cambio, correspondió un mayor número de reacciones tóxicas «ligeras» que al grupo anterior (28,5 por 100) y uno menor de reacciones «fuerte» y «muy fuerte» (71,5 por 100).

Únicamente al grupo de reacción «clara» (+++) corresponden los casos en que todas las reacciones tóxicas son «fuertes» y «muy fuertes» y ninguna «débil».

En nuestro número próximo daremos comienzo a la publicación de interesantes conferencias sobre instituciones, bien oficiales o particulares, en relación con el niño.

CUADRO IX

Intensidad de la reacción de Dick e intensidad de la reacción tóxica.

Intensidad de la R. de Dick		Intensidad de la reacción tóxica							
		Número de casos				Porcentaje			
		Total	+	++	+++	+	++	+++	Total
Dudosa	+	11	1	5	5	9	45,5	45,5	100
Ligera	+	7	2	3	2	28,5	43	28,5	100
Clara	++	5	0	3	2	0	60	40	100
Totales		23	3	11	9	13	48	39	100

Por el mismo cuadro puede verse que la reacción tóxica «fuerte» fué la que se observó con más frecuencia (48 por 100); le sigue la «muy fuerte» con un 39 por 100, y, por último, los síntomas tóxicos «ligeros» que se presentaron tan sólo en un 13 por 100 de los casos.

Influencia de la seudorreacción.—Del total de los 67 niños probados para la reacción de Dick la seudorreacción fué positiva en un 37 por 100, y negativa en el 63 por 100. Al estudiar la posible relación que pueda existir entre la seudorreacción y la patogenia de la toxicosis despertada por la vacunación, obtuvimos el siguiente resultado: En los seis casos que no reaccionaron tóxicamente a la inyección de toxina, la seudorreacción había sido en todos ellos negativa.

CUADRO X

Influencia de la seudorreacción en el determinismo de las reacciones vacunales tóxicas.

Vacunados sin reacción tóxica (21 por 100)			Vacunados con R. tóxica (79 por 100)	
Reacciones	N.º de casos	Porcentaje	N.º de casos	Porcentaje
Seudonegativas	6	100	14	61
Seudopositivas	0	0	9	39

En cuanto a los intoxicados, se observa, al contrario, la existencia de seudorreacciones positivas hasta un 39 por 100, o sea, un elevado porcentaje de reacciones nucleoproteínicas. Resumiendo, podemos decir que es evidente, en estos casos, cierta relación de dependencia entre el sentido de la seudorreacción (positiva) y la aparición de reacciones tóxicas intensas a la vacunación.

Hematología.—Los recuentos globulares practicados en 22 casos a las 24 horas de aparecer los síntomas tóxicos demuestran que el número de leucocitos que con más frecuencia se observó es el que oscila entre 20.000 y el normal para la edad correspondiente, calculado según la tabla de Karnitzky:

CUADRO XI

Recuento leucocitario en los casos intoxicados (al segundo día de enfermedad)

	N.º de casos	Porcentaje
Leucopenia	2	9
Número normal	9	41
Leucocitosis	11	50
Total	22	100

En 19 casos hemos efectuado recuento diferencial, también a las veinticuatro horas de aparición del síndrome tóxico, encontrando a todos los niños en «fase de lucha» o en «fase de defensa monocitaria» (58 y 36 por 100 respectivamente); un solo caso dió fórmula leudocitaria normal y ninguno reveló «fase linfocitaria curativa». Reproducimos a continuación algunas de las fórmulas hemáticas típicas dominantes:

ELEMENTOS	F.º 12420 2 a.	F.º 11913 3 a.	F.º 12455 2 a.	F.º 12448 2 a.
Mielocitos	0	0	0	0
Juveniles	2	3	0	0
En cayado	2	8	2	1
Segmentados	71	55	37	60
Linfocitos	16	31	34	25
Monocitos	9	3	25	13
Eosinófilos	0	0	1	1
Basófilos	0	0	0	0
FASE DE	LUCHA	LUCHA	MON. DEF.	MON. DEF.

Los resultados hematológicos nos hacen pensar más bien en el origen meramente tóxico, que en el anafiláctico de los trastornos estudiados. Como es bien sabido, la leucopenia y la eosinofilia son dos de las más importantes características hematológicas de los fenómenos anafilácticos o alérgicos, las cuales faltan completamente en nuestros casos. Sin embargo, debemos de hacer notar que según Vidal, Abrami y Brissaud la leucopenia del choque anafiláctico se trueca al cabo de una hora en aumento del número de los leucocitos. En la escarlatina es característico el aumento de glóbulos blancos, hasta hiperleucocitosis, con neutrofilia y desviación nuclear regenerativa y monocitosis, todo lo cual coincide con nuestros casos de reacción tóxica por vacunación con toxina. Solo difieren en cuanto a la eosinofilia de la verdadera escarlatina, pero en esta enfermedad sólo se presenta después de dos días de exantema, coincidiendo con un elevado número de neutrófilos y esta excepcional existencia, en contraposición con las demás enfermedades infecciosas, hace que Stäubli, entre otros, se resista a incluir a esta enfermedad entre las infecciosas bacterianas (Hottlinger y Schlossmann). Por otra parte, en los eritemas tóxicos sépticos no suele aparecer en la sangre ningún eosinófilo (Naegeli).

Naturaleza de las reacciones generales.—La naturaleza de las reacciones despertadas por la inyección de la segunda dosis de toxina escarlatinosa es a nuestro entender compleja; mezcla de reacción anafiláctica proteínica y de reacción meramente tóxica. A favor de la idea de que son meramente tóxicos los fenómenos acaecidos, hablan ciertos hechos, a saber: Si sólo

de reacciones tóxicas se tratase, estas serían tanto más acentuadas cuanto más intenso hubiese sido precedentemente el resultado de la reacción de Dick, demostrando la escasa cantidad de antitoxina que posea el correspondiente individuo; ahora bien, nada de esto ha ocurrido. En cambio si guardó relación de la aparición de los fenómenos tóxicos con la existencia previa de gran porcentaje de seudorreacciones positivas, mientras que los casos que escaparon a la citada fenomenología general fueron negativos a la seudorreacción. Parece inducir este hecho la posibilidad de que se tratase (en parte de los síntomas, al menos) de una reacción anafiláctica o de hipersensibilidad proteínica desencadenada en unos organismos sensibilizados a la proteína inespecífica de la toxina Dick. En efecto, según Ando y Ozaki la seudorreacción obedece a la existencia en la toxina de nucleoproteínas contenidas en el filtrado; si admitimos que la toxina empleada en la vacunación era excepcionalmente rica en tales nucleoproteínas inespecíficas (como lo confirma la abundancia de seudorreacciones en comparación con las obtenidas con otras toxinas), nada más fácil que considerar que los graves fenómenos bruscamente acaecidos a raíz de la segunda inyección fueron mera y simplemente un choc anafiláctico proteínico. A favor de esta interpretación aboga la gran analogía del cuadro clínico ocurrido con el del verdadero choc; también puede traerse a cuento la rapidez con que se establecieron los dichos fenómenos, y la ocurrencia de hipoeosinopenia, ya que según Kammerer, «toda oscilación acentuada de la curva de eosinofilia en sentido ascendente o también descendente consecutivamente ocurrida a la inyección de una sustancia ordinariamente indiferente, constituye un dato de valor para establecer el diagnóstico de «reacción alérgica».

