

24 JUN 1935

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), Gil Osorio (Félix), Luchsinger (José), Mora (Justo),
Pérez de Albéniz (Luis), Quero (Manuel).*

Correspondencia Administrativa y científica:

Escuela Nacional de Puericultura, Ferraz, 60
M A D R I D

Dirección abreviada
Pueric. - España

Sumario:

Aspectos sociales de la Puericultura, por el Dr. D. <i>José María Llopis</i> .—Página	3
Contribución al estudio de la Soja, por el Dr. <i>Muñoz Seca</i> .—Página	6
Crónica: El temible umbral de la vida, por <i>K. Stouman</i> .—Página	9
Labor a desarrollar por la Visitadora Puericultora, por la Srta. <i>Encarnación Soler</i> .—Página	13
Nociones anatomo-fisiológicas del niño durante la primera y segunda infancia, por el Dr. <i>Jaso</i> (Continuación.)—Página	15
Sanidad internacional.—Página	19
Notas prácticas.—Página	22
Sección Bibliográfica.—Página	24
Revista de Revistas.—Página	25
Noticias.—Página	30

LAXANTE PURGANTE
MAGNESIA HIDRATADA
P U R I X

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

Aspectos sociales de --- la Puericultura ---

PROPAGANDA Y PUBLICIDAD

POR EL DOCTOR

José María Llopis

Decía Juan C. Neihardt que «nada tan insensato como pasar la vida buscando los medios de subsistir, y descuidar la vida misma».

Y verdaderamente así es. Pero en disculpa de este hecho está la dificultad, que a veces adquiere visos de imposible, conque la propia vida tropieza para, cumpliendo una ley biológica, caminar hacia la nada, desde el no ser, y alargar el puente que ella representa entre estas dos orillas terminales.

En esta preocupación, que preside como *leit-motiv* eterno a través de la historia de la humanidad, la vida ha descuidado la universalidad de su existencia, que tendería al mejoramiento de las por venir, sobre la base, sólidamente cimentada en la enseñanza de las pasadas, y sólo se ha

ocupado en subsistir, respondiendo a un egoísmo individualista y punible por tamaño olvido de su responsabilidad histórica.

Pero, paradójicamente por fortuna, es en estos momentos en que las dificultades de esa subsistencia, brotan como obstáculos insuperables, cuando se ha engendrado grandioso y potente o, por mejor decir, encontró su verdadero y noble cauce, la sugerencia de tan alta función a ella encomendada desde los comienzos de los siglos.

Y el hombre, sujeto a realizar tan elevado ideal, ha vuelto sus ojos al niño, encarnando en él todo el simbolismo de su cometido olvidado.

Y así la Asociación Americana de Higiene Infantil de New York, población la más destacada de la Unión de

CEREGUMIL - FERNÁNDEZ

Fernández & Canivell

MÁLAGA

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

los Estados de Norte América, país donde parece residir la Meca de este resurgimiento, ha plasmado sus ideales y programas prácticos en la idea de que no debe haber ningún niño:



Que no haya nacido en condiciones apropiadas.

Que no viva en un medio higiénico.

Que jamás padezca de desnutrición.

Que no reciba rápida y eficaz asistencia e inspección médica.

Que no reciba enseñanza primordial en los elementos de la higiene y la salud.

Que no posea íntegros sus derechos: una mente sana en un cuerpo sano, y

Que no se vea alentado a expresar plenamente el espíritu que representa la dotación final de un ser humano.

Pero no es sólo la institución que citamos, ni Norteamérica la nación única, preocupada por tales problemas. La corriente ha sido general

desde comienzos del siglo en que vivimos y la visión del problema poco más o menos igual; el citar aquella y sus ideas básicas de un propósito a realizar es porque parecen recoger todo lo más saliente de dicho problema que el Primer Congreso Nacional del niño celebrado por Cuba hace siete u ocho años, estimó con una justeza cierta y absoluta, ser una de las funciones específicas de los Estados.

