

u. 4 (jul.)

Puericultura — Española —

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

Director: **Dr. Enrique Jaso**

Redactor Jefe: **Dr. José María Llopis**

Administrador: **Dr. J. Antonio Conejo**

Comité de Redacción

DOCTORES: *Angulo (Guillermo), Bernal Fandos (Pedro), Blanco Otero (Manuel),
García Palacios (Félix), Gutiérrez Alonso (José), Lunchsinger (José), Mora (Justo),
Pérez de Albéniz (Luis), Quero (Manuel).*

Correspondencia Administrativa y científica:

Escuela Nacional de Puericultura, Ferraz, 60
MADRID

Dirección abreviada
Pueric. - España

Sumario:

	Págs.
O R I G I N A L E S	
Necesidad desde el punto de vista sanitario de un control de la práctica obstétrica de médicos y comadronas, por <i>J. Lunchsinger</i> y <i>P. Martín Rojo</i> ...	3
C R O N I C A	
«Casa del Niño».—Bermeo (Vizcaya), por <i>José Gutiérrez Alonso</i> ...	7
Notas prácticas, por <i>Soja</i> ...	13
Sanidad internacional ...	14
F O L L E T O N	
Nociones anatómo-fisiológicas del niño durante la primera y segunda infancia por el <i>Dr. Jaso</i> (Continuación.) ...	15
Sección bibliográfica ...	23
Revista de Revistas ...	24
Sección sindical y noticias ...	30
Sección oficial ...	31

LAXANTE PURGANTE
MAGNESIA HIDRATADA
PURIX

ANTIACIDO ANTIBILIOSO

CORRIGE EL ESTREÑIMIENTO

ANTISEPTICO

REFRESCANTE

Las alteraciones gastrointestinales
en los NIÑOS se corrigen con

LECHE DE MAGNESIA PURIX

VOMITOS DE LA LACTANCIA
DIARREA INFANTIL

Dr. Arroyo Zuñiga
PELIGROS, 4 y demás farmacias

TRABAJOS ORIGINALES

Necesidad desde el punto de vista sanitario de un control de la práctica obstétrica de médicos y comadronas ⁽¹⁾

POR LOS DOCTORES

J. Luchsinger y P. Martín Rojo

En la «Gaceta» (22-5-35) apareció un decreto del Ministerio de Trabajo, Sanidad y Beneficencia estableciendo la obligación del Médico, Practicante o Matrona de notificar a la autoridad sanitaria correspondiente la asistencia de todo aborto.

Creemos de interés para los Puericultores dar a conocer la comunicación presentada al Primer Congreso Nacional de Sanidad (Madrid, 6-12 mayo 1934) por los profesores de la Escuela Nacional de Puericultura encargados de la Sección de Puericultura Prenatal.

Casi todos los problemas que tiene planteados la Sanidad de nuestro país son actualmente una preocupación para el Estado español. Desde hace unos años les dedica preferente atención y es notorio su esfuerzo para organizar los distintos servicios sanitarios de manera que rindan el mayor fruto posible. La lucha contra la tuberculosis, las enfermedades venéreas, el paludismo, etc., etc., cuentan hoy día en mayor o menor escala con organismos, Instituciones, material, etc., y sobre todo con un personal técnico seleccionado que hace eficaz la obra sanitaria a él encomendada.

Pero resalta como una laguna sensible en el panorama sanitario de España el abandono casi absoluto en que se encuentra la asistencia prenatal y natal, olvido que conceptuamos la causa fundamental del elevado número de abortos y de la fuerte mortinatalidad y mortalidad infantil en el primer año de la vida. La mortinatalidad alcanzó en el año 1932 la cifra de 19.800 nacidos muertos (3,18 por 100 de los nacidos); la mortalidad infantil en el primer año de vida fué de 74.883 (un 112 por 1.000 de los nacidos vivos), de cuya cifra cerca del 20 por 100 corresponden a las defunciones en el primer mes de la vida. El número de abortos no está recogido en ningún documento autorizado. Se echan de menos estadísticas oficiales en este aspecto; pero se abarcará en su magnitud esta cuestión haciendo un cálculo aproximado del número de abortos tomado como base el de partos. Sin temor a exageración, un 15 por 100 de los embarazos no llegan a su término; esto supone más de 100.000 vidas perdidas y además un grado elevado de delincuencia profesional.

Ante cifras tan pavorosas, que son un bochorno para la nación que las registra, no cabe el olvido ni mucho menos la indiferencia. En este Congreso Nacional, primero de su clase, que se celebra en España, debe prestarse la atención que merece a este aspecto de la Sanidad. Es una obligación enfrentarse con las causas de esta calamidad y buscar el remedio adecuado que las suprima.

Es indudable que la gestación, el acto crítico del parto y los primeros días del recién nacido son las fases de la vida en que actúan los facto-

(1) Comunicación presentada al I Congreso Nacional de Sanidad, 1934.

res nocivos más importantes causantes de la mortinatalidad y mortalidad infantil precoz. La sífilis, las gestosis, las distocias y desgraciadamente el parto normal mal dirigido, son las principales causas de mortinatalidad; la tuberculosis y los trastornos nutritivos del lactante son las enfermedades que diezman por sí solas la población infantil de nuestro pueblo. En lo referente al aborto, señalemos solamente la sífilis como factor etiológico fácilmente descubrible y evitable con una vigilancia cuidadosa; pero sobre todo llamemos la atención sobre el aborto criminal, resultado de una actuación desaprensiva y clandestina que tiene su mejor colaborador en la casi segura impunidad de este delito por falta de inspección eficaz.

La lucha contra la sífilis, la tuberculosis y los trastornos nutritivos del lactante no tendrán la eficacia apetecida si no se apoyan en una previa profilaxis prenatal. Sin una vigilancia del embarazo y una asistencia correcta del parto y primeros días que le siguen, la actuación sanitaria del Puericultor se encontrará demasiadas veces con que el daño que pretende evitar ya está consumado; su labor de Puericultura resultará difícil o baldía, porque la profilaxis prenatal y natal han sido deficientes.

Por último, la función educadora sobre las madres, de tanta importancia médico-social por ser ellas el personaje central en la lucha contra la mortalidad infantil, será más fructífera cuando aquella se inicia en el estado gestante que representa el período psicológico más favorable para que prendan los preceptos higiénicos que trascienden a la vida familiar y colectiva.

Todos los Estados modernos recaban para sí la dirección de la Sanidad como un deber indeclinable, teniendo bajo un control directo la actividad sanitaria de todos los profesionales. No se concibe modernamente esta importante función encomendada al arbitrio individual sin que el personal técnico tenga claramente delimitada su actividad sin una responsabilidad exigible por Organismos directivos y sin una inspección eficaz de su labor profesional. Es absolutamente necesario que el Estado preste la debida atención a la asistencia competente de la mujer embarazada y poner los medios que eviten el aborto criminal.

Vamos a ocuparnos primero de la asistencia de la gestante. La primera condición para que pueda prestarse asistencia facultativa competente es que el técnico encargado de ella posea los conocimientos imprescindibles de diagnóstico médico general y de diagnóstico obstétrico en particular.

Ahora bien, la asistencia del embarazo está encomendada a médicos y comadronas tituladas; pero en proporción muy distinta. Estas últimas asisten cuando menos un 80 por 100 de las gestaciones. Resalta, pues, la importancia que desde un punto de vista sanitario tiene la actividad de este personal técnico.

Pensemos que aquellos estudios médicos necesarios no han sido cursados por las comadronas con la intensidad y extensión que exige la dirección de un embarazo, no ya patológico, sino normal. El diagnóstico de la sífilis, la tuberculosis, las nefropatías, las gestosis y muchas causas de distocias exceden a los conocimientos actuales de la comadrona. Esta deficiencia en la profilaxis prenatal explica cumplidamente la elevada mortinatalidad en España. Y cabe preguntarse: ¿la actividad profesional de la comadrona durante el embarazo es en nuestro país satisfactoria? A nuestro modesto juicio, francamente no.

Examinemos ahora, rápidamente su actuación en general durante el

parto. Este acto tan difícil de apreciar en su justa medida, es con excesiva frecuencia desviado de su curso normal, sobre todo por intempestivas administraciones de extractos hipofisarios, cuyo empleo delicado debe estar reservado exclusivamente a médicos. La deficiente apreciación de los factores y curso del parto ocasiona demasiadas veces perjuicios graves al recién nacido y a la parturiente. La oportunidad de realizar operaciones salvadoras de madre e hijo, se pierde frecuentemente por falta de juicio valorativo de las circunstancias. En resumen, el nivel medio de los conocimientos obstétricos de la comadrona es bajo. Esto no debe extrañar extraordinariamente, por cuanto en todos los países se oyen parecidas opiniones. Pero en la mayoría de los países se han preocupado de esta cuestión desde hace muchos años; desgraciadamente en el nuestro no ha sucedido lo mismo. Es cierto que no compete a los Organismos sanitarios la formación básica de este personal técnico; pero es cierto también, que a la Sanidad del Estado no puede serle indiferente el rendimiento que obtenga de este personal técnico. Los Organismos sanitarios no pueden esperar que les lleguen comadronas bien preparadas, permitiendo entre tanto el ejercicio profesional a las que lo estén de modo deficiente. La Sanidad Española debe procurar primordialmente elevar el nivel cultural medio de las comadronas tituladas. ¿Cómo? Con cursos obligatorios, periódicos, de perfeccionamiento, con revisiones periódicas obligatorias (cada 5 a 6 años). Esta conducta seguida por muchos países ha dado magníficos resultados. A nuestro juicio es la única manera factible de enriquecer los conocimientos de las comadronas en ejercicio. En cuanto a las futuras comadronas, los Centros universitarios son los llamados a reforzar las enseñanzas prácticas y teóricas de estas profesionales.

Pero lo señalado no es suficiente, a nuestro modo de ver, para mejorar la asistencia prenatal y natal. Creemos que es absolutamente necesario ejercer una vigilancia continuada de la labor obstétrica de las Profesoras en partos. Para ello sería muy eficaz que toda comadrona llevase un diario oficial en el que hiciese constar su actividad profesional diaria, y que sería controlado periódicamente por las Autoridades Sanitarias. Estas fijarían previamente los datos que el diario debe recoger. Las comadronas tendrían también la obligación de notificar con un plazo de 48 horas en un parte a las Autoridades Sanitarias las incidencias del embarazo, parto, puerperio y lactancia de toda mujer asistida. Con estas medidas se despertaría el concepto de la responsabilidad, que podría ser exigida, y además saldría beneficiada la Estadística Sanitaria tan poco satisfactoria en nuestro país.