Pero no todo el cuadro es de esta índole alérgica, pues los síntomas persistentes después de haber pasado ya el grave choc inicial (exantema, faringitis, diarrea, etc), semejan extraordinariamente a los de la verdadera escarlatina y son seguramente de índole puramente tóxica-escarlatinosa. Parece confirmar este modo de ver, el hecho de que esta reacción duradera tóxica sea tanto más frecuente cuanto más intensa había sido precedentemente la reacción de Dick (menor cantidad de antitoxina en sangre); así, la r. duradera se presentó en un 25 por 100 de los casos con reacción de Dick dudosa; en un 62,5 por 100 de los casos con reacción de Dick ligera y en el 100 por 100 de los casos con reacción de Dick clara.

Comentario.—La comparación de los resultados obtenidos mediante la vacunación con «vacuna combinada de Gabritschewsky» y con toxina Dick, pone de relieve la absoluta inocuidad de la primera, frente a la peligrosidad de la segunda, particularmente si se trata de una toxina mal purificada que produce abundantes seudorreacciones. En este último caso, no dudamos en calificar la vacunación de tan perjudicial como la misma escarlatina que se intenta evitar (nos referimos naturalmente a la benigna infección propia de nuestra raza y clima). Debe, por ende, darse la preferencia a las «vacunas combinadas» o a las anatoxinas en la vacunación antiescarlatinosa, mientras que debe desecharse la vacunación con toxina, en tanto no se suministre ésta libre de nucleoproteínas susceptibles de desencadenar peligrosas reacciones alérgicas.

RESUMEN.—Los autores han vacunado contra la escarlatina a noventa niños Dick positivos, utilizando la toxina Dick en unos, y la vacuna de Gabritschewsky más anatoxina en otros. Esta última técnica no produjo reacciones generales, y sí la vacunación con toxina. Se hace un estudio de la fenomenología y naturaleza de dichas reacciones tóxico-alérgicas.

NOTAS DE UN VIAJE

POR LA SRTA.

Blanca Bermudo

Enfermera del Estado. Pensionada por la Fundación Rockefeller.

En New-York.—Clínicas de Puericultura.—Servicios de enfermeras de Salud Pública.

He podido observar que las Clínicas de Puericultura en los Estados Unidos de América son innumerables y tienen una íntima conexión con todos los Hospitales que tienen servicios de Pediatría y Centros de Maternidad. Organizaciones particulares, sostenidas por donaciones privadas, surgen por todas partes; allí donde un grupo de mujeres se reúne por cualquier motivo, y sobre todo en las barriadas populares, aunque estén ya establecidas las del Estado con solo este propósito, se fundan y sostienen, desenvolviéndose dentro de sus propios medios, sin que por otra parte surja el menor rozamiento por cuestiones de jurisdicción, ya que tan pronto se planea una Clínica, las partes directivas se ponen en contacto con las ya existentes, y con espíritu de perfecta responsabilidad se delimita el área de trabajo de cada una. En la mayoría de estas Clínicas privadas, la madre es invitada a que pague 0,10 cts, pero esto no es nunca, ni una obligación, ni un mejor servicio; es sólo un deber, que en honor del pueblo americano he de decir, se observa como una obligación.

En estas Clínicas, la intensa labor que hace la enfermera, no será comprensible para muchos, pero es preciso hacer constar que es tan importante, que, como dato de interés, conviene indicar que el primer contacto es efectuado por ella en la casa, y, en muchos casos —la mayoría—, hasta después de sucesivas visitas, la madre no recibe la orden de asistencia a la Clínica.

Los niños se consiguen por diferentes medios; unas veces por la llamada de los padres; otras, por recomendación del medio familiar, basando en este caso el primer contacto que se efectúa en la casa materna, para ser enviado a la Clínica.

A la primera llamada, la enfermera efectúa la visita a domicilio, poniéndose en contacto con los padres, estudiando el ambiente, los medios de vida y cuanto constituye interés para el mejor servicio.

No siempre en este primer contacto se obtienen los datos precisos, o la disposición de los padres referente a sus hijos, dependiendo tal vez el éxito futuro de la enfermera en esta primera visita de la delicadeza y tanto con que la encauce, llevando

Nociones anatomo-fisiológicas del niño durante la primera y segunda infancia

Apuntes del Dr. JASO

para la Sección de Visitadoras Puericultoras de la Escuela Nacional de Puericultura



MADRID
IMPRENTA MARTOSA
Leganitos, 46, Teléfono 34247
1935

ciado con deposiciones de color amarillento y hacia el 4.º día, éstas son normales y presentan, en el niño sano criado al pecho, un color amarillo oro.

Si el niño no expulsa el meconio puede suceder que haya nacido sin perforar el recto; puede comprobarse introduciendo una sonda de goma, suavizada con vaselina. A veces el meconio es muy espeso y forma una especie de tapón, difícil de eliminar; en este caso debe darse aceite de oliva para ayudar a su expulsión.

Pero si existe imperforación del recto, debe intervenir el médico inmediatamente, quien adoptará medidas según la índole de la impermeabilidad, estrechez u obstrucción del conducto.

Orina.—La orina del recién nacido presenta frecuentemente en suspensión una substancia rojiza anaranjada, que deja manchitas encarnadas en el pañal. Este es un fenómeno pasajero que no tiene importancia y es producido por el ácido úrico que determina un infarto del riñón y luego se elimina de golpe coloreando la orina del modo antes dicho.

Es lo que se llama *infarto ácido úrico* de los recién nacidos.

Pelo.—El pelo abundante, en forma de moño, que presentan algunos niños al nacimiento, no tiene nada que ver con el pelo que tendrá más adelante. Este pelo se cae (hacia el segundo mes), lo mismo que

El niño empieza a vivir por sí mismo; toma la sangre del intestino y se nutre con ella. Como sus pulmones empiezan a funcionar, la sangre tiene oxígeno y se hace roja. Pero queda el cordón umbilical, constituido por la vena y las arterias envueltas en una cubierta gelatinosa, que se secan al ser cortado aquél. El proceso de desecación continúa y cae el cordón umbilical; deja entonces una herida redondeada que constituirá después el ombligo. Hacia el quinto día del nacimiento se desprende el trozo de cordón umbilical que quedó adherido al niño y se cierra la herida umbilical; pero si no se tienen los cuidados higiénicos necesarios, sobreviene, aprovechando esta puerta de entrada, alguna de las múltiples infecciones que en ocasiones son tan graves que llegan a determinar la muerte del recién nacido.

Las *deposiciones* del recién nacido son muy diferentes a las del lactante. Constituyen el llamado *meconio* y son como una especie de pez, negra y pastosa, que deja una mancha indeleble. Este meconio es producido por el acúmulo en el intestino del feto, durante el embarazo, de los residuos de las materias alimenticias procedentes de la madre. Puede expulsarse en varias veces (la primera suele tener lugar durante el parto, sobre todo si éste ha sido largo). A los dos días, con las primeras heces de la madre, el meconio aparece mez-

sospechas; hay algo patológico y es preciso que el niño sea reconocido por el médico.

Debido a la rubicundez o período de congestión antes indicado, sobreviene un desprendimiento cutáneo; la piel se pone arrugada y cae en forma de escamitas o *pellejus*; esto es lo que se llama *descamación fisiológica* del recién nacido. Pasado este período de descamación el niño presenta la coloración definitiva.

Al mismo tiempo que esta descamación se observan unos puntitos blancos en la nariz y mejillas de los recién nacidos; corresponden a glándulas sebáceas y son dados al mismo proceso de descamación que se verifica en la piel.