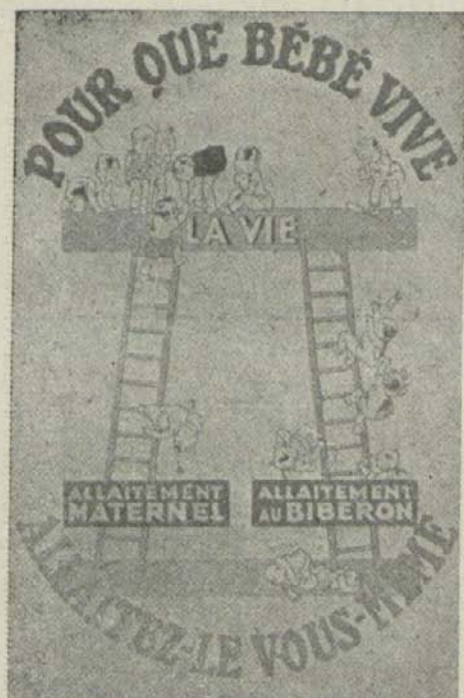
Y, en efecto, si aún los Estados no abordaron el problema de la protección a la infancia como tal función esencialmente específica que por su gran volumen exigiría disponibilidades económicas tales, que aun, en los instantes presentes están al otro lado de lo posible, han dado, sin disputa, un gran avance y la creación de insti-



tuciones de todo orden, que han venido a llenar diferentes funciones en tal sentido, lo demuestran de modo harto palpable.

Pero en tanto no llegue ese supre-

me ideal a convertirse en práctica realidad, y ello ha de tardar aún mucho tiempo, hay algo que no debe olvidarse, y que es, a nuestro modesto juicio, de la más alta importancia en el problema que nos ocupa; y ese algo es el tratar de despertar en los pueblos el interés por él, haciéndole ver su trascendencia, su inmensidad,



su influencia en fin en el porvenir de la humanidad.

No basta, aunque ello sea mucho, conseguir merced a la capacidad de los países se funden instituciones y se abran los cauces a posibles soluciones aisladas, con más o menos armonizaciones entre sí, que den sensación de conjunto orgánico.

Se hace preciso interesar y facilitar a las gentes el conocimiento de las instituciones y de su papel; se hace preciso ir a la búsqueda de la colaboración social, que llegue a ese

germen de organización, unas veces con fundaciones auxiliares ya compenetradas de la vital importancia del asunto; otras, sin pararnos a pensar que es su propio egoísmo quien los guía— con su asistencia y su buena disposición para escuchar los sabios consejos que los técnicos de unas y otras instituciones pueden darlos.

Y este papel, del más alto interés en la lucha emprendida, sólo una propaganda debidamente organizada, puede realizarlo. Una gran publicidad del problema y sus consecuencias, que no quede rincón por alejado y escondido, donde no llegue a desbrozar la ignorancia y esfumar la incultura; despertando cuando no más con consejos básicos, los sentidos del egoísmo individualista si queréis, que al fin todo es estímulo.

Pues en este sentido también casi todos los países han caminado bastante: Congresos, Asambleas, que al airear sus trabajos, al sacar a la calle la labor por ellos realizada en sus reuniones, hicieron apreciable publicidad; carteles, folletos, affiches, que al ser repartidos profusamente fueron despertadores y estimulantes, cuando menos de la curiosidad, que es el principio del conocimiento.

Ved en estas columnas algunos de ellos, conquie nuestra vecina Francia, con su espíritu exquisito y sutil, hace entrar por los ojos de modo harto gráfico, fundamentos de lucha.

Quedará para próximos artículos —este pórtico va resultando demasiado largo— el detallar otras ideas y trabajos que en sentido tal realizaron otras naciones.

Y asimismo prometemos repasar lo que nuestro país hizo, especialmente desde la implantación del régimen republicano, y lo que ha quedado en el aire ante exigencias presupuestarias, que si no hemos de discutir, sí debemos lamentar, y profundamente.

TRABAJO ORIGINAL

Contribución al estudio de la Soja

POR EL DOCTOR

Muñoz Seca

Profesor de la Escuela Nacional de Puericultura.

La importancia que damos modernamente a una dietética correcta en cantidad y calidad como base del equilibrio nutritivo cuya resultante es el estado de salud, y la necesidad cada día más sentida del alimento-medicamento capaz por sí solo, mediante el régimen, de corregir los estados distróficos de los adultos y principalmente de los niños, nos hacen fijar la atención en algunos alimentos, que por sus especiales características tienen bajo estos aspectos una importancia primordial.