Por último, es absolutamente preciso, fijar claramente en un Reglamento las atribuciones de las comadronas en su ejercicio profesional, los límites en que pueden desenvolver su actividad, sus deberes y sus derechos. Debe especificarse en qué circunstancias estará obligada a requerir la presencia de un médico, tanto durante el embarazo como en el parto, puerperio y lactancia.

Reglamentos de esta clase están vigentes en todos los países y es incomprensible que en España no exista ninguna reglamentación del trabajo de las comadronas. Con un Reglamento de esta naturaleza es necesario hacerlo resaltar, no se pretende rebajar la condición profesional, ni mermar atribuciones ni funciones a las profesoras en partos. Este fin mezquino no ha inspirado a ninguno de los países donde están en vigor semejantes Reglamentos. Sólo se persigue que la comadrona, como todo profesio-

nal, conozca sin equívoco el marco de su actividad, prefijada en la ley. Esto debe ser y con seguridad lo será, la aspiración de las mismas comadronas en cuyo propio bien redundan estas medidas.

Y pasemos al problema del aborto. Prescindiremos deliberadamente del aborto espontáneo, que no interesa al objeto de esta comunicación. Fijémonos solamente en el aborto provocado que por su elevado porcentaje adquiere gran importancia desde el punto de vista sanitario. La interrupción del embarazo es indudable que la mayor parte de las veces es una práctica criminal realizada en la clandestinidad por personas sin escrúpulos morales, ni competencia técnica. Las personas dedicadas a estas maniobras ilegales actúan, hasta ahora, con una impunidad desconsoladora, como consecuencia, entre otras muchas causas, de la falta de vigilancia de las Autoridades Sanitarias. Es cierto, que el problema universal del aborto provocado es muy complejo y que intervienen en él múltiples factores de índole económica, social, psicológica, etc.; pero lo que nos interesa hacer resaltar es el desvío medroso hacia este importantísimo problema por parte de los legisladores y gobernantes. El resultado de este desvío es el aumento progresivo del aborto criminal y no precisamente por causas económico-sociales, que hasta cierto punto podrían servir de descargo a la embarazada, pero nunca al técnico complaciente que lo realiza, que debe atenerse a las leyes vigentes.

Todo aborto, como complicación que es de un embarazo, es de la exclusiva competencia del médico. Este es, pues, quien debe llevar la responsabilidad del tratamiento del mismo. Ahora bien, análogamente a lo que se exige con las enfermedades infecciosas, reportaría muchas ventajas establecer la declaración sanitaria obligatoria de todo aborto asistido. La omisión de este precepto sería sancionada por las Autoridades Sanitarias. Creemos imprescindible igualmente la vigilancia constante y eficaz de todos los establecimientos privados dedicados a actividades tocológicas.

Estas medidas unidas a otras de diversa finalidad, como la creación de Casas Maternales, pequeñas Maternidades rurales, Comedores para gestantes, ampliación del Seguro de Maternidad, etc., etc., completarian, a nuestro juicio, la lucha contra el aborto criminal y sus consecuencias sobre la mortalidad y morbilidad maternas.

Rogamos, pues, a este Primer Congreso Nacional de Sanidad preste la debida atención a estos importantísimos problemas y a los colegas que a él asisten que mediten sobre el aspecto de ética profesional que entrañan.

Por lo anteriormente expuesto elevamos a la consideración de este Congreso las siguientes conclusiones:

- 1.ª Necesidad de elevar el nivel científico de las comadronas con la reforma de su plan de estudios universitarios, intensificando la enseñanza teórico-práctica.
- 2.ª Necesidad de reglamentación de la actividad de las comadronas, fijando claramente los límites de su actuación profesional.
- 3.ª Necesidad de una inspección eficaz de la labor realizada por las Profesoras en partos, estableciendo un diario oficial y el parte obligatorios a las Autoridades Sanitarias.
- 4.ª Obligatoriedad de cursos periódicos de perfeccionamientos de las comadronas y revisión periódica de sus conocimientos obstétricos.
- 5.ª Declaración obligatoria a las Autoridades Sanitarias de todo aborto asistido.
- 6.ª Necesidad imperiosa de abordar el estudio del aborto provocado.

Crónica e informaciones

«Casa del Niño»
Bermeo (Vizcaya)

POR EL DOCTOR

José Gutiérrez Alonso

Médico puericultor.

Inaugurada en 29 de junio de 1930 vino a llenar una necesidad unánimemente sentida. Pocas veces se aunarán condiciones tan desfavorables para la infancia como las que se daban en Bermeo. Los hombres, ocupados en las faenas pesqueras y las mujeres en las fábricas de conservas, dejaban el hogar prácticamente vacío y el abandono infantil y el pauperismo eran corrientes. Si sumamos a esto las desfavorables condiciones climáticas con las frecuentes lluvias y humedad persistente, veremos mejor cuán meritoria es la labor que la Caja de Ahorros Municipal de Bilbao lleva a cabo en este pueblo. A su Presidente, D. Eliseo Migoya, a quien se deben tantas felices iniciativas, corresponde el mérito de la creación de La Casa del Niño. Sus desvelos por ella, su vigilancia constante y su atención asidua, le hacen merecedor de la gratitud de todas las madres bermeanas.

Situada en la parte alta del pueblo, lejos de las emanaciones de las fábricas de conservas, dominando el mar y un bello paisaje, consta de un edificio principal, otros accesorios y un extenso parque (fig. 1). El edifi-

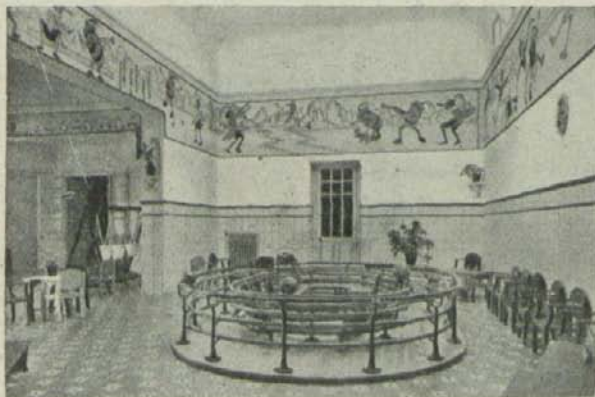


Casa del Niño en Bermeo.—Edificio y jardín.

cio principal tiene dos alas y un cuerpo central. En aquéllas, una para niños y otra para niñas, hay: comedor, otro de lujo, sala de recreo (fig. 2) espaciosa; hay también retretes y baños independientes, roperos con uniforme y sombrero para cada niño; una sala con 16 cunas. En la parte

central ocupada por las Religiosas hay sala de estar, comedor, recibimiento, dormitorios y capillas. Todo este edificio tiene calefacción central.

Como construcciones accesorias, hay en pabellones aislados: lavadero, despensa, garage, casa para el chófer y portería.



Salón de estancia de los niños.

El coste de estas instalaciones, sufragado por la Caja de Ahorros, ascendió a 250.000 pesetas.

En esta casa son recibidos, para su cuidado durante el día, los niños de Bermeo de dos meses a cuatro años, cuyas madres trabajen fuera de su domicilio.

Para ingresar basta solicitarlo, acreditando el trabajo de la madre. Precisan también un reconocimiento médico minucioso y vacunación anti-variólica, si antes no se había ya efectuado.

Los niños son recogidos y devueltos a sus madres, en dos lugares céntricos del pueblo, y subidos hasta la Casa en sendos autobuses capacitados para unas 20 plazas, de ellas algunas en forma de cuna, y acompañados, tanto a la ida como a la vuelta, por una Religiosa y una sirvienta.



Juegos y ejercicios al aire libre
en el jardín de la finca

Entran a las ocho y media de la mañana y salen a las seis de la tarde.

Con cada niño entregan sus madres una bolsa con la ropa precisa para su aseo durante el día, salvo en los casos de pobreza, en que tal necesidad es suplida por el Establecimiento.

Cada niño tiene un número, que va cosido en la ropa. Sin embargo, parece que las madres se han resistido a este medio de control, que les parecía denigrante, pues «no querían que su hijo fuese reconocido por un número».

Los cuidados higiénicos son los de rigor, pero llevados escrupulosamente bajo la inmediata vigilancia del Médico-director y competente pediatra Dr. Manuel F. Moral.

El lavado de manos, frecuentísimo, baños, cambio de ropa, etc., son llevados a cabo por el personal compuesto de cinco Religiosas y seis sirvientes (cuatro de ellas externas).

Los domingos y días festivos, dado que las madres no trabajan, no funciona la guardería.

La alimentación varía según la edad del niño. Si está al pecho, su ma-



Una de las terrazas de la Casa del Niño

dre tiene acceso a la guardería a las 9, 12 y 15 horas, cuando el niño tiene menos de seis meses, y solamente a las 12, si es mayor de esa edad.

En caso de lactancia artificial o mixta, recibe allí mismo, gratuitamente, el preparado alimenticio apropiado a su edad. Leche de vaca diluida o pura, papillas desde los seis meses y toda clase de alimentos especiales son suministrados a los niños a tenor de sus necesidades.

Los niños mayores de un año comen y meriendan en la Casa; la comida es a base de arroz, patatas, huevos, alguna legumbre, leche y pan. Repetidas veces se ha intentado darles de comer algo distinto, sobre todo verduras; pero se resisten tenazmente a toda innovación alimenticia. Prefieren sobre todo la leche, patatas, pan y huevos. En la merienda toman, variando: chocolate, membrillo, uvas, naranjas, miel, plátanos y un panecillo. Comen a las doce y meriendan a las tres y media. Al ir a sus casas, a las seis y media, reciben nuevamente algunas galletas.

La Casa del Niño no limita sus cuidados de guardería sólo a los niños comprendidos en los límites de edad indicados, sino que, en casos especiales, le amplía para edades superiores, hasta la escolar; para estos niños se ha establecido un servicio de Cantina, del que pueden participar por la reducida pensión de 0,25 pesetas al día. Tan bien acogida ha sido esta iniciativa que de 3.361 servicios de cantina efectuados en 1931 se ha pasado a 8.566 en 1934.

El cuidado y vigilancia médicos, tanto al ingreso como durante la es-

tancia en la Casa previenen con seguridad la aparición de epidemias. Todo niño que enferma es inmediatamente enviado a su domicilio y no puede reingresar sin nuevo reconocimiento e informe favorable del Médico-Director.

No por eso queda desatendido el niño. En el edificio de la Sucursal en Bermeo de la «Caja de Ahorros Municipal de Bilbao» funciona un Consultorio que es gratuito, tanto para los ingresados en la «Casa del Niño» como para los extraños a ella, el cual dispone de un servicio de rayos ultravioleta que es gratuito para los niños de la Guardería, pero los extraños pueden participar de él mediante el abono de 0,50 a 1,00 pesetas por sesión, según la posición económica de la familia.