Extraordinaria importancia tiene el *ombligo*. Sabemos que durante su vida uterina, el niño es alimentado a través del cordón umbilical; sabemos también que por éste van vasos sanguíneos; una vena y dos arterias. La vena lleva la sangre de la madre al feto; las arterias la llevan desde éste a la madre. Cuando se verifica el nacimiento, se corta el cordón umbilical y el niño no se nutre ya con la sangre de la madre; sus pulmones, que no funcionaban, porque la sangre oxigenada era suministrada directamente por la madre, empiezan a respirar. La circulación, que se había unida a través de la placenta a la circulación materna, se hace independiente.

El desarrollo caracteriza a la infancia y, por tanto, su estudio debe proceder a todo estudio fisiológico.

La primera infancia es el período de la vida en que el desarrollo en peso y talla es proporcionalmente mayor y más rápido. El sistema nervioso, los órganos de los sentidos, todo el organismo se edifica y se perfecciona. Las funciones de nutrición constituyen casi toda la vida del niño; en los primeros meses éste no hace más que mamar y dormir.

La infancia es también el período en que el niño sufre las más profundas modificaciones que hacen de él un hombre. Un niño no es un hombre pequeño; no solamente se diferencia en cuanto al tamaño, sino también en ciertos detalles de funcionamiento y de estructura.

En la infancia se distinguen edades diferentes, porque cada una tiene caracteris-

ticas importantes y son diferentes los cuidados que el niño requiere.

La primera infancia comprende desde el nacimiento hasta los dos años y medio; la segunda desde los dos años y medio hasta los seis; la tercera, desde los seis hasta los doce o catorce años; a ésta se la llama también edad escolar.

En el curso del desarrollo deben hacerse también ciertas divisiones en cuanto a edades; son las siguientes:

Recién nacido.—De 0 a 15 días. (Comprende desde el nacimiento hasta el momento en que cicatriza la herida del cordón umbilical.) El niño entonces deja de ser un recién nacido y pasa a ser un

Lactante.—De 15 días a un año. (O sea, un niño que toma leche, un «niño de pecho», que se dice en España.)

Niño pequeño.—Segundo y tercer año de la vida. (En este periodo el niño se alimenta ya de modo distinto. Además aprende a andar y aprende a hablar.)

Edad pre-escolar.—De cuatro a seis años. Edad de las enfermedades infecciosas, que se continúa con la

Edad escolar.—De 6 a 14 años.

Viene después la

Pubertad.—14 a 18 años, que en la mujer se adelanta un poco (desde los 12 generalmente), durante la cual el niño se convierte en hombre y la niña en mujer.

El recién nacido debe ser descrito con

todo cuidado, porque hay algunos detalles anatómicos y fisiológicos de esta edad, que de no conocerse podrían parecer anormales.

Aspecto.—El recién nacido tiene la cara hinchada; los ojos cerrados; aparece barritado por una especie de sebo llamado *Vernix-Casosa*, materia grasienta, de color blanqueco. Algunos médicos afirman que este sebo es una especie de alimento para la piel del recién nacido, y que no debe ser quitado; pero esta razón no debe ser atendida en gracia a la suciedad que supone.

Al ser quitada esta capa sebácea, el recién nacido aparece con un color rojo encendido; esto es absolutamente normal y se llama *eritodermia de los recién nacidos*. Es debida, en parte, al contacto repentino de la luz y del aire, que excitan la epidermis y congestionan los vasos cutáneos. Este color rojo encendido desaparece pronto y el tono se hace amarillento, pasando por el anaranjado.

Este color amarillo constituye la *ictericia* de los recién nacidos o *ictericia fisiológica*. Es un proceso normal que ocurre en la inmensa mayoría de los casos; aparece en los primeros días y dura hasta la primera semana o mediados de la segunda. Si el color amarillo no desaparece hacia el fin de esta segunda semana, sino que va adquiriendo mayor intensidad y se hace cada vez más pronunciado, debe despertar

al ánimo de sus interlocutores —en este caso los padres del necesitado— la confianza que es necesario depositar en quien, como ella, ha de ser la guía del mejoramiento de los suyos.

No debe olvidarse que muchas de estas llamadas responden a la necesidad de obtener una ayuda económica, problema de todos los países y en todas las latitudes, y el niño pasa a ocupar un plano secundario. En estos casos la labor se reduce a dar el parte correspondiente a las organizaciones municipales, dejando para visitas sucesivas la cuestión que la llevó al lugar y quedó planteada.

Cuando la madre acude a la Clínica se procede a observar, en departamento adecuado, la forma en que desnuda al niño, estudiando la manera de cogerle, cómo está vestido, cuál es su estado de higiene y otros detalles que no pueden escapar a la pericia del observador. Si de la enfermera, procederá a demostrar la forma sencilla y práctica que debe seguirse, la forma de cogerle en brazos, y dará una demostración precisa y concreta, sobre todo en los casos en que se trate de primerizas, confirmando sólo estos datos la frase conocida de que «no basta tener un hijo, para ser madre».

Después se toma la temperatura y peso del niño, invitando a la madre a la repetición de ello, con las demostraciones de cómo ha de hacerse y cómo debe ser cogido.

Vestido el niño, pasan madre e hijo a otro departamento, donde un cambio de impresiones con la enfermera, le pone de relieve que esas pesadillas de las madres porque el hijo no duerme, llora, tiene escocidas las piernas y otras mil pequeñeces, son cosas que generalmente se solucionan con higiene. Durante esta breve conferencia, la enfermera tomará al niño en sus brazos, colocándolo en posición cómoda, y en los veinte minutos que la conferencia dure, apro-

ximadamente, se observará cómo el nerviosismo de los niños obedece a la falta de tranquilidad que deben tener, evitando que sus nerviecillos se irriten.

Después de esta primera entrevista y primera visita a la Clínica, el niño es reconocido por el médico, quien con el historial obtenido desde el primer contacto puede formar concepto claro del ambiente en que el niño se desarrolla.

Si después del examen médico es necesario explicar a la madre algo preciso e interesante, vuelve a intervenir la enfermera.

No es preciso en todas las visitas que la madre efectúe a la Clínica el reconocimiento médico del niño. Este se hace salvo órdenes, si la madre ha observado algo anormal, o cada seis meses. También se les reconoce a los niños antes de ser vacunados, y si es lactante artificial, cada mes o cuando es preciso el cambio de fórmula.

Generalmente, en los niños normales, por órdenes standards para cada período, la enfermera procede al cambio de alimentación. Aquí es donde los conocimientos dietéticos que posea han de rendir en una labor intensa, dando en cada caso el consejo apropiado, con el cuidado puesto en que ha de hacerse todo con un mismo trabajo y el máximo rendimiento, ya que en todas partes persisten las viejas ideas sobre alimentación infantil, y es precisamente donde la enfermera americana obtiene sus mayores triunfos.

Lo mismo ocurre con las ropas de los bebés ya que en un corto período de tiempo ha conseguido un cambio radical, hasta el punto de que ya nada queda de lo antiguo.

El niño no usa faja desde los diez días, o antes, bastándole una camisilla y braguita, según la época, de una u otra clase de tejido, que puede ser franela o linón. La braga será

recta, nunca en pico, y se le cubrirá con un vestidito que le cubra hasta los pies, no más, abierto completamente por la espalda, y se le envuelve en unas mantas cuadradas, quedando típicamente como un estuche, que sin molestarle en sus movimientos, le libra de las inclemencias de la temperatura, y por su facilidad para la limpieza, permite que sea lavada cuando sea necesario.

Tal vez nos parezcan a los españoles estos niños menos «muñecos» que los nuestros, pero han ganado en comodidad, higiene y baratura en el vestido.