La leche, alimento completo por excelencia, permite por ello, no ya el sostenimiento sino el crecimiento y normal desarrollo del niño durante muchos meses: en ella el equilibrio entre los principios inmediatos y entre éstos, las sales y el agua, están perfectamente logrados y hasta adaptados en cada especie animal a la mayor o menor rapidez del crecimiento: es curioso considerar cómo instintivamente el hombre ha buscado en su dieta una armónica proporción de los principios básicos de la nutrición, incluso creando platos, como el llamado cocido español, prototipo de los alimentos completos, por lo que fué adaptado durante la Gran Guerra pasada, como alimento de algunos ejércitos.

Las frecuentes intolerancias a la leche de vacas, han forzado modernamente a los Puericultores al ensayo de regímenes en los que de una manera total o parcial se ha excluido la leche como tal alimento, sustituyéndola por mezclas de principios inmediatos tomados de diferentes sustancias: son los llamados regímenes sin leche; naturalmente que en estos regímenes hay que asociar, y en proporción correcta, los principios inmediatos, las sales, las vitaminas y el agua.

La proporción de albúmina, grasa e hidratos de carbono nos la da el estudio de la leche de mujer: si consideramos un niño eutrófico de seis meses (peso 7 kg.) cuyas necesidades energéticas totales están cubiertas por un litro de leche de mujer (700 calorías) vemos que ingiere 40 grs. de grasa (5,7 grs. por día y kilo de peso) 10 grs. de albúmina (1,43 por día y kilo) y 70 grs. de hidratos de carbono (10 grs. por kilo y día); este niño a lactancia artificial con leche de vacas recibiría 35 grs. de grasa (5 grs. por kilo), 30 grs. de albuminoides (4,7 grs. por kilo) y 60 grs. de hidratos de carbono (9 grs. por kilo) (1) con un coeficiente de utili-

(1) Consideramos a la leche de vacas añadida de 2,50 grs. por cien de azúcar.

zación de 92 a 95 por 100 de grasas y albuminoides (Michel y Perret).

Como hemos visto, la leche de mujer consigue un perfecto desarrollo con una cantidad de albuminoides (1,43 grs. por día y kilo de peso) notablemente inferior a la leche de vacas (4,7 grs.) cifra ésta que resulta superior a la dada por diferentes autores como ración óptima de albuminoides 2,50 a 3,50 grs. por kilo y día en el niño, 2 a 2,50 en el adulto (Terrien, Carrasco Cadenas).

La ración de grasa por kilo y día va disminuyendo según la edad en la forma siguiente:

Un mes (3.700 grs.) seis gramos.

Séptimo mes (7.700 grs.) cinco gramos.

Un año (9.500 grs.) tres gramos 80 centigramos.

Cuatro años (15.000 grs.) tres gramos.

Diez años (26.000 grs.) dos gramos (Terrien).

En cambio la ración de hidratos de carbono varía poco, dándose como cifra media la de nueve gramos por día y kilo de peso.

Respecto a los compuestos minerales, sabida es la importancia de una suficiente ración, especialmente de calcio y fósforo, que además han de estar en una determinada proporción para lograr una fijación correcta de las sales.

Los regímenes sin leche han de estar orientados de tal manera que llenen las necesidades orgánicas anteriormente estudiadas reduciendo a un *minimum* las sustituciones isodinámicas.

Las proteínas han sido tomadas para estos regímenes del hígado (Hamburger) clara de huevo (Moll), sesos (Epstein), carne de ternera (Epstein).

Las grasas se han obtenido de aceites de oliva (Hamburger), yema de huevos (Moll y Epstein). Los hidratos de carbono están dados por los azúcares, legumbres, gramináceas (trigo, arroz, avena, maíz, etc.): basta asegurar una ración suficiente de sales y vitaminas para establecer un régimen correcto: estos regímenes, ya clásicos, tropiezan en la práctica con las dificultades de preparación, y en muchos casos con la resistencia del niño a tomarlos y de las madres a prepararlos.