Los niños débiles no son apartados de la Guardería; al contrario, son más especialmente atendidos; se les proporcionan reconstituyentes y demás medicamentos apropiados.

Para sus juegos tienen los niños: tío-vivo, columpios, pim, pam, pum, pelotones, muñecos. Hacen gimnasia.

A los niños muy necesitados se les entrega ropa interior y calzado.

El funcionamiento de esta Institución se refleja en el siguiente cuadro:

AÑOS	Días de asistencia	Asistencia total de niños	Promedio diario de asistencia	GASTOS								
				ANUALES			Promedio diario			Promedio por estancia		
				Generales	de sostenimiento	Totales	de gastos generales sobre los días del año	de gastos de sostenimiento sobre los días de asistencia	Total	En gastos generales	En gastos de sostenimiento	Total
1930 (6 m.)	116	18.302	125	19.511.64	4 983.44	24.295.08	103,82	54,84	158,66	1.05	0,27	1,32
1931	235	34.855	121	38.947.50	11.632.36	50.579.86	106,70	40,81	147,51	1.15	0,33	1,48
1932	287	50.781	176	40.030.98	17.066.90	57.097.88	109,67	59,81	169,48	0.78	0,34	1,12
1933	284	49.002	171	34.722.63	15.640.94	50.363.57	95,22	53,01	150,23	0.62	0,32	0,94
1934	279	58.147	208	41.447.42	16.399.03	57.846,45	113,50	58,84	172,34	0.55	0,28	0,83

La acogida que la «Casa del Niño» ha tenido en Bermeo se deduce de las cifras de asistencia que pasan de 9.122 en el medio año de 1930 con un promedio de 125 diarias a 58.147 en 1934 con un promedio de 208 niños al día.

Frente a estas cifras contrastan las de gastos, que se han mantenido sensiblemente iguales: 24.295 pesetas en el semestre de 1930 y 57.846 en 1934.

Este ahorro en los gastos se refleja más palmariamente en los promedios por estancia, que pasaron de 1,32 en 1930 a 0,83 en 1934. Y esta disminución no se ha hecho a costa de los gastos de sostenimiento, que son casi persistentes (0,27 pesetas por estancia en 1930 y 0,28 en 1934) sino a costa de los gastos generales, que pasan de 1,05 pesetas en 1930 a 0,55 pesetas en 1934 por estancia.

Estas cifras hablan bien alto en favor de la admirable administración de la Institución.

Los citados gastos están sufragados casi exclusivamente por la Caja de Ahorros Municipal de Bilbao, como se desprende del siguiente cuadro:

Ingresos	AÑOS				
	1930	1931	1932	1933	1934
Subvención de la Caja de de Ahorros Municipal	28.179,95	49.086,26	54.875,17	47.515,82	55.065,91
Subvenciones y donativos	38,61	655,35	149,46	119,00	195,20
Servicios de cantina	—	840,25	1.752,75	2.130,75	2.141,50
Servicios de rayos ultravioletas	—	—	522,50	598,00	386,00
Diversos conceptos	—	—	—	—	57,84
Totales	28.218,55	50.579,86	57.097,88	50.365,57	57.846,45

Se observa que salvo algún escaso donativo y los ingresos por servicios de cantina y rayos ultravioleta, en total unas 2.500 pesetas, el resto está sostenido por la Caja de Ahorros Municipal.

No tenemos estadísticas sobre la mortalidad infantil en Bermeo, pero la influencia de la Institución se refleja ya claramente en las costumbres de la población: las madres, contentas por ver la mejoría espiritual y física que experimentan sus niños se interesan por la Guardería y procuran la asistencia asidua y la esmerada limpieza de los mismos. Los niños son los más aficionados a ir a la Guardería; si por alguna razón se quedan en casa, son los que más insisten para que se les lleve; se hacen más sociables, menos asustadizos, más limpios y de tal modo se compenetran con la Institución que se encuentran en ella como lo que es, como «La Casa del Niño».

En el número próximo publicaremos un interesante artículo, original del Dr. Guillermo Angulo Pastor, Profesor de la Escuela Nacional de Puericultura, titulado «La carne en dietética infantil».

BALDACCI-Pisa.



IODARSOLO

EL PRIMER PRODUCTO DE YODO Y ARSÉNICO
Sin consecuencias tóxicas secundarias



MALTARINA

EL ALIMENTO MEDICINA

Hace hombres fuertes de
niños débiles

Alimento dietético, espe-
cial para niños y personas
de estómago delicado



HEPATORRADIL

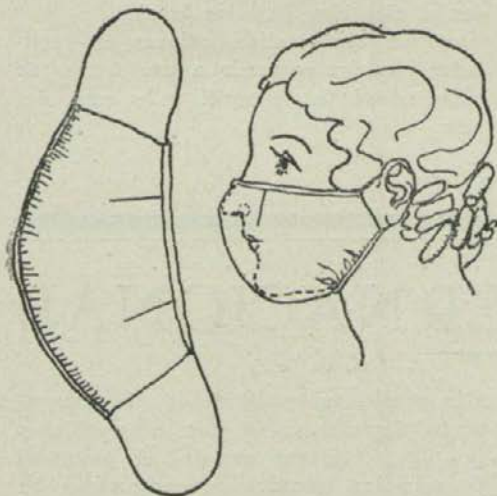
PODEROSO
RECONSTITUYENTE

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

LABORATORIOS GRAÏNO

Notas prácticas

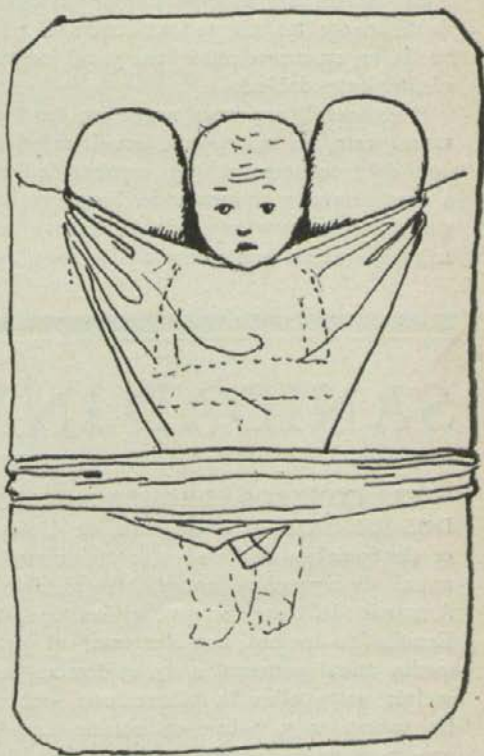
1. *Una mascarilla profiláctica.*—En la profilaxis de las afecciones catarrales —tan importante en la patología del niño de pecho— juega un gran papel la evitación de contagios por las personas aparentemente sanas que contactan con el lactante (madre, enfermeras, médicos, etc.). En algunas clínicas alemanas de lactantes se lleva esta profilaxis con tal rigor, que está prohibido hablar alto en las salas de niños,



para evitar el contagio mediante gotitas, y el profesor utiliza —cuando ha de dar órdenes— una a modo de manga como las de colar café, que coloca delante de la boca durante la fonación, al objeto de «cortar» el cono de «gotitas de Pflüger» que expele al hablar.

Dado que muy a menudo el médico, enfermera o madre del niño padecen afecciones catarrales leves que contagiarían a los niños que atienden, y siendo prácticamente imposible la separación de este personal, presta grandes servicios en consultas de lactantes, comunidades, asilos, etcétera, una mascarilla profiláctica similar a la que muestra el dibujo (fig. 1). Se

hace de tela fina doble, pudiendo dejarse abierto el espacio entre ambas hojas, al objeto de introducir una gasa recambiable a diario y eventualmente empapada en un antiséptico. La cinta de sujeción es elástica y corre a lo largo del borde in-



ferior bajo la barbilla, con lo que se consigue una buena adaptación.

2. *Un vendaje para evitar los vómitos habituales de los lactantes neuropáticos.*—Además de los recursos bien conocidos utilizables en los vómitos de los niños neuropáticos, se emplea con éxito un modo de sujeción particular que le evite la inquietud motora prolegómeno o preparación del acto del vómito (pataleo, contorsiones

del tronco, gesticulaciones, chupeteo de manos, etc.) (fig. 2).

Los brazos del niño se sujetan a los lados del tronco mediante una faja. Así amarrado, se coloca al niño boca arriba sin almohada en su cuna, poniendo a cada lado de la cabeza un saquito de arena bien lleno que impida la rotación de la cabeza. Estos saquitos se mantienen estrechamente apretados contra la cabeza del nene mediante un pañal doblado, que al mismo tiempo sirve para empapar el material vomitado, eventualmente.

El pataleo del niño se impide amarrando fijamente las piernecitas contra el plano de la cuna mediante otro pañal convenientemente doblado.

En general, soportan muy bien los lactantes esta, en apariencia, cruel sujeción, que debe mantenerse por espacio de dos a tres semanas, aumentando luego paulatinamente la movilidad de la cabeza por una separación progresiva de los saquitos,

que terminan por quitarse en absoluto.

3. *Defensa del lactante contra el calor.*

1.º Reducción de la cantidad de alimento en un 15 por 100.

2.º Ofrecer al niño entre cada dos tomas de alimento 50 c. c. de agua de té claro sin azúcar, fresca.

3.º Administrar tres veces al día cinco gotas de ácido clorhídrico diluido al tercio (L. Langstein).

4.º Baño de refresco a 31-33 grados, a las doce del día y a las cinco de la tarde.

5.º Desvestir al niño. Suprimir toda ropa menos la camisita y el pañal. Quitar la manta de la cama. ¡Ojo con los colchones de pluma o lana!

6.º Sacarle de las casas hipercalentadas al aire libre bajo los árboles.

7.º En caso preciso, colocar un ventilador eléctrico enfocado a una barra de hielo situada entre aquél y la cuna del niño.