Los niños acuden a estas Clínicas, generalmente, hasta los tres años, y hay en las mismas una habitación o terraza destinada a local de juego, en tanto las madres esperan. Dejando a los niños en completa libertad y vigilados es donde la madre puede

estudiar mejor al hijo que, creyéndose solo y dueño de sí, muestra sus predilecciones. Allí pueden verlos felices con unos juguetes en franca camaradería son sociables. He visto y comprobado que, desde los veinte a los veintiséis meses, los niños jugaban durante horas y horas con unos sencillos trozos de maderas de diferentes colores y tamaños, pasando agradablemente el tiempo y nada más sencillo podía pedirse.

Y para terminar estas impresiones, diré que, la cooperación de la familia está conceptuada como única para corresponder al esfuerzo realizado por la enfermera bajo la dirección médica.

BLANCA BERMUDO

Madrid, marzo de 1935.

Boletín de suscripción

Don

con residencia en provincia de

calle de núm., se suscribe a

“Puericultura Española” por tiempo de (1) cuyo importe de pesetas doce,

emito.

Firma del suscriptor

(1) Un año.

Cursillo de conferencias radiadas sobre Puericultura

organizado por la Asociación Española de Médicos
Puericultores Titulados

PRESENTACION

por el Presidente de la Asociación,

Dr. Enrique Jaso

Profesor de la Escuela Nacional de Puericultura.

Señores radio oyentes: Después de las elocuentes y cálidas palabras pronunciadas por el Excmo. Sr. Subsecretario de Sanidad y Beneficencia, el ilustre Doctor Bermejillo, permitid que el más modesto de todos los Médicos Puericultores (si bien que la bondad de sus compañeros le haya distinguido con el honor inmerecido de hacerle su Presidente), permitid, digo, que os dirija breves frases a modo de introducción.

Como ya os dijo mi ilustre predecesor ante el micrófono, la serie de Conferencias que hoy se inaugura y viernes tras viernes iréis escuchando a notables hombres de ciencia, está organizada por la Asociación de Médicos Puericultores. Tal vez muchos de mis oyentes se pregunten extrañados: «¡Y bien!, ¿qué es un Puericultor? ¿Qué misión llenan unos Médicos cuyo título va seguido de tan extraña palabreja?»... A tal pregunta imaginada me permito yo contestar del siguiente modo:

Recuerda, madre que me escuchas, que tu hijo llegó al mundo desnudo de todo: de ropa, de agilidad, de alimentos... Tú, que le meciste en tus entrañas durante nueve largos meses, debiste darle, una vez nacido, cuanto le faltaba, mucho de lo cual adivinabas y tanto más que desconocías. Quisiste darle lo mejor de todo: lo que mejor le alimentase, lo que mejor le abrigara, lo que más adecuadamente le defendiese de la aspereza de la vida lo que mejor haga crecer esa maravilla de carne y hueso que acabas de poner en el mundo... Vuelves la vista a todos lados ansiosa de consejo, buscas ahincadamente quien ilumine tu ignorancia de tales cuestiones... y, de repente, se hace una luz en tu espíritu y recuerdas. «Tal vez el Médico Puericultor»... te dices esperanzada. *Exacto*, digo yo, esa es la misión que compete a los Médicos Puericultores: dirigir la crianza de ese niño que tú pusiste en el mundo con dolor, guiar aquel tierno organismo—delicado como una florecilla— y, evitándole daños, enfermedades y quebrantos, conducirle sano y salvo hasta una alegre y fuerte juventud.

Esta es la misión esforzada y magnífica que nos está reservada a nos-

otros, Médicos Puericultores; siempre con la vista fija en el interés del niño, allanarle su ruta, limpiar su camino de los obstáculos traidores que en él siembran la enfermedad y su fiel seguidora, la muerte. ¡Evitar, prevenir las enfermedades! Al Médico Puericultor, ¡oh madre!, has de llevar a tu hijo sano... para que siga siéndolo.

En Dispensarios Infantiles, Golas de Leche, Consultas de Puericultura, Hospitales de Niños, etc., etc., hay ya repartidos por España muchos cientos de Médicos Puericultores, a los cuales debes de acudir alegre el semblante por llevar *sano* al hijo de tus entrañas, para evitarte tener que acudir tal vez más adelante con el rostro angustiado a causa de la enfermedad de tu pequeñín, y quién sabe si acuciada por el remordimiento producido por no haberle evitado su mal por no haberte aconsejado por el Puericultor en los días alegres en que todavía reía y jugaba tu hijito...!

Durante varias semanas vais a oír cada viernes la palabra elocuente y sabia de los maestros españoles de la Puericultura. Paso a paso os informarán de todos los recursos con que la Puericultura cuenta en España para atender la salud del niño. Yo, en nombre de la Asociación de Médicos Puericultores, que me han hecho el honor de elegirme Presidente, debo de hacer constar aquí nuestro hondo y emocionado agradecimiento a estos ilustres hombres de Ciencia, que llenos de ternura y amor hacia el niño, nos han prestado su valiosa cooperación, sin la cual nada hubiese valido nuestra iniciativa de organizadores.

Quiero particularizar nuestra gratitud hacia el Excmo. Sr. Subsecretario de Sanidad —el eminente Dr. Bermejillo—, quien no ha dudado en sustraer algún tiempo a sus apremiantes ocupaciones, para acceder a encabezar con su nombre insigne nuestro Cursillo, prestándole así su autoridad oficial, además del prestigio (que estimamos en mucho) de su propia personalidad científica, netamente destacada.

Sería pecado grave no mencionar en este capítulo de gracias a la Emisora de Unión Radio. Su desinterés y noble afán filantrópico llevan a esta Emisora a acoger cálidamente cualquier idea que sirva los intereses elevados de la cultura, y así sólo facilidades hemos encontrado en nuestras gestiones cerca de la muy hospitalaria, acogedora y culta Emisora, a quien nos complacemos en testimoniar desde aquí nuestra honda gratitud.

A vosotros todos, que me hacéis la merced de escucharme, vaya en último término, como compendio de las precedentes, mis gracias más rendidas. A los padres como a los que esperen serlo, a los jóvenes como a los viejos, a los hombres como a las mujeres, a todos debe importar el aprender cómo se puede hacer Patria mediante la Puericultura, ayudándonos a convertir los tiernos retoños, que son los niños, en varones fuertes, orgullo y sostén de la España que todos ansiamos hacer. A todos pido, pues escuchen viernes tras viernes la palabra de los hombres eminentes que han de explicar estas Conferencias de Puericultura que hoy se inauguran. Así, pues, señoras y señores radioyentes, hasta el sábado próximo y un beso a los niños...

En la "Sección Bibliográfica" daremos cuenta de las obras recibidas, comentando aquéllas de las que nos sean enviados dos ejemplares.

Conferencia

inaugural de Puericultura

POR EL

Dr. Bermejillo

Excmo. Sr. Subsecretario de Sanidad.

Señores radioyentes:

Por razón de mi cargo al frente de la Sanidad y Asistencia públicas nacionales, me encargan la iniciación de una serie de conferencias que, organizadas por la vigorosa actividad de la Asociación Nacional de Médicos Puericultores, presentarán al gran público de la radiodifusión, todo un completo programa de el niño y su razonado e higiénico cultivo.

Bien cierto es que al serme conocido ha cuarenta y ocho horas, los enunciados de las quince conferencias que técnicos y clínicos de reconocida solvencia científica han de pronunciar en días sucesivos, no hallé terreno en esta materia donde yo pudiera expansionarme, so pena de invadir campos ya acotados por los compañeros, y que, de otra parte, caerían en suutilezas de una especialización que carezco.