Esto hizo que me fijase hace algunos años en la soja, curiosa leguminosa oriunda de Asia, donde constituye un alimento de uso diario entre los chinos y japoneses: me sorprendió la notable proporción de proteínas que contiene (un 50 por 100 en la desgrasada) y que por ello la separa de los demás productos de origen vegetal, constituyendo una verdadera carne vegetal por su riqueza proteínica: nuestras observaciones sobre la alimentación de los niños con la harina de soja son ya muy numerosas y coinciden con los resultados obtenidos en el extranjero, donde la soja como alimento ha entrado ya en la práctica diaria.

Ultimamente, gracias al excelente producto llamado Sojina (de la casa Celsus) (1) hemos podido ampliar nuestras observaciones, orientándolas por ahora en tres grandes grupos:

1.º La soja como alimento en los niños sanos: en esto nuestra opinión se suma a las de Freud (Presse Medicale, 35-1927), Ducceschi (Soc. ital. di Biol., 1927) y TSo (Chinese Journ. Physiol., 1929), considerándola como un alimento de primer orden en dietética infantil.

No insistimos en este punto ya universalmente conocido.

(1) Este preparado es fácilmente admitido por los niños por su grato sabor, lo que no sucede con la harina de soja corriente que resulta muy amarga.

2.º La soja como alimento antirraquítico: Ha sido estudiada bajo este aspecto por Bischoff y Hozvath (Japan Med. World, 1928), Izume, Toshimaru (Journ. Biochem., 1928), Chen (Journ. Nutrition, 1932) basados naturalmente en su riqueza en calcio (0,80 a 0,90 por 100) y fósforo (1,85 por 100) este último en la forma orgánica de lecitina.

Bischoff parte de los trabajos de Brusa sobre la prevención del raquitismo por la adición a la dieta raquitógena de Mac Colluin de un 10 por 100 de harina de soja, y comprueba la curación en tres semanas de las ratas raquíticas por la dieta de Steenbock, añadiendo a ésta un 50 por 100 de soja, no obteniendo resultados curativos con cantidades menores; hay, pues, un factor cantidad que se explica por la proporción calcio-fósforo del alimento: nosotros hemos empleado la soja como alimento de los niños raquíticos en cantidad de 30 grs. diarios (Sojina) con resultados que calificamos de extraordinarios y cuyos detalles publicaremos en breve.

3.º La soja en el tratamiento de las colitis agudas.

Dada su composición y su origen vegetal no ha podido sorprendernos sus beneficiosos efectos sobre las manifestaciones agudas del colon, tan frecuentes en los niños, y que creemos superiores a los de la dieta de Moro: Sabido es que se atribuyen los beneficiosos efectos de la dieta de manzana de Moro: Sabido es que se atribuyen los beneficiosos efectos de la dieta de Moro a un papel antipútrido, pero la dieta no puede prolongarse mucho tiempo por la pérdida de peso, efecto de la autofagia intensa que origina una dieta tan rigurosa: nosotros con la soja observamos el efecto curativo sin este inconveniente, permitiendo la prolongación de la dieta de soja el tiempo que se considere necesario. Como ejemplo exponemos a continuación la siguiente historia clínica:

M. Martínez, dos años; niño sin antecedentes dignos de mención. Eutrófico. Hace dos días fiebre (38º) deposiciones con moco y sangre en número de diez a doce; algunas de moco solamente; dolores cólicos, buen estado general: está a dieta hídrica durante 24 horas. Reconocimiento negativo: instituímos dieta de soja (Sojina) diez gramos cada cuatro horas con caldo desgrasado; ninguna medicación. Dos días después; sólo tres deposiciones con moco, sin sangre, no tiene fiebre; reconocimiento negativo: alternamos la sopa de soja con purés de arroz con cincuenta gramos de carne magra: dos días después alta por completa curación.

Varios casos más observados nos permiten asegurar que la soja es un arma poderosísima en el tratamiento de las colitis, actuando como alimento-medicamento.

Por último, hemos estudiado la soja como componente de nuestro régimen sin leche, del que nos ocuparemos en posteriores artículos.

Mayo, 1935.

Paído-Salus (Inyectable)

Espiricida. Tónico y recalcificante Infantil

Producto nacional, dedicado especialmente a los PEDIATRAS ESPAÑOLES

Preparado en el "Laboratorio de M. Capilla"

MADRID

CRONICA

El temible umbral de la vida

POR

K. Stouman

Jefe de la Sección de Estadística de la Sociedad de Naciones.
«Bull. trim. de l'org. d'hyg.» 1934. Diciembre.
(Extracto)

La natalidad ha decrecido en todos los países¹ de Europa desde el 1870 y el aumento de la población, que antes se hacía a costa de la gran natalidad, se hace actualmente de un modo mucho más económico a base de un retroceso de la mortalidad superior al de la natalidad.