SOJA

SANIDAD INTERNACIONAL

EL CONTROL LECHERO.—ESTADOS UNIDOS.—En los Estados Unidos se denunciaban desde el 1881 un promedio anual de 17 epidemias de origen lácteo. A partir del 1924, en que el servicio de Estadística mejoró notablemente, el promedio anual aumentó a 43 epidemias, sin incluir entre ellas la tuberculosis, enteritis infantiles y fiebre ondulante. En lo que respecta a la tuberculosis, debe llamarse la atención sobre la disminución del número de muertes por tórmox extrapulmonares de la misma, a partir del año 1927 en que comenzaron a ocuparse seriamente en los Estados Unidos de la segregación de los bóvidos tuberculino-positivos. En efecto, según un Raport del 1.º de noviembre de 1933 de la Oficina de Industria Animal del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos, el número de animales sometidos en dicho país

a la prueba tuberculínica ha ido aumentando, desde 20.000 en 1917, a 13 millones en 1933; consecutivamente, el promedio de animales tuberculosos encontrados ha ido decreciendo, desde un 4 por 100 a menos de un 2 por 100. En 1927 el porcentaje de leche controlada para la tuberculosis que se vendió en poblaciones menores de 10.000 habitantes era de 68,1 por 100, habiendo ascendido a 88,7 por 100 en 1931.

El porcentaje de leche pasteurizada vendida en las poblaciones mayores de 10.000 habitantes era en 1927 de 81,8 por 100, habiendo aumentado hasta el 87,5 por 100 en 1931. Sin embargo, en los pueblos pequeños se vende aún mucha leche cruda, pues en poblaciones entre 10.000 y 25.000 habitantes, sólo se vendió en 1931 un 41,4 por 100 de leche pasteurizada, mientras que en las ciudades de menos de 500.000 habitantes el porcentaje fué de 97,9 por 100.

res ni la superficie. El primer color que conocen es el blanco.

La luz no daña al recién nacido; antes bien, vuelve la cabeza hacia ella. De aquí que si se le coloca en posición contraria a la luz, surjan a veces movimientos en el globo del ojo.

Es extraordinaria la importancia de la luz en el niño para su desarrollo y la precisa en cantidad. Si el niño recibe aire, luz y sol en cantidad suficiente, estará libre de enfermedades tales como la ANEMIA.

La cuna del niño debe colocarse cerca de la ventana; la diferencia de cantidad de luz que recibe estando la cuna a uno o a tres metros de la ventana, es prácticamente de uno a mil.

Oído.—El niño no oye al nacimiento, la caja del tímpano está llena de una sustancia espesa que impide la vibración del sonido. Se vacía al abrirse la trompa de Eustaquio y entonces oye ya el niño. Se le puede asustar dando un golpe fuerte a su lado. Pero para que esto suceda es necesario que el niño, además de oír, tenga despiertos los sentidos para reaccionar ante las sensaciones. De lo contrario, el niño oye, pero no se asusta, no reacciona, como sucede en los idiotas, porque tiene embotados sus sentidos.

El niño adquiere ideas merced a las diversas percepciones y sensaciones. Es un

Desarrollo psíquico del niño.—*Funciones estático-dinámicas.* — El conocimiento del desarrollo de las funciones estáticas y psíquicas del niño es de una gran importancia. Su estudio nos orienta para conocer si el niño está perfectamente sano o si, por el contrario, está enfermo o es retrasado o idiota.

Las funciones estático-dinámicas se refieren a hechos como el andar, el sentarse, mantener la cabeza erguida, etc., que implican un cierto desarrollo de la inteligencia y de la musculatura conjuntamente.

Al venir al mundo el niño no puede hacer más que un cierto número de movimientos; movimientos limitados e involuntarios, que son debidos a *actos reflejos*. Si al niño se le toca la planta del pie y retira las piernas, no interviene en este acto la voluntad, es un movimiento reflejo. Lo mismo sucede con el movimiento de succión; el contacto de la tetina del biberón o del pecho de la madre provoca este reflejo de la succión. También cuando se pone al niño un dedo en la mano y ella cierra de un modo involuntario, se produce un acto reflejo.

Ciertos movimientos del niño no responden a un objeto determinado, son movimientos involuntarios que ejecuta bajo un estímulo determinado.

El niño se mueve lentamente, pero sus movimientos no tienen un fin; no respon-

den a una necesidad. Mueve no solamente las piernas y los brazos, sino también la cara: cierra los ojos y la boca, hace gestos, chasca la lengua, etc., lo que indica su *vitalidad*.

El niño posee, pues, dos clases de movimientos: los que tienen un fin determinado y los que no responden a él.

Reflejo de succión.—Uno de los movimientos reflejos más importantes es el que se provoca cuando se toca al niño en los labios; el niño reacciona siempre del mismo modo y es lo que se llama REFLEJO DE SUCCION. Si este reflejo no existiese, el niño no podría extraer la leche para su alimento; esto ocurre en los niños prematuros o débiles congénitos, en los cuales el desarrollo del cerebro es insuficiente y no poseen movimientos reflejos. Estos niños son muy difíciles de criar; se comprende que si no reaccionan al contacto del pecho o del biberón, habrá que alimentarlos artificialmente echándoles directamente en la boca con cuchara o pislero la leche que ellos no pueden extraer por sí solos del pecho. Entonces ellos *traen esta leche* merced al REFLEJO DE DEGLUCION que provoca el contacto de la leche con la parte inferior de la lengua. Pero si tampoco tienen este último reflejo, será preciso alimentarles con sonda directa en el estómago.

Reflejo del abrazo.—Si se sobresalta al

finación. Pero todavía no es capaz de decir frases ni de entender lo que dice. Pasa tiempo antes de que el niño pueda emitir sonidos largos; su respiración es todavía muy rápida y tiene que aprender a respirar hondamente para poder repetir varias palabras. Es en el segundo y tercer año cuando el niño se expresa por pequeñas frases.

La expresión del objeto que el niño quiere designar necesita una asociación de imágenes. Por ejemplo, la leche; el niño acaba por adquirir nociones sobre la leche, porque su inteligencia recibe diversas sensaciones: color, gusto, etc., que asociadas al sonido «leche» hacen que del conjunto de estas diversas percepciones surja una idea que tiene varias facetas, resultantes de estas diversas percepciones en los órganos de los sentidos. Sólo un niño que tenga desarrollados sus sentidos será capaz, por lo tanto, de asociar las ideas.

Un niño que no habla a los dos años, reclama un examen médico: esta anomalía en el lenguaje es debida a diversas causas: alteraciones de la audición que impiden al niño oír, y, por consiguiente, reproducir los sonidos; malformaciones de los órganos de la palabra, etc.

La mirada del recién nacido es vaga, sin expresión. En las primeras semanas distinguen la luz de la obscuridad; pero sus ojos no conocen las distancias ni los colo-

tamaño, pareciéndoles que están a su alcance. Es lo mismo que ocurre en los pollitos recién nacidos, que no saben la distancia que les separa de los granos esparcidos por el suelo y pican en el aire sin llegar a cogerlos.

El niño anda primeramente con las piernas abiertas para mantener el equilibrio del cuerpo; paulatinamente adquiere sensación de fuerza y va modificando la postura de las piernas hasta llegar a la marcha normal.

El niño anda generalmente hacia el final del primer año. Puede decirse que un niño que no anda a los quince meses es un niño que debe ser examinado por el médico, puesto que puede ser un *retrasado*, bien por una enfermedad del sistema óseo (raquitismo) o bien por alteraciones nerviosas que provengan de una afección cerebral o por mala nutrición (canijos).

A los cinco o seis meses el niño emite sonidos inarticulados que le divierten. Durante el segundo trimestre aprende a decir una sílaba; las labiales son las más fáciles porque los movimientos de los labios son simples y naturalmente se manifiestan las primeras. Así el niño repite «ma-ma», lo que ha hecho que las madres se apropien esta primera palabra como dedicada a ellas. El escuchar su propia voz causa satisfacción en el niño y repite las sílabas, lo que hace que se le graben en su ima-

niño pequeño recién nacido dando un golpe fuerte sobre la mesa donde está echado, hace un movimiento como si quisiera abrazar. Este movimiento, reflejo, parece indicar que el niño reacciona contra los sustos buscando una defensa en su madre y abrazándose a ella.

A medida que el niño se desarrolla va aumentando sus movimientos con otros que ya no son reflejos, sino que expresan el desarrollo tanto de los músculos como del sistema nervioso.

El recién nacido no puede sostener la cabeza erguida, ni puede sentarse, ni levantarse; sus músculos son flojos y no tienen fuerza para sostener ni la cabeza ni el tronco; por esto el niño tiene la cabeza caída.

Aparte de esta debilidad de los músculos, existe también cierta incapacidad de la mente del niño. Tiene que mover no uno sino muchos músculos, y para ello necesita un cierto desarrollo de la inteligencia. Esto lo comprueban los casos de niños idiotas, los cuales tienen potentes los músculos y sin embargo no levantan la cabeza. Para que el niño pueda hacer estos movimientos son precisas las dos condiciones: que los músculos tengan fuerza y que la inteligencia se vaya desarrollando lo suficiente para coordinar la contracción de los diversos músculos.

Ordinariamente un niño sano, a los tres

meses es capaz de levantar la cabeza *voluntariamente*; es ya éste un movimiento que el niño hace *cuando quiere*. Se comienza colocándole boca abajo en la cuna y estimulando su atención por un objeto brillante, etc. Entonces, si el niño es capaz de ello, levanta la cabeza para buscar el objeto que se le enseña.

Hacia los seis meses el niño puede mantenerse sentado. Hasta esa edad la columna vertebral se doblaba por el peso del tronco indicando que los músculos no son lo suficientemente fuertes para sostenerla erguida; a partir de los seis meses, los músculos del tronco están más fuertes y mantienen recta la columna vertebral. Al principio, el niño se mantiene sentado muy poco tiempo: unos segundos nada más; después ya se va sosteniendo durante más espacio.

A los nueve meses es capaz de mantenerse de pie, pero apoyado.

El recién nacido mantiene las piernas encogidas, lo mismo que las tenía en el útero de su madre; esta postura se va modificando, y hacia los seis meses, el niño hace presión contra el suelo si se intenta ponerle de pie.

A los nueve meses sus músculos tienen fuerza no sólo para mantener la cabeza y el tronco erguido, sino también para mantener el tronco sobre las piernas. A esta edad el niño ha adquirido ya las diferen-

cias de postura que existen entre el animal y el hombre; es un BIPEDO; puede sostenerse en dos pies. Pero todavía no sabe andar; la marcha requiere no sólo fuerza, sino también ciertos movimientos.

Es al final del primer año cuando el niño se suelta a andar. El entrenamiento lo hace gateando; hacia las seis semanas tiene la curiosidad de los objetos; antes de esa edad no podía fijar los dos ojos en un mismo punto; resultado era el que se lezcase los ojos de vez en cuando. Así, pues, desde las seis semanas ya fija la mirada en un objeto brillante y tiene tendencia a inclinar la cabeza en dirección a la luz, pero a partir de los tres meses, *sigue* con la cabeza a la madre o a un objeto que le llama la atención; es este el primer paso para llegar a andar, porque inmediatamente después aparece la posibilidad de *coger* lo que le interesaba, cuya facultad se presenta hacia los cuatro meses. Hacia esta fecha el niño intenta asir con su manita el brillante objeto que se le muestra; pero como no posee aún la noción de «distancia», sus movimientos son torpes y muchas veces fracasa en su intento de *coger*.