Este ciclo de conferencias ha de tener una alta aportación de conocimientos científicos cual corresponde a los conferenciantes y de seguro conjuntará una claridad divulgadora como es pertinente a la compleja y variada formación intelectual del público que las escucha. Esta última condición es fundamental para la eficacia instructiva de toda cultura radiada y os anticipo, sin conocerlas, que las conferencias serán de utilidad para vosotros los técnicos y en plano más secundario, servirán para hacer pública propaganda de todo lo que el Estado, Provincia y Municipio, han hecho y hacen en favor del niño y por ende cuanto le resta por hacer, y en este momento mi sincero deseo sería que sirvieran de iniciación para que vosotros, radioyentes, iniciárais con firme voluntad un estado de opinión que, traducido en toda especie de generosos esfuerzos, lograrais aportar esos medios morales y materiales que hacen a los Gobiernos superar propias fuerzas y ser dignos representantes de un buen pueblo.

No es necesario señalar la importancia de la Puericultura o cultivo del niño; la preparación formativa de nuevas generaciones, integralmente robustas, en lo moral y en lo corpóreo, psíquica y físicamente, constituye la esperanza de toda nación, el anticipo de su bienestar y grandeza. El contenido fundamental de toda la doctrina nacional-socialista alemana es precisamente éste y la doctrina no es de ahora, y ocasionada por crisis

sociales de la Gran Guerra, sino que viene muy de atrás desde el un poco olvidado escrito de Fichte «Discurso a la nación alemana».

Mas no es problema bien centrado por las circunstancias y por la infiltración de doctrinas materialistas, no es sólo cuestión de sangre ni de raza, es contenido también de cultura y de filosofía que no es patriotismo al correr de los siglos de un solo pueblo, ni de una determinada raza.

Tened, sin embargo, en cuenta que este curso no es con participación de sociólogos y pedagogos, y por ello más en él hallaréis del componente físico y aún psíquico, que de factores moral y cultural.

La natalidad es factor tan esencial en el porvenir de las naciones, que en Francia, en donde la cifra anual desciende desde hace tiempo de manera contumaz, se ha promovido una intensa campaña periodística en el mes de octubre próximo pasado, con firmas de todos los matices y enunciados tan reveladores como los siguientes: «Un peligro mortal» (L'Echo de Paris); «Un problema vital» (L'Aube); «Advertencia» (Journal des Débats); «Natalidad» (La Vie Intellectuelle), etc., etc.

Coincidente con ello, ha visto la luz el comentadísimo artículo de Benito Mussolini «Sunday Express» sobre el «peligro mortal» que hace correr a Europa y extensivamente a toda la raza blanca, la constante desnatalidad que sigue una línea descendente, en tanto las razas amarilla y negra la forman de ascendente, natalidad. Todos estos sencillos datos acrecen la importancia de favorecer la cultura y bienestar de los pueblos en pro de mayor natalidad y a mayor abundamiento obtener, con una puericultura integral y bien orientada, la normal consecución de aquellos niños ya concebidos, evitando después su muerte que con aterradoras cifras agrava el problema de una natalidad decreciente. Ya en estas anteriores ideas están implícitas las fases de la Puericultura: Primera.—Higiene prenatal. Segunda.—Higiene posnatal con sus distintas etapas y facetas.

Actuar higiénicamente sobre el niño antes de nacer, es hacer higiene de sus padres, de sus antecesores en toda la amplitud del problema. Aquí sí que es preciso, radioescuchas españoles, no dejar a un lado todos los factores morales; los grandes problemas no desaparecen al soslayarlos; un problema no se resuelve dejándole a un lado, sino resolviéndole, con todo el esfuerzo, con todo el dolor y contrariedad que a la humana naturaleza la produce el esfuerzo, pero sólo así se consigue la satisfacción de superar un obstáculo.

La cultura de los padres antes de serlo, para llegar al conocimiento de las obligaciones y responsabilidades que les corresponden cuando lo sean, es factor fundamental para la moralización de costumbres juveniles, moralidad, que no es otra cosa que normas de conducta contra viento y marea de afectos y pasiones que tienen con su encauzamiento el mejor anticipo de una puericultura intachable en el día de mañana.

Y para no hablar de otras materias más delicadas, aunque tan conocidas, pero mal conocidas, sólo diré unas palabras sobre la creciente alcoholización de gentes, no tan sólo del alcoholismo agudo y esporádico de los domingueros, sino también de ese más selecto pero más continuo por fundarse en otras disponibilidades y que tiene su importancia social.

En experiencias sobre animales recogidas por Stockard, se demuestra que la mortalidad prenatal en tratados con alcohol es de un 42 a un 47 por 100 mayor que en los testigos.

En un importante trabajo de Bluhm, aparecido en el «Zeitsch. für Se-

xuale Wissenschaft» de 1931, parece demostrarse que las células germinales o generadoras de machos descendientes de padres alcohólicos sufren una minoración de vitalidad de estricto tipo hereditario. No debemos olvidar, sin embargo, mas ello nada reduce la importancia del factor alcohol, que un psiquiatra, Pohlisch, como otros muchos, señalan que no es resuelta la dificultad de conocer exactamente si los defectos de salud y mayor morbi-mortalidad de los hijos de alcohólicos, es debida a acción del tóxico sobre el germen o son tan importantes y quizá más aún las condiciones ambientales y familiares de los recién nacidos. En este mismo sentido deponen en su importante obra de Eugénica aplicada de 1923 Popenoe y Johnson; es seguramente la falta de cuidados tan necesarios en las primeras etapas de la vida los que tanto como la acción del tóxico influyen en la letalidad de esos pequeñuelos, más no olvidemos que lo uno y lo otro va encadenado a los excesos de bebidas.

Las infecciones transmisibles de los padres, sean por cualesquiera mecanismo, constituyen el factor fundamental de la mortalidad o de la incapacidad más o menos amplia de la progenie. Nada sobre ello añadiremos.

Existe hoy en el mundo entero un hecho que no puede olvidarse a estos respectos. Es el paro forzoso. No es cosa nueva, si que tampoco vieja, es producto de la Gran Guerra y de un estado social de transición entre la pre y la post-guerra que con su enorme conmoción quebró los soportes de un estado social tan artificioso por exceso de filosofismo y escasez de cristianismo. Pues bien; la incomodidad de un hogar, sin aporte de dinero de un hombre sin la satisfacción de un trabajo que le remunere el esfuerzo, de unos niños faltos de alimento cualcuanitativamente suficiente y quizás ensombrecidos en sus infantiles alegrías por las amarguras de sus mayores, producen una colectiva alteración en el desarrollo de su organismo que no puede dejar de ser observada y atendida hasta donde posible sea por los puericultores. Los estudios estadísticos recientemente publicados en la «Klinische Wochschr.» por Peller, demuestran claramente que existen diferencias fácilmente apreciables entre el estado de nutrición y vitalidad de los niños cuyo padre o mantenedor trabaja y aquellos en que es afecto de paro forzoso.

Los datos recogidos en Viena por Göltz, Kornfeld y Nobel, sobre el estado de crecimiento, curva, de peso y total estado de nutrición, determinado según el índice de von Pirquet, va mejorando, según nos separamos de los primeros tiempos de la post-guerra, pero en relación a la situación pasada o de trabajo de los padres.

Madrid, 2 de marzo de 1935.

En el próximo número: Importancia relativa de las diversas causas de la mortalidad infantil, por el Eminentísimo Dr. D. Marcelino Pascua, Jefe de la Sección de Estadística de la Dirección general de Sanidad

Sucesivamente, y en forma de folletón, iremos publicando los diversos apuntes que para enseñanza de enfermeras, comadronas, etc., vayan explicando en la Escuela Nacional de Puericultura.