Paralelamente al descenso de la natalidad, ha retrocedido la *mortalidad infantil* (M. I.) europea, la que, siendo superior a 300 por 1.000 en algunas regiones en el 1700, no pasa actualmente de 20 por 1.000, en casi ningún país.

Es, por el contrario, chocante que, a pesar de este movimiento uniforme decreciente, las diferencias internacionales hayan aumentado, de tal suerte que de un coeficiente de variación de 0,25 (para 15 naciones europeas) durante el final del siglo XIX, se haya pasado a 0,422 en el 1932. También perduran las diferencias cantonales en el mismo país.

El comienzo del retroceso de la M. I. en Europa fué muy precoz en ciertos países como Suecia, en el que ya tuvo lugar durante todo el siglo XIX, mientras que la gran mayoría de los restantes países europeos sólo comenzaron a experimentarla pasado el 1880, acentuándose en el siglo XX y continuando su progresivo decrecer aun en aquellos países con poca mortalidad infantil.

Pero donde más intenso ha sido el retroceso, fué en Australia y Nueva Zelanda, que presentando hacia el 1880 una M. I. similar a la de Noruega (alrededor de 11) sólo tienen en el 1932, 41 y 31 respectivamente, siendo curioso el que persiste la disminución, pues este año la tasa de M. I. ha sido 24 por 1.000 (1) en la ciudad de Dunedin (de Nueva Zelanda) y 23-25 en los distritos provinciales de la bahía de Hawke.

Desde luego parece demostrado que si bien parecen marchar en cierto modo paralelas la disminución de la natalidad y la de M. I., no parece que la primera sea el factor fundamental que determina el segundo.

Según una encuesta efectuada en Inglaterra, las tasas de M. I. según el *orden del nacimiento* en la familia, han sido las siguientes: 1.º nacimiento, 94 por 1.000; 2.º nacimiento, 57 por 100; 3.º nacimiento, 78 por 1.000; 4.º y 5.º nacimientos, 114 por 1.000; 6.º y 7.º nacimientos, 175 por 1.000; 8.º y siguientes, 299 por 1.000 (para una media de M. I. de 101 por 1.000). Sin embargo, parece ser que estos datos sean algo exagerados realmente, aunque sea cierto que el primer hijo esté más amenazado que el segundo, y que desde el tercero o cuarto aumente la mortalidad.

Corrigiendo algunos errores de la anterior estadística, Woodbury llega a la conclusión de que la mortalidad de los primogénitos es en un 10 por 100 superior a la del segundo hijo, aumentando a partir de aquí lentamente, hasta un 30 - 40 por 100 en los hijos 7.º - 9.º, etc.

Debe hacerse notar que la M. I. obedece en lo fundamental a dos grupos de causas: a), dependientes del individuo (selectivas); y b) del medio. Estas últimas no son de índole de selección natural, pues el retroceso de la mortalidad infantil (de 0 — 1 años) no ha ido seguido de un aumento de la mortalidad en edades posteriores. La impresión general que se desprende de los estudios estadísticos, es que cuanto más fácilmente atraviesa una generación la pequeña y gran infancia, tanto mayores son sus ulteriores posibilidades de supervivencia, lo cual concuerda con nuestros actuales conocimientos de que una fuerte mortalidad al comienzo de la vida corresponde a una gran frecuencia de infecciones de toda clase, susceptible de comprometer el organismo de una manera permanente y hacerle consecutivamente menos resistente durante el resto de su vida. Por el contrario, una M. I. muy débil opera una selección, porque elimina en primer lugar los recién nacidos absolutamente inaptos para la existencia.

La reducción de la mortalidad no ha afectado apenas a la *primera semana*, que sigue siendo funesta. Mientras que la reducción de la M. I., en los mayores de un mes se ha manifestado desde el final del siglo XIX, la de los menores de un mes no se ha marcado hasta los años de la postguerra. (Nueva Zelanda), quizá por consecuencia de la Puericultura prenatal, o por una disminución de la edad de las madres.