Sigue luego la noción de la distancia; los niños recién nacidos ven los objetos en un mismo plano; no conocen la profundidad y no tienen la noción de la distancia. Solamente distinguen los objetos por su

En cuanto a la legislación sobre la leche se tiende a unificar la existente —muy heterogénea— en los distintos Estados, para lo cual la Oficina de Salud Pública ha dictado y recomendado pautas uniformes sobre los siguientes puntos:

a) Definición de una cualidad de leche que presente con el máximo de seguridades higiénicas y de buen gusto, un precio de reventa mínimo («grado A pasteurizada»).

b) Para los sitios que no pueden pasteurizar toda la leche, se han dado normas legislativas sobre la leche cruda, la cual se reglamenta en dos tipos:

1. «Leche certificada», controlada por Comisiones locales; y

2. «Leche cruda, grado A», controlada por el Servicio Local de Higiene.

c) A fin de dotar a los funcionarios de Sanidad de los necesarios medios coercitivos, para hacer cumplir la ley, ésta puede obligar a todos los productores y proveedores de leche, de un permiso de venta expedido por el Servicio de Higiene, el cual podrá retirárselo si descubre infracciones al Reglamento. Por otra parte, el Decreto puede definir grados inferiores de calidad de la leche y obligar a todos los suministradores a aplicar a sus productos la etiqueta que indique este grado inferior cuando se demuestre que, en efecto, no cumple las condiciones exigidas al grado superior. En general, se hace más uso de este último recurso nutritivo de «degradación» de la leche, el cual es vivamente recomendado por el Decreto que exponemos de reglamentación de la industria lechera.

d) Las granjas y lecherías deben ser inspeccionadas, y se procederá al examen frecuente de muestras de leches, para asegurar la estricta ejecución del Decreto.

e) Para asegurar la uniformidad en la ejecución de los diferentes puntos del mencionado Decreto, el *Servicio de Sanidad Pública* ha editado un Estatuto de la Leche, para la aplicación del Decreto, sirviendo asimismo de manual de instrucción para los inspectores de la leche y de los que se ocupan de la industria lechera.

f) De tiempo en tiempo el Servicio de Sanidad de cada Estado debe apreciar el

trabajo de control lechero realizado por cada Ayuntamiento del mismo, siendo centralizadas las informaciones en el Servicio de Sanidad Pública de los Estados Unidos, el cual publica semestralmente listas de los municipalizados que obtienen notas superiores al 90 por 100.

El número de municipalizados que han adoptado hasta el presente el programa uniforme mencionado, es de 600, y 100 de ellos han obtenido, en cuanto a salubridad de la leche, más de 90 por 100 de puntuación.

REGLAMENTACION DE LA INDUSTRIA LECHERA.—ITALIA.—En 1929 se redactó un Reglamento para controlar la producción y venta de leche de consumo: La idea fundamental que ha procedido este Reglamento y de la originalidad es el establecimiento de centrales de leches o bien contiene una serie de disposiciones complementarias muy importantes y del siguiente tenor:

Título 1.º Normas de autorización para establecer una vaquería destinada a leche de consumo. Cualidades higiénicas, establecimiento.

Título 2.º Condiciones exigibles a los animales destinados a producción de la leche. Alimentación. Declaración de cualquier enfermedad febril de los animales. Epizootias que impiden la utilización de la leche. Vigilancia veterinarias.

Título 3.º Estado de salud irreproachable del personal afecto a los establecimientos. Notificación de las infecciones del personal comprobadas o sospechadas.

Título 4.º Cualidades de la leche: Peso específico, grasa, residuo seco. Indicación de la especie animal de que proviene. Ordenado filtrado, refrigeración. Cualidades de los recipientes y vehículos de transporte.

Título 5.º Condiciones que deben llenar las expendedurías de leche. Cualidades higiénicas exigibles a la leche puesta a la venta. Recipientes para venta y empleos de botellas de cierre hermético para la distribución a domicilio.

Título 6.º La Centrales lecheras destinadas a la centralización control y tratamiento

to (pasteurización principalmente) adecuado para asegurar la pureza y salubridad de la leche destinada al consumo.

Título 7.º Condiciones estrictas requeridas para poner a la venta leche cruda.

Título 8.º Condiciones exigidas para poner a la venta leches de otros animales o preparaciones lacteas diversas (cremas, babeurre, etc.).

Título 9.º Condiciones exigidas para poner a la venta animales tenidos en libertad. (Estas condiciones son las mismas que para los estabulados).

Título 10. Lucha contra las moscas.

Título 11. Disposiciones generales para poner en vigor el Reglamento y Sanciones penales a los contraventores.

Las Centrales Lecheras son sostenidas por los Ayuntamientos o contratadas a Sociedades que se encargan del servicio (como en Roma).

Las Centrales reciben la leche de las granjas acondicionadas a las disposiciones del Reglamento para la producción de leche pura. El transporte de la misma se hace en recipientes y camiones aceptados por el Comisario como satisfactorios.

Las operaciones que ejecutan las Centrales son:

- 1.º Control de la leche a su llegada.
 - 2.º Descarga, pesaje y limpieza de la leche.
 - 3.º Pasteurización.
 - 4.º Refrigeración.
 - 5.º Distribución en bidones y botellas esterilizadas cerradas con cierres inviolables.
 - 6.º Lavados y desinfección de los recipientes ya usados.
 - 7.º La distribución de la leche de tal modo acondicionada se hace en camiones a la colectividad y depósitos de venta.
- Análisis de leche a la entrada y a la salida.

Precio de la leche en envases de un litro, medio y cuarto de litro, 1,30 liras el litro.

En Roma la Central se halla sometida a la autoridad de un comité nombrado por el Gobernador y presidido por un Delegado de su nombramiento. Del Comité forma parte un representante del Ministerio de

las Corporaciones; un representante del Parlamento nacional y un representante de las Asociaciones sindicales interesadas. El Comité ejerce atribuciones de vigilancia administrativa, salvo las que tienen un carácter técnico, que son confiadas a la Oficina de Higiene. Todas las fuerzas vivas productoras de la Provincia colaboran al funcionamiento de las Centrales. Para control se utiliza un sistema gráfico consistente en señalar un color a cada productor, consignándole en la correspondiente hoja los análisis de su leche; para imponer en caso de necesidad las correspondientes sanciones.

HIGIENE DEL BIBERON.—DISPOSICIONES QUE REGULAN EN ITALIA, SEGUN LA LEY DE SANIDAD DE 27 DE JULIO DEL 1934, LA FABRICACION Y VENTAS DE LOS ARTICULOS DE CAUTCHUT DESTINADOS A LOS LACTANTES: TETINAS, MAMADERAS Y SIMILARES.—Art. 190. Se prohíbe importar, fabricar, vender o tener a la venta:

a) Tetinas de tubo de goma, así como las piezas destinadas a proveerlas.

b) Chupetes para lactantes que no estén constituidos por cautchut absolutamente puro.

Los contraventores, serán castigados con multa de 1.000 liras.

Art. 191. El caucho vulcanizado que entre en la constitución de las tetinas para biberones sin tubo, de maderas, de anillos de succión, de sacaleches, de chupetes y objetos similares, fabricados en el reino o importados, no debe contener ni plomo, cinz, ni antimonio, ni arsénico ni ninguna otra sustancia nociva.

Los artículos de caucho precitados, debe llevar grabado en forma indeleble la marca de fábrica del fabricante.

Los contraventores serán castigados con multas entre 100 y 1.000 liras.

MEDIDAS DE HIGIENE CONCERNIENTES A LA LACTANCIA MERCENARIA, SEGUN LA LEY DE SANIDAD DICTADA EN ITALIA EL 27 DE JULIO DEL 1934.—Art. 309. La lactancia

mercenaria está subordinada a una autorización del podestá, concedida después de visita médica que haya confirmado que la nodriza no está afecta de sífilis, blenorragia, tuberculosis o cualquier otra enfermedad infecciosa o difusible.

La autoridad sanitaria local ejerce además la vigilancia de las nodrizas autorizadas, para llevar a efecto la profilaxis de las enfermedades mencionadas en el precedente capítulo.

Cuando se comprueba que la nodriza autorizada está afecta de una de las enfermedades anteriormente mencionadas, el podestá retira la correspondiente autorización.

Las contravenciones a lo anterior, se castigan con multas oscilantes entre 200 a 2.000 liras.

Art. 310. Sobre la denuncia de un caso de sífilis transmitada por una nodriza la autoridad sanitaria asegura el tratamiento hospitalario gratuito de la nodriza infectada.

El tratamiento puede asimismo seguirse a domicilio, con el consentimiento de la mencionada autoridad sanitaria, cuando la nodriza tuviese medios para ello y el médico asumiese la responsabilidad por un compromiso escrito.

Además deberán tomarse todas las medidas necesarias para lactancia del bebé y

para impedir la transmisión de la enfermedad.

Cuando fuese imposible realizarlo de otro modo sin peligro, la autoridad sanitaria deberá ordenar la hospitalización de urgencia de la nodriza o del bebé, en caso de necesidad en un hospital cuya organización no permita en casos normales tal hospitalización.

Art. 311. Puede acordarse, en el límite de las disponibilidades de los créditos inscritos en el Presupuesto del Ministerio del Interior para la profilaxis de las enfermedades infecciosas y a título de estímulo, subvenciones especiales o recompensas a los Institutos de Puericultura, a los Dispensarios para recién nacidos y a las Instituciones con análogos fines, cuando se hayan hecho dignos de ellas por los resultados favorables obtenidos en el estado sanitario de los recién nacidos confiados a sus cuidados, principalmente en lo que concierne a la sífilis.

Art. 312. El reglamento que fijará las normas de ejecución de las disposiciones contenidas en la presente sección, determinará igualmente las modalidades y las garantías a las cuales deberá subordinarse la autorización exigida a las nodrizas sífilíticas para lactar exclusivamente niños sífilíticos.

Eledon



Producto Nestlé elaborado en La Penilla (Santander).

(Babeurre en polvo), leche parcialmente descremada y acidificada mediante un cultivo seleccionado.

De composición constante, larga conservación y fácil de preparar.

Dietético de inmejorables resultados en el tratamiento de gastritis, diarreas, disenterías, intolerancias de la leche y distrofias, tanto en los lactantes como en los adultos.

El mejor alimento inicial para prematuros.