Natalidad en diversos países de Europa por 1.000 habitantes²

NACIONES	AÑOS		
	1930	1931	1932
Alemania	17,5	16,0	15,1
Austria	16,8	15,8	15,2
España	29,0	28,5	28,5
Francia	18,0	17,4	17,5
Italia	27,7	24,9	25,8
Holanda	23,1	22,2	22,0
Polonia	32,5	30,2	28,7
Portugal	32,8	32,9	33,4
Inglaterra y Gales.	16,5	15,8	15,3
Escocia	19,5	19,0	18,6
Suiza	17,2	16,7	16,7
Checoslovaquia	22,7	21,5	21,0

(Del Dr. M. Pascua: "Datos recientes sobre grandes índices demográficos en Europa", Rev. de San. e Hig. Publ. Enero de 1934.)

Mortalidad infantil en diversos países de Europa, en menores de un año por cada 1.000 nacidos vivos.

NACIONES	AÑOS		
	1930	1931	1932
Alemania	85	83	79
Austria	104	105	(*)
España	117	117	112
Francia	78	76	76
Italia	106	(*)	(*)
Holanda	51	50	46
Polonia	154	126	145
Portugal	144	(*)	(*)
Inglaterra y Gales	60	66	65
Escocia	85	82	86
Suiza	51	49	51
Checoslovaquia	157	157	158

(*) No hay datos aún.

(De "Datos recientes sobre grandes índices demográficos en Europa", por el Dr. M. Pascua. Rev. de San. e Hig. Públ. Enero de 1934.)

Asociación Española de Médicos Puericultores**Texto de la circular dirigida por la Directiva a todos los Médicos Puericultores de España**

Distinguido compañero: En la Junta general celebrada por nuestra Asociación, en el Colegio Oficial de Médicos de la Provincia de Madrid, el 1 de diciembre de 1934, se tomaron los siguientes acuerdos, que ponemos gustosos en su conocimiento:

1.º Continuar con todo entusiasmo la Asociación.

2.º Elección de nueva Junta directiva, que quedó constituida de la siguiente manera: Presidente, Enrique Jaso Roldán; vicepresidente, Guillermo Angulo Pastor; secretario, Luis Pérez de Albéniz; tesorero, Félix G'l Ossorio; contador, Justo Mora y Comas; vocal 1.º, José María Llopis Recio; vocal 2.º, Pedro Bernal Fandos.

Asimismo en dicha reunión nombró la Junta directiva, en virtud de las atribuciones que le concede el reglamento, y con la anuencia de los socios que a dicha reunión asistieron, los delegados regionales que a continuación se expresan:

Galicia y Asturias, Enrique de Iturriaga; León y Castilla la Vieja, Jesús Rodríguez Pereira; Castilla la Nueva y Extremadura, Braulio Sánchez Plaza; Aragón y Vasconavarra, José Luis Aldecoa Juaristi; Levante y Baleares, Pedro Herrero Rubio; Andalucía y Canarias, Juan Luis Morales González.

Es obligado que pongamos en su conocimiento las normas generales de acción que para la mayor eficacia de la Asociación ha trazado la Junta directiva, para lo cual le rogamos nos preste su atención y su apoyo, en la inteligencia de que por parte de esta Junta no se han de ahorrar ni el trabajo ni el entusiasmo para que nuestra Asociación, cuya vida es preciso confesar se hallaba algo amortiguada por la indiferencia de la gran masa de los asociados, resurja potente para la mejor defensa de los ideales de todos los puericultores, que son el lazo común que a todos nos une.

En este sentido, tenemos en estudio y en realización la reorganización de la Socie-

dad — que pronto tendrá domicilio social propio —, a la que no dudamos seguirá usted prestando su valioso apoyo, como hasta la fecha lo ha hecho; y en el caso de que usted no haya sido asociado, le rogamos nos manifieste si desea serlo, entendiendo que los fines por los que la Asociación lucha son los siguientes:

1.º Defender los intereses de los médicos Puericultores pertenezcan o no a algún organismo oficial, para lo cual haremos las gestiones convenientes, algunas de las cuales se están haciendo ya, solicitando la creación de nuevas plazas y con motivo de la injusta supresión de los Equipos Móviles de Puericultura, cuya labor eficaz en la lucha contra la mortalidad infantil es por todos reconocida.

2.º Laborar por todos los medios (conferencias, radio, gestiones en los Centros oficiales) para una más amplia difusión de los fines de la Puericultura española.

3.º Lograr una armonía de acción de todas las personas y entidades que simpatizan con la Puericultura.

4.º Publicación de la revista LA PUERICULTURA ESPAÑOLA, para lo cual está ya constituido un Comité de redacción, que tiene sus trabajos muy adelantados, y cuyo primer número, que ha de publicarse dentro de este mes, esperamos será de su agrado.

Hemos retrasado deliberadamente el comunicarle a usted lo que antecede, hasta tener en vías de realización los diferentes puntos del programa que le hemos expuesto, y ahora repetimos una vez más, que esperamos su valioso apoyo, asociándose o continuando en sus deberes de asociado, en el caso de ya lo sea, y comunicándonos todo aquello que crea conveniente para mejor realizar los fines de la Asociación.

Con este motivo se ofrece a usted y le saluda atentamente.

LA DIRECTIVA

REVISTA DE REVISTAS

G. Krause y M. Th. Lassen. Soja in der Säuglingsernährung. *La soja en la alimentación del lactante.*

«Archiv f. Kinderheilkunde». T. 100, página 226.

Seis lactantes sanos son alimentados durante diez días con babeurre adicionado de azúcar y mantequilla; esta mezcla tiene análoga proporción de albúmina, hidratos de carbono y grasa que el alimento a base de harina de soja que administra más tarde durante otros diez días. La soja la prepara de la manera recomendada por MÄDER para el tratamiento de las piurias del lactante: Se mezclan 70 grs. de harina de soja con un litro de agua y se hace cocer la mezcla durante diez minutos, agitando continuamente. Después se añaden 80 grs. de azúcar nutritivo, 1 1/2 grs. de sal y 5 gramos de aceite de olivas. La dieta de soja se realizó en dos casos utilizando el preparado comercial «lactopriv», de más cómodo manejo (cocer 15 grs. de polvo en 100 grs. de agua y añadir de 5-8 grs. de azúcar). Mientras el lactante está sometido a dieta de babeurre, la absorción de nitrógeno asciende, por término medio, a 84 por 100, y la retención a 18-24 por 100 de la cantidad administrada. Durante la dieta de soja la absorción y retención de nitrógeno es igual a 79,6 por 100 y 8-19 por 100, respectivamente. Estos resultados ponen de manifiesto que la albúmina de soja no es equivalente a la albúmina animal desde el punto de vista de su capacidad de absorción y retención. En cuanto a la curva ponderal, las diferencias entre ambos alimentos son mínimas, y en tres de los seis casos se obtiene mayor aumento de peso

con la soja que con el babeurre. El metabolismo durante la dieta de soja está desviado hacia la alcalosis. El p. H. cuando el niño está alimentado con babeurre es, por término medio, igual a 6,9, y cuando está alimentado con soja asciende a 8,0.

MANUEL QUERO

Pesué-Linnosier-Ardoin.—La prophylaxie de la syphilis congenitale. *La profilaxis de la sífilis congénita.*

«Revue Medico Sociale de l'enfance». Núm. 6, pág. 413. Año 1934.