Mientras que la mortalidad por encima de un mes muestra según se dijo fuertes diferencias entre los diversos países europeos, la de los menores de un mes sumada a la mortinatalidad es notablemente fija en casi todos los países (entre 50 - 80 por 1.000). Considerando que esta última cifra expresa el factor fijo de la viabilidad del recién nacido, mientras que el primero expresa la resultante del medio (higiene), la relación entre ambos puede indicar en cierta manera lo que se ha logrado en materia de higiene infantil. Esta relación es tanto más baja cuanto menor es la cifra de M. I. general (alrededor de 1 en Francia, Bélgica e Italia, baja a 0,2 en Nueva Zelanda).

En los Países en que las estadísticas se confeccionan estrictamente y donde habita una población blanca en condiciones climáticas y sociales normales, la tasa de *mortinatalidad* oscila entre 24 a 45 por 1.000 nacimientos. La tasa más débil se encuentra en los países escandinavos (Dinamarca, Noruega, Suecia y Finlandia) y alcanza de 24 a 26 por 1.000. Análoga uniformidad se comprueba entre las cifras de Austria, Alemania, Hungría (entre 28 - 30 por 1.000). Debe notarse que en Nueva-Zelanda, donde la asistencia al recién nacido es modelo, la tasa de mortinatalidad no es demasiado baja (29 por 1.000).

La mortinatalidad de un país no presenta ninguna relación con la

**Toda la correspondencia administrativa y giros diríjase al Administrador de PUERICULTURA ESPAÑOLA don José Antonio Co-
nejo, Ferraz 60, MADRID**

M. I. pero si es en cierta manera paralela a la mortalidad postpartum, siendo natural que haya una relación entre ambas, dado que la tasa de mortalidad neo-natal debe considerarse como la prolongación más allá del nacimiento de la curva de mortalidad prenatal, cuya concepción viene confirmada por la análoga repartición en sexos de ambas clases de mortalidad.

La tasa de mortinatalidad igualmente que la mortalidad neonatal, no ha experimentado el descenso de la M. I. en general, y apenas si en los últimos años se comprueba cierto retroceso, quizás en relación con la disminución de la edad media de las madres, siendo entre 25 a 29 años la edad en que menor es la mortinatalidad, aumentando progresivamente con el crecer de la misma.

El *sexo masculino* presenta mayor mortalidad que el femenino y el excedente de mortalidad en el primero constituye una curva regular que partiendo del período intrauterino alcanza su máximo en el 2.º—3.º mes, para descender luego lentamente hasta un mínimo que coincide con la pubertad.

Al ganar importancia la mortalidad de los primeros tiempos por retroceder la M. I., resulta que se acentúa este predominio de mortalidad masculina, en los países de baja M. I.

Los hijos de *mujeres de menos de 20 años* presentan una elevada mortalidad y la menor mortalidad en los procedentes de madres entre 25-29, aumentando desde aquí con la edad de la madre. Pero, además, juega otro factor y es la acumulación de nacimientos, que eleva la tasa de mortalidad, siendo quizás este el factor más constante que determina el excedente de M. I. en las familias numerosas. Según Woodbury, el intervalo óptimo entre dos embarazos debe ser de dos años, mientras que no parece conceder ninguna ventaja particular la prolongación de este intervalo a más de tres años. También parece que un nuevo embarazo sobrevenido mientras que el hijo precedente es pequeñín influye desfavorablemente en la salud de este. Parece, por consiguiente, poco juicioso estimular la constitución de familias numerosas sin llamar previamente la atención de los padres sobre tales hechos.

La *mortalidad en las ciudades* era mucho más elevada que en el campo durante el siglo XIX, lo cual obedecía al aflujo de los campesinos a la ciudad consecutivamente a la disminución de la natalidad en las ciudades, con lo cual en las condiciones desfavorables de la lucha por la vida morían numerosos niños. En los últimos tiempos, sin embargo, los progresos de la Puericultura han conducido a la proporción inversa, o sea, a una menor mortalidad en las grandes ciudades que en el campo, siendo ésta una de las más hermosas conquistas del siglo XX.