Pídanse muestras y folletos a Sociedad Nestlé A. E. P. A.

Calle Luchana, 29 • MADRID



EQUIPOS PARA PARTOS

APARATOS Y UTENSILIOS

para la instalación de

**"GOTAS DE LECHE",
INSTITUTOS DE
PUERICULTURA, etc.**

INDUSTRIAS SANITARIAS S.A.

(ANTIGUA "CASA HARTMANN")

Sección Bibliográfica

(En esta sección daremos cuenta de las obras recibidas, comentando aquellas de las que se nos envíen dos ejemplares)

BROCA Y MARIE.—*L'Année Pédiatrique*, 166 páginas. Masson et. Cie. Editores, 1935. París. 25 frs.

Los autores se han propuesto con la publicación de este librito, dar a conocer de un modo sucinto al médico práctico una serie de cuadros clínicos que van ganando relieve propio y personalidad de día en día, imponiéndose como adquisiciones clínicas indudables. El médico práctico (el pediatra práctico) no puede extraer habitualmente por sí mismo la enseñanza concreta de un maremagnum de publicaciones sobre los diversos aspectos —etiológico, anatomopatológico, clínico, patogénico, etcétera— de las enfermedades en formación didáctica, siendo por consiguiente acertada la idea de presentarle concretados estos conocimientos sustantivos, en un adelanto de lo que contendrán en próximos días libros de texto que maneje aun poco o nada preocupados de los problemas de actualidad palpitante.

Contiene el volumen estudios breves y enjundiosos de: acrodinia, enfermedad de Still, linfogranulomatosis maligna, meningococemia, nefrosis lipoide, piocefalia del lactante, edema pulmonar subagudo curable del lactante, fiebre de leche seca, el papel de las vitaminas en clínica infantil, úlcera del divertículo de Meckel, etmoiditis aguda del niño, apofisitis tibial anterior, orquitis agudas y subagudas de la infancia, tratamiento de las pielonefritis a colibacilos, nuevos progresos en la vacunación antidiftérica, modernos métodos de profilaxis del sarampión, la radiografía pulmonar en el eritema nudoso.

Por la enunciación de los temas tratados, se comprende fácilmente cuán útil puede ser al pediatra la obrita que comentamos, que piensa publicarse anualmente en un renovado deseo de puesta al día

de cuanto aparezca en clínica infantil.

JASO

J. RENNES.—*Production-Commerce et Contrôle Higienique du lait*.—283 páginas. Vigot Freres, 1935. París.

Trata el autor en tres partes de: La producción de la leche, del comercio lechero y del control de la producción y venta de la leche. Se trata, pues, de un libro meramente sanitario, dedicado a cuantos se preocupan de la leche alimento, y particularmente de los encargados de controlar de algún modo la industria lechera.

En la primera parte describe el autor de un modo limpio y sencillo la vaquería y sus dependencias, pastos de los animales, ordeñado, recogida de la leche por los diversos procedimientos, desinfección de locales, etc. El examen médico del personal y animales de producción lechera son objeto de un sustancioso capítulo. Describe después los diversos procedimientos de esterilización y conservación de la leche (filtración, pausterización, estassanización, etc.), y condiciones durante el transporte a grandes distancias.

En la segunda parte trata de la organización del comercio de la leche con sus diversos procedimientos (cooperativas, sindicatos de productores, detallistas, etc.), las modalidades de aprovisionamiento de las ciudades y el precio de la leche.

Finalmente, en la tercera parte se trata con todo detalle la organización sanitaria del control lechero. Se trata, pues, de un libro muy interesante en que las cuestiones adquieren su importancia relativa y son tratadas concisamente y de un modo científicamente completo.

JASO

REVISTA DE REVISTAS

Armstrong.—La encefalitis post-vacunal y su prevención.—Post-vaccinal encephalitis and its prevention.—«Pub. Health Rep.», 1932, T. 47, p. 1. 552.

La única medida que parecía ser eficaz en la profilaxis de la encefalitis vacunal es la reducción del área de vacunación a menos de $1/8^{\circ}$ de pulgada en su mayor diámetro, y vacunar a los lactantes cuando eran muy pequeños.

El A. ha comprobado que la inyección de anatoxina diftérica al cobaya le hace más resistente a la posterior inoculación de virus-vacuna, motivo por el cual propone diferir la primo-vacunación hasta después de haber vacunado al niño contra la difteria.

SOJA

Imamura.—Sobre los resultados de la vacunación preventiva con el B. C. G. en el hombre. Sur les résultats de la vaccination preventive par la B. C. G. chez l'Homme. «Off. Int. d'Hyg. Pub.» 1935, T. XXVII, p. 890.

El A., después de comprobar durante cinco años, mediante la experimentación animal, que la B. C. G. produce cierta inmunidad contra los bacilos virulentos, ha llevado a cabo estudios de inmunización en el hombre, utilizando la inyección hipodérmica como vía de ingreso, por haberse mostrado la más inmunizante.

Las alumnas-Enfermeras del Hospital Clínico de Osaka que resultaron tuberculino-negativas (ninguna reacción o sólo enrojecimiento de menos de 0,6 cm. de diámetro, con so. de tuberculina al $1/2.000$), en número de 126, fueron sometidas a la vacunación hipodérmica con B. C. G. De este grupo sólo enfermaron de tuberculosis un 4,8 por 100, y fallecieron en proporción de 0,6 por 100 por tuberculosis, mientras

que en el grupo tuberculino-negativo control enfermaron un 14,4 por 100 y fallecieron un 6,7 por 100.

Entre 1.645 obreras, 994 eran tuberculino-negativas, empleando la técnica de Mantoux al $1/1.000$, siendo vacunadas con 0,02 milgrs. de B. C. G. subcutánea. Al año siguiente, la mortalidad entre las vacunadas era de 0,6 por 100 por tuberculosis, mientras que en el grupo de no vacunadas fué de 2,7 por 100.

Concluye el A.:

1.º No se produce tuberculosis progresiva consecutivamente a la vacunación hipodérmica con B. C. G.

2.º Hay que admitir que la morbilidad tuberculosa se disminuye más o menos en los sujetos que presentaban una reacción tuberculínica negativa.

3.º No obstante, dado que la eficacia de esta vacunación no es absoluta, no se puede descuidar el empleo de otros métodos preventivos de la tuberculosis.

4.º Al cabo de un tiempo determinado, después de la primovacuna, haría falta examinar de nuevo la reacción tuberculínica, debiendo hacer una segunda vacunación en los individuos en que continuase siendo negativa.

5.º No se puede admitir que la vacunación con B. C. G. pueda proteger absolutamente contra la tuberculosis espontánea. Por consiguiente, si ya existe una tuberculosis, infección natural, no hay lugar a practicar la vacunación con el B. C. G.

6.º Es muy difícil determinar si un sujeto está o no infectado de tuberculosis, pero el A. cree que puede ejecutarse la vacunación con el B. C. G. por vía hipodérmica en aquellos sujetos que presenten enrojecimiento menor de 0,4 cm. de diámetro con una inyección intradérmica de 0,1 c. c. de la sol, al milésimo de tuberculina.

SOJA

Debré Joannon y Cremieu-Alcan.—Encuesta internacional sobre la mortalidad infantil. Enquete internationale sur la mortalité foeto-infantil. «Rev. d'Hyg.» 1934, T. 56 p. 161.

Continúan los autores resumiendo los resultados obtenidos en la encuesta que sobre el tema les encargó la Sociedad de Naciones. La mortalidad infantil no debe considerarse como una unidad, sino que consta de diversos períodos bien diferenciados:

- 1.º Nacidos muertos.
- 2.º Mortalidad durante el nacimiento y en los siete días siguientes.
- 3.º La mortalidad en el primer mes de la vida, con exclusión de la primera semana; la mortalidad en los meses segundo y tercero.
- 4.º La mortalidad en el segundo trimestre; y
- 5.º La del segundo semestre.

El número de nacidos muertos en proporción con la mortalidad del primer año, como 3 : 7. La mortalidad de la primera semana es aproximadamente igual en cuantía a la de todo el segundo semestre; es particularmente elevada en los distritos en que existe una escasa mortalidad infantil. La mortalidad de los prematuros es tres veces superior a la producida por traumatismos al nacimiento.

En resumen, se comprueba que la mitad de la mortalidad infantil es achacable a peligros congénitos, una cuarta parte a infecciones y una décima parte a trastornos nutritivos (se refiere el A. sobre todo a Francia!) Entre los peligros congénitos, juega en Francia la sífilis un gran papel, siendo atribuibles a esta infección crónica de la madre casi la mitad de todos los nacidos muertos. En los distritos rurales son más frecuentes las anomalías congénitas, lo que obedecería a los frecuentes casamientos entre consanguíneos. Las gestosis son más frecuentes en los distritos rurales, en Francia, jugando en su producción cierto papel la clase de alimentación. Entre las infecciones juega el más importante papel la tos-ferina, la grippe, la tuberculosis y el sarampión.

En la lucha contra la mortalidad del lactante se comprueba que lo más fácil de influenciar son las defunciones por trastornos nutritivos, y las más difíciles las causas congénitas, si bien aún puede alcanzarse mucho en dicho sentido, particularmente en la profilaxis de las muertes tempranas de los primeros tiempos de la vida del niño, mediante mejoras en la alimentación de las madres. Muy difícil resulta, por el contrario, lograr reducciones de las cifras de mortalidad por enfermedades infecciosas, aunque opinan los autores que puede rebajarse la mortalidad infantil hasta 4-5 por 100.

SOJA

Lesné y Peycelón.—¿A qué edad cesa el niño de ser ambidextro para hacerse diestro? A quel age un enfant cess-t-il d'être ambidextre pour devenir droitier? Bull. Soc. Pédiatr. Paris. 1934, T. 32, p. 439

Después de investigaciones experimentales, concluyen los AA. que los niños todos son «ambimanos» (esto es, que cogen todo con las dos manos a la vez), al principio, de los cinco a los nueve meses son ambidextros (o sea, que cogen las cosas sólo con una mano, pero indistintamente la derecha o la izquierda). Desde los doce meses prefiere coger las cosas con la mano derecha, pudiendo, sin embargo, estar dilatado este proceso fisiológico por influjos educativos o causas patológicas.