Los autores comienzan resumiendo los métodos profilácticos de la sífilis que son desde el punto de vista médico las cuatro reglas siguientes:

Primera. Todo individuo contaminado debe ser tratado inmediatamente, si es posible desde la fase preserológica, por un tiempo suficientemente prolongado.

Segunda. El matrimonio puede autorizarse a los cuatro años de tratamiento si persisten negativas durante un año las seroreacciones en ausencia de toda medicación y si la punción lumbar no revela ninguna lesión del sistema nervioso.

Tercera. La mujer sífilítica debe ser tratada durante su embarazo por una medicación intensa y prolongada.

Cuarta. El niño nacido de padres sífilíticos debe ser vigilado médicamente y tratado preventivamente si alguna de las tres reglas anteriores, y particularmente la tercera, no ha sido observada.

Cuando la lúes fué contraída por uno de los cónyuges en el curso del matrimonio, la profilaxis se hará:

Primero. Tratamiento intenso y prolongado del cónyuge infectado.

Segundo. Tratamiento preventivo del cónyuge indemne.

Tercero. Proscripción de la procreación durante el período activo de la enfermedad.

Cuarto. Tratamiento de la madre durante toda la gestación, siendo posible con inyección intravenosa de arsenobencenos.

Quinto. Efectiva vigilancia del niño durante los cuatro primeros años y tratamiento si la cuarta condición no ha sido cumplida.

De estas reglas destacan dos principios de importancia: Que *la sífilis de la madre es infinitamente más grave para el producto de la concepción que la del padre*, y que *parece que existe una frecuente reactivación de la viruela del treponema bajo la influencia del embarazo*.

Las razones, según los autores, por las que la profilaxis no se hace eficazmente en mayor escala son: las sífilis desconocidas, las insuficientemente tratadas y la ausencia de tratamiento durante el embarazo.

Para remediarlo proponen hacer en toda mujer embarazada, incluyendo la clientela privada, el *despitage* de la lúes, clínica o serológicamente, y como elemento esencial de profilaxis prenatal, el tratamiento durante el embarazo. Esto, desde el punto de vista médico. Desde el social, tan necesitado de organización, luchar contra los prejuicios antiguos que contribuyen a extender el mal, por medio de conferencias, films, etc., y sobre todo insistir con las madres en el riesgo que para la vida de su futuro hijo significa una enfermedad que ella puede llevar ignorada.

BLANCO OTERO

Mme. Suzanne Borel.—Les troubles de la parole. Los trastornos de la palabra.

«Revue Française de Puericulture. Número 5, pág. 279. Año 1934.

La autora hace un estudio de los trastornos de la palabra en la infancia. Para ello los clasifica, desde el punto de vista etiológico, en producidos por factores mecánicos, psíquicos e intelectuales y fisioló-

gicos. Entre los mecánicos agrupa:

- a) Insuficiencia palatina.
- b) Bóveda ojival.
- c) Anomalías dietarias.
- d) Malformaciones de la lengua.

Entre los psíquicos e intelectuales incluye:

- a) Retardos simples de la palabra.
- b) Tartamudez; y
- c) Amusia.

Por último, estudia los producidos en enfermedades netamente caracterizadas, síndrome de Little, hemiplejía, tetraplejía, encefalitis epidémica, mixedema, epilepsia, mongolismo y parálisis post-diftéricas.

Acaba su artículo diciendo que como la buena voluntad y empirismo de los profesores de dicción, maestros de cantos, etc., da resultados tan limitados en una materia tan delicada como los trastornos de la palabra, es necesario un estudio científico y experimental de los mismos, requiriendo en cada caso un tratamiento adecuado, siempre bajo la vigilancia médica, para lo cual debían existir en los hospitales consultas en este sentido con material adecuado y con personal médico especializado.

GARCIA PALACIOS

L. Tanon y H. Cambessédès.—Vaccinations associées. Vacunaciones asociadas.

«Revue Française de Puericulture». T. 2.º, pág. 298. Año 1934.

Los autores se muestran partidarios de las vacunaciones asociadas tíficos-diftérico-antitetánica. La asociación de dichas vacunas no disminuye el poder de las mismas, sino que más bien lo refuerzan, como se ha podido demostrar para la asociación tífica-diftérica, en la que el 100 por 100 de los vacunados se hicieron Schick negativos.

Dicen los autores que aunque algunas de las antedichas vacunaciones ya se emplean sistemáticamente en los adultos (cuarteles, fábricas, etc.), debían hacerse ya en los niños, puesto que éstos, además de la dipteria, están expuestos al contagio de la fiebre tifoidea en una proporción elevada, como demuestran, por gráficas, durante las epidemias de Lyon en 1929 y París en 1933, y, además, por sus juegos (caídas,

rasguños), pueden contraer el tétanos fácilmente.

En opinión de los autores, aunque no se ha puesto a la práctica sistemática, es, sin embargo, esta vacunación asociada, la del porvenir.

GARCIA PALACIOS

Mouriquand.—Le séjour de l'enfant a l'altitude et son entraînement. *La estancia del niño en la altitud y su entrenamiento.* «Revue Medico Sociale de l'enfance. Número 6, pág. 408. 1934.

Desarrolla en este artículo el profesor de la Facultad de Medicina de Lyon las contraindicaciones e indicaciones médicas de la estancia en climas de altura y de su entrenamiento. Los lactantes soportan bien alturas de 1.000 a 1.500 metros, aun con beneficio de su salud. Todavía se describe la desaparición de eczemas por la cura de altura. Contraindicaciones para la mediana y gran infancia son las caquexias, tuberculosis con lesiones difusas y estado general grave, cardíacos evolutivos, nerviosos, diabéticos mal compensados, etc. Luego describe la preparación para el entrenamiento, como fase previa para pasar al entrenamiento definitivo; primero reposo relativo, sueño prolongado, helioterapia, etc. Después entrenamiento progresivo, evitando la fatiga y cuidando la alimentación que al principio se da, sobre todo rica en carbohidratos, elementos dignamógenos fácilmente utilizables, sin abusar de las grasas y sin olvidar las proteínas (jamón, sardinas, etc.).

BLANCO OTERO

Hans Rietschel (Würzburg): Zur Prophylaxe und Therapie der Diphtherie. *Profilaxis y terapéutica de la difteria.*

Gesundheit und Erziehung. T. 47, página 324.

Estudio breve de los métodos profilácticos y terapéuticos de que disponemos actualmente para combatir la difteria. Considera el A. innecesarias las dosis de antitoxina diftérica superiores a 500 unidades antitóxicas por kilogramo de peso o de 20.000 a 25.000 unidades en total. Los mé-

todos de inmunización activa, toxina-antitoxina o anatoxina, son los que mejor resultado dan en la lucha contra la difteria cuando se emplean precozmente.

MANUEL QUERO

«Le Nourrison. Núm. 6. Noviembre de 1934.

1.—*A. B. Marfan.*—Remarques sur l'emploi des lactés concentrés. *Notas sobre el empleo de la leche concentrada.*

T.—*René Mathieu.*—La vitamine anticorbutique étudiée au point de vue de sa composition chimique et de son rôle dans les échages nutritifs. *La vitamina anticorbutica estudiada desde el punto de vista de su composición química y de su papel en los cambios nutritivos.*

3.—*Jules Suranyi.*—Le métabolisme du soufre organique chez le nourrison. *El metabolismo del azufre orgánico en el lactante.*

A. B. Marfan.—Remarques sur l'emploi des laits concentrés.—Refiere el profesor Marfan los buenos resultados obtenidos con la leche concentrada parcialmente descremada y azucarada en los años próximos a 1914, cuando las dificultades del aprovisionamiento hicieron recurrir frecuentemente a este tipo de leche, viendo que la mayor parte de los lactantes la toleraban igual o mejor que la leche corriente de vaca, sobre todo los débiles e hipotróficos, como igualmente los vomitadores y los convalecientes de diarreas.