La mayor parte de las *grandes ciudades* presentan ahora una baja M. I. Así, más de la mitad de las europeas, que no alcanzan el 80 por 1.000, y aunque la mayoría de tales ciudades pertenecen, naturalmente a los países de débil M. I. también en los meridionales se encuentran tales poblaciones (Valencia, Barcelona, Roma, etc.), lo que prueba que el clima mediterráneo no es incompatible con una baja M. I. La gran ciudad con M. I. más baja es Oslo, que registró en 1935 un 27 por 1.000 (!).

Fuera de Europa no se encuentran cifras medias (de 60-90) sino que son muy bajas (Adelaida, Melbourne, San Francisco, Baltimore) o muy altas (Méjico, Lima, Tokio, Bombay).

Comparando la mortalidad infantil por edades del *campo* y las gran-

des ciudades (en países con baja M. I.) se ve que la disminución experimentada en estas últimas obedece, sobre todo, a los grupos menores de tres meses, o sea, que las medidas de Puericultura son particularmente eficaces en este período de la vida, y que resultaría interesante enfocar el esfuerzo puericultor en el campo, sobre este momento de la vida del niño.

En general, es mayor la M. I. urbana que la rural, y cuando se logra una reducción general (como en los Estados Unidos) disminuye más eprisa en las ciudades. El retraso que se marca en el retroceso de la M. I. en el campo, obedece a los grupos del primer trimestre.

La *ilegitimidad* aumenta la M. I. En España, la ilegitimidad constituye un 10 por 100 aproximadamente de los nacimientos. Pero la proporción de ilegitimidad no es proporcional a la del exceso de mortalidad infantil entre los ilegítimos, sino que quizás se vea lo contrario, lo que indicaría que a un mayor rigor en el juicio público sobre la ilegitimidad se sigue de escasa proporción de la misma, pero alta mortalidad de los pocos niños nacidos.

El excedente de mortalidad de los ilegítimos ocurre particularmente durante el primer día de la vida, y en general durante el primer trimestre. También la mortinatalidad es mucho más elevada ordinariamente entre los ilegítimos (téngase en cuenta que en España se califican como nacidos muertos los que fallecen antes de ser apuntados en el registro civil). En nuestro país oscila el excedente de mortinatalidad de los ilegítimos alrededor de un 75 por 100.

HARINA MILO



Producto Nestlé elaborado en La Penilla (Santander).

Harina dextrinada malteada sin adición de leche ni azúcar.

La harina Milo, elaborada de acuerdo con los consejos del profesor Combe de Lausanne, es un verdadero alimento medicamento. No contiene leche y su proporción de grasa es insignificante, constituyendo un excelente remedio para niños y adultos enfermos de infecciones gastro-intestinales, pues mejora rápidamente todos los síntomas, calma el intestino y modifica el carácter de las deposiciones.

Se recomienda muy especialmente en la diarrea infantil.

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

Calle Luchana, 29 = MADRID

Labor a desarrollar por la _____

_____ Visitadora Puericultora _____

POR LA SRTA.

Encarnación Soler

Instructora de la Escuela Nacional de Puericultura.

Amplio campo tiene en la medicina social la Visitadora Puericultora para demostrar sus actividades, compendio de las cuales debe ser la visita domiciliaria. Es aquí donde puede obtener fruto abundante y hacer una labor intensa de cultura, profilaxis e higiene, unidas a una obra moral y consoladora que conforte y anime a las clases humildes a luchar contra la morbi-mortalidad de sus hijos.

La Visitadora, que para serlo requiere como base fundamental una vocación decidida por su profesión y un espíritu de trabajo desinteresado, llegará a visitar a los niños con el cariño que tan simpática obra inspira y con la autoridad de una persona técnica, que es portadora de los preceptos del Médico, para aplicarlos allí, en el ambiente mismo donde el niño vive, para resolver los problemas higiénicos tan desconocidos por estas pobres gentes. Asimismo, para tomar medidas profilácticas, que a veces son la salvación de niños que sin ellas hubiesen sucumbido al contagio de enfermedades graves y evitables. Y sobre todo, para elevar su nivel de cultura. Para todo esto es para lo que la Visitadora precisa esas cualidades especiales de persuasión, logrando que vean en ella el apoyo de la confidente técnica que aclara sus errores destruyendo el sinnúmero

de prejuicios sugeridos por abuelas y vecinas.