SOJA

Lukács, József y Mihály Bak.—Sobre alimentación del recién nacido. «Orvosképzés». 1934, T. 24, p. 35

Una tercera parte de todas las defunciones ocurridas en el primer año de la vida ocurren en el primer mes, por cuyo motivo debe vigilarse mucho el recién nacido. Según el A., debe emplearse el siguiente esquema en la alimentación de los recién nacidos; se comenzará la alimentación a las seis horas de nacer el niño, administrando 2-3 cucharaditas de la siguiente mezcla: Glucosa, 40 grs.; de citrato sódico y de

cloruro sódico, 0,5 grs.; te claro hasta 100 gramos. Desde este momento recibe el niño cada tres horas 20-30 c. c. de esta solución, durante la noche sólo se le dará cuando lllore. Al cabo de doce horas se colocará al pecho cada dos horas y en ambos lados, vaciando luego el pecho completamente con un sacaleches; en los primeros dos días (y en los malos lactantes también en los tres o cuatro) se administrará también solución de te entre cada dos tetadas. Los lactantes enérgicos ya al quinto-sexto día se contentan con siete tetadas. Cuando ocurre la subida de la leche puede darse sólo un pecho en cada tetada, si bien no hay que ceñirse a un esquema rígido pasados los primeros días, sino instituirlo de acuerdo con las peculiaridades del caso. Respecto a los lactagogos, opinan los AA. que los pluriglandulares tales como el Lactaggo Hormogland Sec. B. Richter, puede ser útiles, mientras que los uniglandulares de placenta, nipo-fisis, etc., y las irradiaciones ultravioletas, son de poco éxito.

SOJA

A. Hottinger.—La profilaxis de las enfermedades contagiosas y su tratamiento en la clínica universitaria de Düsseldorf. La prophylaxie de maladies contagieuses et leur traitement á la clinique universitaire de Düsseldorf. «Revue Française de Puericulture». Tomo II, páginas 4-233. 1934.

El autor expone los resultados de su experiencia de cuatro años, siguiendo la organización y las ideas de Schlossmann. Afirma que la disposición arquitectural de los edificios no es suficiente para evitar los contagios intrahospitalarios. A pesar de las minuciosas precauciones observadas no ha sido posible evitar la contaminación en 54 ocasiones. Las enfermedades transmitidas han sido por orden de mayor a menor frecuencia: varicela, sarampión, difteria, escarlatina y coqueluche; muy pocos casos de rubeola y parotiditis. Es suficiente un tabique de dos metros de altura o una distancia de tres metros entre las camas para

evitar la transmisión de las infecciones, aun del sarampión y varicela. Los contagios intrahospitalarios provienen del personal cuidador, que por exceso de trabajo en tiempo de epidemias o por ser enfermeras-alumnas y cambiar frecuentemente de servicios tienen algún descuido.

Todo el personal observa cuidadosamente tres reglas: cambio de blusa al entrar en cada box, lavado de manos antes y después de ver al enfermo y aireación suficiente antes de atender a un enfermo de distinta infección del que se acaba de cuidar. Esta aireación, inútil para la tifoidea, difteria, disenteria o paratoditis, debe durar quince minutos después de un enfermo de sarampión, veinte-veinticinco después de uno de varicela y treinta-treinta y cinco si era un escarlatinoso.

Las salas también son aireadas día y noche y el aire enfriado.

Las enfermeras y médicos viven aparte y comen en comedores distintos a los de el resto del personal del hospital que no atiende infecciosos.

Hay una enfermera por cada 5-6 camas, una sirvienta por cada 30 y un médico por cada 60-80 camas.

Cuatro médicos de gran experiencia se ocupan especialmente del servicio de ingreso. Se reconoce la gran dificultad de establecer un diagnóstico exacto, y la frecuencia (8-10 por 100) con que los enfermos estaban infectados de dos enfermedades.

Con estos minuciosos cuidados se ha conseguido reducir los contagios intrahospitalarios al 2,6 por 100, mientras que éstos se producen en el medio familiar en el 7,1 por 100 de los casos.

De las diversas vacunaciones ensayadas, la única que ha dado resultado es la del sarampión mediante el suero de convaleciente.

JOSE GUTIERREZ ALONSO

E. Cordier.—El Instituto de Puericultura de Bruselas. L'institut de Puericulture de Bruxelles. «Revue Médico-Sociale de L'Enfance». Núm. 2, pág. 103. 1935.

Dicha Institución está dividida en dos

departamentos destinados el uno a los niños colocados por las familias o Mutualidades y el otro a los niños pobres. Estos últimos ingresan por mediación de las Comisiones de Asistencia pública, Obras sociales, Obras de la infancia y demás organismos análogos.

El Instituto acepta los niños prematuros y enfermos o a los que su estado de salud exige una vigilancia médica continua, la cual es realizada por el personal especializado. Acoge también a los niños sanos que por enfermedad de la madre o cualquier otro motivo no puede estar en su domicilio y a los hijos de padres que precisan para ganar el sustento viajar la mayor parte del año. Hay que hacer notar que el Instituto de Puericultura de Bruselas no ha recibido jamás apoyo económico alguno del Estado, Provincia ni Municipio, sino que se desenvuelve merced a la ayuda de los particulares.

BERNAL FANDOS

H. Roueche.—Los ejercicios físicos en las convalecencias infantiles. Les exercices physiques chez les convalescents infantiles. «Revue Médico-Sociale de L'Enfance». Núm. 2, pág. 87. 1955.

Parece comprobado que el crecimiento y desarrollo de los convalecientes se realiza en mejores condiciones cuando se les somete a un ejercicio moderado que si se les tiene en reposo.

Boigey es uno de los que más se han ocupado de esta cuestión y dice que el ejercicio influye beneficiosamente sobre el aumento de peso durante la convalecencia además recuperan la Tuerza muscular más pronto y se activan los cambios respiratorios y la ventilación pulmonar de una manera más intensa.

El autor tiene gran experiencia sobre el problema que nos ocupa, pues sus experiencias las viene realizando desde hace diez años.

BERNAL FANDOS

A. Wallgren.—El movimiento de la Puericultura en Suecia. Le mouvement de la Puericulture en Suède. «Revue Française de Puericulture». Núm. 1. 1955.

La asistencia de los niños en Suecia ha tomado gran incremento en estos últimos años merced al llamado «Fondo de Herencia», el cual está constituido por los bienes que dejan las personas que mueren sin tener herederos directos. En los siete años que cuenta de existencia ha alcanzado un total de 4.700.000 francos, y por lo tanto es de esperar que en una o dos generaciones alcance una cifra importantísima.

Existen desde 1933 cajas de seguros maternos atendidas por el Estado, las cuales abonan ocho francos diarios como mínimo durante treinta a cincuenta y seis días a toda mujer asegurada antes de nacer el niño. Las que no están aseguradas también se benefician cobrando cuatro francos diarios durante un mes. Todas las mujeres que deseen recibir el seguro de maternidad deben hacer declaración por lo menos dos meses antes de la fecha probable del parto con objeto de recibir instrucciones y consejos.

La Liga Sueca de Protección a la Infancia organiza todos los años cursos dedicados a la crianza y cuidado de los niños en los diferentes pueblos del país. Y, finalmente, en las grandes poblaciones existen consultas encargadas de la vigilancia del desarrollo psíquico del niño y establecimientos donde se internan a los niños afectados de psicopatías. Además existen en Suecia 40 Asilos o Casas de Corrección para los niños criminales o predispuestos a serlo.

BERNAL FANDOS

A. Wallgren et Th. Nilson.—Estudio sobre las condiciones de aparición y la profilaxis de la meningitis tuberculosa. Etude sur les conditios d'apparition et la prophylaxie de la meningite tuberculeuse. «Revue Française de Pédiatrie». Tome XI. Núm. 1, 1955.

Los autores del análisis de las condiciones que presiden a la aparición de la me-

ningitis tuberculosa (M. Tb.) y de las observaciones que relatan, creen poder establecer las conclusiones siguientes:

Primera. Con pocas excepciones, la M. Tb. sobreviene antes que los síntomas morbosos post-primarios se hayan hecho aparentes.

Segunda. Igualmente, con pocas excepciones, ella aparece en los niños cuya tuberculosis primaria es de fecha reciente.

Tercera. El peligro de la M. Tb. es, sobre todo, muy grande en el curso de los tres primeros meses que siguen a la infección primaria; pasado este período se vuelve relativamente más rara.

Cuarta. Los niños en los tres primeros años de la vida están particularmente expuestos a sufrir la meningitis después de la infección tuberculosa.

Quinta. El riesgo de M. Tb. parece ser muy grande si el niño ha sido infectado durante los tres primeros meses del año; en cambio, el riesgo es mínimo si lo ha sido durante el tercer trimestre; y

Sexta. Que hay hechos que parecen indicar que un tratamiento racional y precoz de los niños afectos de tuberculosis primaria puede disminuir, en cierta medida, los riesgos de M. Tb.

(Bibliografía.)

JOSE ANT. CONEJO

L. Garot. R. Vivario et Mlle Comhaire.—Contribución al estudio de los trastornos del metabolismo químico en la desnutrición grave del lactante: El metabolismo nitrogenado. Contribution à l'Étude des troubles du métabolisme chimique dans la dénutrition grave du nourrisson, V^e Mémoire: Le métabolisme azoté. Revue Française de Pédiatrie. Tome XI, número 1, 1955.

En primer lugar tratan de justificar los

autores la división de la desnutrición de los lactantes en dos formas fisiopatológicas distintas: Primera, con integridad de las combustiones celulares, a la que corresponden los casos de hipotrepisia de primer grado y numerosos casos de hipotrepisia de segundo grado; segunda fase, en la que las combustiones celulares están alteradas y corresponde a algunos casos de hipotrepisia de segundo grado y a la atrepisia.

Después de estudiar varios casos de hipotrepisia y atrepisia, sacan las conclusiones siguientes:

La utilización digestiva de las proteínas apenas está alterada por la desnutrición, cualquiera que sea su grado. En los casos más desfavorables la pérdida de N. en las deyecciones no pasa del 20 por 100 del ingerido.

La retención nitrogenada está lo más amenudo elevada, a pesar de la profunda decadencia del organismo y de la falta de ganancia de peso, pero es poco probable que corresponda a una asimilación verdadera.

En la primera fase de la desnutrición, la descomposición de la orina es normal.

En la segunda fase, la composición de la orina sufre profundas modificaciones: el N de la urea cae por debajo del 60 por 100 del N total. Del N amoniacal sólo hay vestigios.

El coeficiente de Maillard-Lanzenberg y la relación ácidos orgánicos urea, están netamente aumentados en la segunda fase de la desnutrición.

(Bibliografía.)

JOSE ANT. CONEJO

Toda la correspondencia administrativa y giros dirijase al Administrador de PUERICULTURA ESPAÑOLA, don José Antonio Conejo, Ferraz, 60, Madrid.