Estas ventajas hicieron generalizar su empleo e incluso llegó a sustituir en las consultas de lactantes a la leche esterilizada en botellas, por evitar gastos de esterilización, llenado de botellas, etc.

Esta leche tenía el 7,4 por 100 de grasa o sea parcialmente descremada, pues la concentrada no descremada pasaba del 10 por 100. Sus buenos efectos se explicaban por las modificaciones sufridas en la preparación, así la cocción prolongada transforma y hace sufrir una predigestión a la caseína y el descremado parcial a que sea mejor tolerada.

En aquellos tiempos los trastornos debi-

dos a ella eran raros y ligeros: el más frecuente, negarse a tomarla debido al exceso de sacarosa y, a lo mismo, el eritema de las nalgas; eran más raros los vómitos y diarreas, ocasionados por la facilidad de la sobrealimentación por ser alimento rico en calorías.

En cambio, ahora han aumentado los casos de intolerancia, y buscando las causas, se ha visto que desde hace algunos años «no se vende en Francia leche concentrada descremada y azucarada», sino leche concentrada no descremada que encierra el 10 por 100 de grasa, siendo este hecho debido a un decreto de 1924 que obligaba a que los botes de leche llevaran etiqueta indi-

cando su composición, y temiendo los fabricantes que la mención «descremada» perjudicara la venta, prepararon el producto con leche entera.

Pide que sea nuevamente fabricada esta leche que tan buen resultado ha dado, que si los comerciantes temen la mención «parcialmente descremada», la sustituyan por la de «leche concentrada para niños», o por la de «para uso médico», y que si esto no se consigue, se recurra a la leche en polvo desgrasada o semidesgrasada, según los casos.

JOSE ANTONIO CONEJO

NOTICIAS

Sociedad de Pediatría de Madrid

Interesante ciclo de conferencias.

La Sociedad de Pediatría, de Madrid, ha organizado un ciclo de conferencias sobre «Tuberculosis pulmonar infantil», que, por los temas a desarrollar y la capacidad de los encargados de ello, promete ser en extremo interesante.

Algunas de ellas han sido ya pronunciadas y otras, todavía al publicarse estos datos, restan por hacerlo.

De todos modos, y por su excepcional importancia, que demuestra cómo labora la Sociedad de Pediatría, a continuación damos temas y nombres de los colegas que han de encargarse de ellos:

Dr. D. Pedro Zarco Bohórquez, Director del Sanatorio antituberculoso de Valdeltas: «El problema de la transmisión hereditaria de la tuberculosis. (Datos para su estudio recogidos en el Sanatorio de Valdeltas.)»

Dr. D. Francisco R. Partearroyo, Directos de la enfermería para tuberculosos de Chamartín: «Etiopogenia de la tuberculosis pulmonar infantil.»

Dr. D. Juan Miguel Herrera, Profesor auxiliar de la Universidad central: «Ana-

tomía patológica de la tuberculosis pulmonar infantil.»

Dr. D. Ricardo Garelly de la Cámara, Pediatra de los Dispensarios antituberculosos de Madrid: «Expresión sintomatológica de la tuberculosis pulmonar en el lactante.»

Dr. D. Felipe Gómez Pallete, Director del Preventorio antituberculoso infantil de San Rafael: «Expresión sintomatológica de la tuberculosis pulmonar en la segunda y tercera infancia.»

Dr. D. Enrique Jaso Roldán, Pediatra de los Dispensarios antituberculosos de Madrid: «Radiología clínica de la tuberculosis pulmonar infantil.»

Dr. D. Jaime de Cárdenas Pastor, Pediatra de los Dispensarios antituberculosos de Madrid: «Diagnóstico clínico y pronóstico de la tuberculosis pulmonar infantil.»

Dr. D. Martín González Álvarez, Jefe de Clínica del Hospital del Niño Jesús: «Cómo prevenir la tuberculosis en la infancia.»

Dr. D. Antonio Ortiz de Landazurí, Director del Preventorio infantil antituberculoso de Guadarrama: «Tratamiento farmacológico y quirúrgico de la tuberculosis pulmonar infantil.»

Liga española de Higiene infantil

Ha quedado constituida con la siguiente Junta directiva:

Presidente, doctor Eleizegui; vicepresidente, doctor Mazein; secretario, señora González Barrio.

Sección de Eugenésia: Presidente, doctor Piquer, médico; vicepresidente, doctor San Antonio, médico; secretario, Sr. Navarro, abogado; vocal, señorita Navarro, médico.

Sección de Puericultura: Presidente, doctor Blanc, médico; vicepresidente, doctor Rodrigo, médico; secretario, señorita Torrego, maestra; vocal, señorita Barmudo, visitadora.

Sección de Higiene escolar: Presidenta, señora Jacobo, maestra; vicepresidente, señor Jimeno, arquitecto; secretario, señorita Cortich, maestra; vocal, doctor Alvarez, médico.

Sección de Pedagogía: Presidente, doctor Pereira, médico; vicepresidente, señor Delgado, maestro; secretario, señora Prado, maestra; vocal, señorita Arellano, maestra.

Sección de Higiene Social: Presidente, doctor Yagüe, médico; vicepresidente, doctor Cuesta, médico; secretario, Sr. Botija, abogado; vocal, señorita Palancar, abogada.

Sección de Higiene Mental: Presidente, doctor Pereira (D. Amador), médico; vicepresidente, doctor Górriz, médico; secretario, doctor Zaragoza, médico; vocal, Sr. Prieto, maestro.

Sección de Educación Física: Presidente, Sr. Hermosa, militar; vicepresidente, señorita Navarro, profesora del Instituto; secretario, doctor Ferreras; vocal, doctor G. Doctor, médico.

Esta liga, integrada por médicos, maestros, abogados, arquitectos, profesores de educación física, etc., tiene la finalidad de actuar en favor del niño en todos los diversos aspectos que ofrece la infancia. Estudio científico, acción divulgadora y educativa, obra social, todo ello ajeno a otra ideología que no sea la del bien del niño.

Muy pronto comenzará a actuar intensamente en sesiones científicas, conferencias, cursillos de divulgación, uno de los aspectos del amplio programa que habrá de desarrollar la Liga Española de Higiene Infantil.

Sección oficial

Gaceta de Madrid.

Enero día 1.

Decreto nombrando a D. José Espinosa Ferrándiz Delegado especial de los Servicios de Sanidad y Asistencia pública en la provincia de Asturias.

Febrero, día 23.

Ministerio de Instrucción pública y Bellas Artes.—Orden para que se constituya una Comisión de reforma escolar.

Día 24.

Lista de la Comisión de reforma escolar.

Nota.—(En esta Comisión no figura ningún Médico escolar.)

Marzo, día 12.

Ministerio de Trabajo, Sanidad y Previsión.—Orden disponiendo que la Instructora de Sanidad, doña Palmira Martínez Benita, con destino en los Servicios de Higiene Infantil de Albacete, pase en comisión a prestarlos a la Inspección provincial de Córdoba.

Día 5.

Ministerio de Instrucción pública y Bellas Artes.—Orden nombrando Auxiliares sanitarios de los Médicos escolares de Barcelona a las señoras que se citan.

Día 9.

Orden nombrando Auxiliares sanitarios de los Médicos escolares de Barcelona a doña María Prat Abad y a doña Carolina Domínguez Laplaza.