Paído-Salus (Inyectable)

Espiricida. Tónico y recalcificante infantil

Producto nacional, dedicado especialmente a los PEDIATRAS ESPAÑOLES

Preparado en el "Laboratorio de M. Capilla"

MADRID

Tanagel

ANTIDIARRETICO
(Tanato de gelatina); *simple* en papeles para niños; y *compuesto* en sellos y comprimidos con opio y belladona para adultos.

C S A A L V A R E Z MATERIAL CIENTIFICO

Representante General para España de E. LEITZ

Instalación completa de LABORATORIOS, CLINICAS, HOSPITALES, ETC.

Material completo para ANALISIS DE LECHE

MAYOR, 7

TELEFONO 12050

MADRID

La suscripción a PUERICULTURA ESPAÑOLA sólo cuesta 12 pesetas al año. Suscribiéndose a ella labora en su propio beneficio, ya que contribuye a sostener la «Asociación Nacional de Médicos Puericultores» que promueve una exaltación de los principios sagrados de la higiene del niño y una mayor difusión de los mismos en nuestro país.

Sección sindical y Noticias

Nuevos Médicos Puericultores.

Después de los estudios correspondientes cursados en la Escuela Nacional de Puericultura, y terminados con la visita a importantes Centros de Asistencia Sanitaria Infantil de España y extranjero, han obtenido el título de Médico-Puericultor los señores gisuintes:

- D. Rafael Alemany Soler.
- D. Antonio Arbelo Curbelo.
- Señorita Rosario Blasco Ortiz.
- D. Arturo Gallego de la Torre.
- D. Angel Hebrero Alonso.
- D. Luis Hinaraja y Arizti.
- D. Noé Huamán Oyague.
- D. Vicente Jiménez González.
- D. Emilio López Pérez.
- D. Jaime Magaz y Fernández.
- D. Francisco Mandarieque Ortiz.
- D. Juan Palma Garzón.
- D. José Pardo Gayoso.
- D. Domingo Parra Sala.
- D. Serapio Pajares.
- D. Cipriano Pérez Delgado.
- Srta. Matilde Pérez Jover.
- Srta. Amparo Poch Gascón.
- D. Benito Quintela Ruiz.
- Srta. Encarnación Ribera Grau.
- D. Luis María Sáinz de los Terreros.
- D. Jerónimo Sánchez López.
- D. Félix Sancho Martínez.
- D. Fernando Serra Jares.
- D. Vicente Sevilla Larripa.
- D. José Suárez Bagueiro.
- D. Enrique Vilaplana Satorre.
- D. Faustino Zapatero Ballesteros.

Cursillo de Pediatría y Puericultura para médicos en el Servicio del Dr. Suñer.

A cargo de los doctores Díaz-Berrio y Navarro, de la Facultad de Medicina de Madrid, se organiza un Cursillo que dará comienzo el día uno del próximo julio, siendo el número máximo de alumnos-médicos, 20.

Este Cursillo constará de 30 lecciones, que versarán sobre Fisiología e Higiene

del niño, trastornos nutritivos, enfermedades infecciosas y organización contra la morbilidad y mortalidad infantil.

Al final del Cursillo se efectuará un examen y se expedirá un certificado oficial de asistencia y aptitud.

Para inscripciones dirigirse a los organizadores en la Clínica de Niños del Hospital de San Carlos, de diez a once de la mañana.

Nuevas enfermeras puericultoras.

Tras duros y brillantes exámenes en la Escuela Nacional de Puericultura, han obtenido el título de Enfermeras Puericultoras las siguientes alumnas: Amelia Alvarez Serrano, Carmen Andújar, Concepción Botella, M. de los Dolores Calleja, señorita Filgueiras, Marceliana Rodríguez, Antonia Martínez Ruiz, Elvira Carbayo, Francisca Hernández, M. de los Angeles Iglesias Alvarez, M. Antonia Irisarri, M. del Rosario Martín Rascon, Victoria López de Letona, Aurea Martín Lorient, Julia Montero, Consuelo Nieto, M. Candelas Pascual, Amalia Risueño, Patrocinio Gómez, Filomena Rivera, Beatriz Serrano, María Rita Torroba, María Balmaseda y Carmen Ruiz.



Felicitamos efusivamente a los nuevos Médicos y Visitadoras de Puericultura que a buen seguro pondrán todo su esfuerzo al servicio de la noble causa de la salud del niño, y en no largo plazo esperamos sean eficaces auxiliares del Estado, Corporaciones e Institutos, en la Lucha contra la Mortalidad Infantil en nuestro país.



Algunos Jefes de Servicios Provinciales de Puericultura, en representación de sus compañeros, han visitado al Subsecretario de Sanidad, Sr. Bermejillo, para protestar contra el nuevo Reglamento de Institutos Provinciales de Higiene, en el cual han creído ver una disminución de sus atribuciones. El Sr. Bermejillo les manifestó

que la nueva reglamentación tenía por objeto la centralización de todas las actividades sanitarias de la Provincia en el Instituto, a fin de hacer desaparecer el aire de capillitas que podían adquirir algunos de tales Servicios, de persistir en su actual concepción de Dispensarios, funcionando con independencia los unos de los otros.

Nos congratularíamos de que nuestros colegas obtuviesen satisfacción a sus razonables peticiones.

Cursillo radiado de Puericultura.

Durante los meses de julio y agosto, tendrá lugar un cursillo de Maternología, organizado por nuestra Asociación de Médicos Puericultores. Las conferencias serán radiadas por Unión Radio de Madrid, al objeto de que alcancen la máxima difusión en el ambiente popular a que van dirigidas.

He aquí los títulos de las 18 conferencias: 1. Normas de higiene durante el embarazo. 2. En espera del hijo. 3. El recién nacido. 4. Los dientes. 5. Madre, cría a tu propio hijo. 6. La crianza del niño al pecho. 7. La crianza al biberón. Sus peligros y modo de evitarlos. 8. La leche para el niño. 9. Objetos precisos para criar el niño al biberón. 10. La preparación del biberón para el bebé. 11. El destete. Sus peligros. 12. Papillas y purés. 13. Lo que debe ganar el niño de peso. 14. El niño vomitón. 15. El daño que el calor hace al niño de pecho. 16. La terrible diarrea verde. 17. Para que los niños no se hagan raquíticos. 18. La madre, enfermera de su hijo.

Probablemente se logrará que se radien las Conferencias al mismo tiempo que en la de Madrid, en las Emisoras locales, para que puedan ser oídas en toda España.

Nuestra Asociación llena así uno de los fines para que ha sido creada, difundiendo en los medios populares los principios de la Puericultura mediante la generosa colaboración de Unión Radio, Madrid, a cuya Emisora testimoniamos nuestro cordial agradecimiento por la ayuda que siempre está dispuesta a otorgarnos en estas campañas en pro de la infancia sana.

Sección Oficial

Día 11. Ministerio de Industria, Sanidad y Previsión.—Orden prorrogando un mes la licencia que por enfermedad se encuentra disfrutando doña Elvira Iglesias Pozo, Instructora de Sanidad.

Día 14. Ministerio de Trabajo, Sanidad y Previsión.—Orden suspendiendo todas las oposiciones, concurso-oposiciones y concursos de méritos convocados para cubrir plazas vacantes con personal de nuevo ingreso.

Día 17. Ministerio de Instrucción pública y Bellas Artes.—Orden disponiendo se provea por concurso-oposición la plaza de Médico oftalmólogo Auxiliar, del Dispensario Médico escolar de Madrid.

Día 18. Administración Central.—Presidencia del Consejo de Ministros.—Subsecretaría.—Inspección general de Colonias.—Convocando oposición libre entre Médicos para proveer seis plazas vacantes en el Servicio Sanitario de los territorios españoles del Golfo de Guinea.

Día 19. Ministerio de Trabajo, Sanidad y Previsión.—Decreto disponiendo que, a partir del día 1 de julio próximo, entrarán en vigor en todas las provincias no excluidas por disposiciones anteriores, los Reglamentos que se insertan, referentes a la Ley de Coordinación Sanitaria.

Día 21. Ministerio de Instrucción pública y Bellas Artes.—Orden nombrando a doña Adela Basart Estolt, Sanitaria del Cuerpo Médico Escolar de Barcelona.

Día 27. Ministerio de Trabajo, Sanidad y Previsión.—Orden dictando normas para la redacción de los presupuestos previstos en el Reglamento de la Ley de Coordinación Sanitaria.

Otra dictando reglas relativas a la aplicación de la Ley de Coordinación Sanitaria de 11 de junio de 1934, sobre los presupuestos de los Institutos provinciales de Higiene.

Día 30. Ministerio de Trabajo, Sanidad y Previsión.—Orden nombrando a don Joaquín Espinosa Ferrandiz, Jefe de los Servicios del Patronato Nacional de Socorros a los parados involuntarios.

SOJINA "CELSUS"

TAO TJUNY JAPONES

ALIMENTO exclusivamente vegetal preparado con harina de Soja hispida
ANALISIS de la harina de soja desecada y desgrasada (término medio)
comparada con varias harinas de leguminosas y cereales.

	Soja desgrasada	Trigo	Maiz	Avena	Habas	Guisantes
Materias nitrogenadas....	48	10	9	13	23	25
Grasa	2,50	1	3	6	2	1
Hidratos de carbono	32	74	71	67	58	57
Cenizas.....	7	0,50	1,14	2	3	2,78

La harina de soja produce 4.700 calorías por kilo.

Por su riqueza en materias protéicas de origen vegetal no tóxicas y escasa proporción de hidratos de carbono, la *SOJINA* resulta un alimento completo y de gran valor nutritivo.

La *SOJINA* contiene una proporción de 1,66 por 100 de fósforo y 0,80 por 100 de calcio, además dos fermentos parecidos al B. láctico, así como las vitaminas A. B. y D.

La *SOJINA* tiene un grato sabor y por la diastasación que han sufrido sus componentes es tolerada por los estómagos más delicados.

Un bote de *SOJINA* equivale a 6 litros de leche y a 2 kgs. de carne.

INDICACIONES

En todos los NIÑOS, a partir de 5 meses, como alimento complementario y en las COLITIS.

En las EMBARAZADAS Y LACTANTES.

En las DIETAS VEGETALES, sustituyendo a los alimentos de origen animal con mucha ventaja por su acción antianafiláctica.

Indicada en la DIABETES y en las URTICARIAS y ECZEMAS alimenticios.

Complemento nutritivo en niños y adultos sanos y convalecientes.

— MUESTRAS Y LITERATURA A DISPOSICION DE LOS SRES. MEDICOS —

(Propaganda exclusivamente médica.)

INSTITUTO LATINO DE TERAPEUTICA, S. A.

«Especialidades Celsus».

TRAFALGAR, 13 BARCELONA APARTADO 865