Esta Visitadora requiere perfil tan amplio y exquisito, que para ganarse la confianza de estas gentes ha de



mostrar un verdadero amor hacia sus hijos y así encontrar en cada caso lo que pueda ser auxilio de la medicina social.

Os hablaré algo de la labor de la Visitadora en la Escuela Nacional de Puericultura.

El mismo día que ingresa el niño en la Escuela, es visitado en su domi-

cilio por una Puericultora, la cual ve minuciosamente toda la vivienda, patios, ventilación, iluminación, instalaciones higiénicas, etc. Terminado esta inspección, se detiene a resolver los problemas higiénicos que se le presentan; instruye a las madres en la reglamentación de la lactancia o preparación de la misma, si es artificial (conservación de la leche, esterilización de biberones y tetinas, diluciones y azucaramiento de la leche, etc.). Asimismo, sobre práctica de baño, lavado de ropa, sueño y condiciones de la cuna, horas de paso, etc. También se ocupa en esta primera visita de medidas profilácticas, aislamiento de enfermos, medios de desinfección y hasta separación del recién nacido de la madre o padre tuberculoso, llevándole al servicio de «Colocación Familiar» del Guadarrama.

Una vez terminada la visita, estampamos en la ficha el croquis de la vivienda y consigna su juicio sobre ésta y

sobre la familia, como también los consejos dados. Así, cuando el niño llega a la Consulta, el Médico tiene a la vista todos los datos que le puedan interesar.

Este niño sigue siendo vigilado por la Puericultora de la consulta, quien en visitas sucesivas y frecuentes comprueba si son cumplidos los consejos dados, lo mismo que las órdenes del Médico, dando a la vez los que crea precisos en cada visita.

Por un gráfico que resulta muy práctico y que ha sido introducido recientemente por el Dr. Jaso en su consulta de la Escuela, se ve perfectamente el número de visitas realizadas y la fecha en que se realizaron. Asimismo se ve: *visitas no efectuadas por ausencia de la madre; necesidad de visitar con frecuencia (madres poco celosas); no ser preciso visitar con frecuencia (madres verdaderamente celosas); BAJAS y sus motivos.*

El esquema del gráfico con sus signos convencionales es éste:

- | | |
|--|------------------------------|
| a) Visita hecha | ● ... azul |
| b) Visita no realizada por ausencia de la madre | ● ... rojo |
| c) Necesidad de visita frecuente | -●... azul y línea roja |
| d) No necesidad de visita frecuente | -●... azul y línea azul |
| e) Cambio de domicilio sin dejar dirección | ● ... rojo con un punto azul |
| f) Baja por fallecimiento con aviso en consulta | +... azul |
| g) Baja por fallecimiento averiguado por la visita | +... rojo |
| h) Baja por otras causas | / ... rojo |

Un problema, sin embargo, sale al paso de la Visitadora constantemente y ante el cual muchas veces sus consejos fracasan. Es éste, la pobreza, que más bien es miseria, en que viven gran número de los niños visitados. Los recursos que el Estado proporciona a la Escuela son insuficientes y por ello sería bien interesante que las Juntas de Damas de Protección a la Infancia cooperasen en esta labor proporcionando ropas, cunas y otros socorros para que esta labor de consejo no corriese el riesgo de perder-

se por falta de medios.

En muchos departamentos de Francia funcionan en armonía estas Juntas y los Dispensarios de Higiene Infantil, haciendo una labor grande y completa. También en España (en Valencia) la Puericultura es ayudada por estas Juntas benéficas, llevando las Visitadoras, a la vez que el consejo, medios para que sean practicados y, por tanto, para unos y para otros la satisfacción tan legítima de una ayuda eficaz.

denomina amígdala LINGUAL. El conjunto de las tres constituye el «anillo linfático».

Por la boca es por donde tienen su entrada la mayoría de las enfermedades infecciosas. Si no existiesen las amígdalas, los microbios llegarían directamente a la sangre y originarían enfermedades graves. El papel de las amígdalas es detener a la gran mayoría de los gérmenes que penetran por la boca y hacer que no pasen adelante, evitando que produzcan infecciones.

Al detenerse los gérmenes en las amígdalas e inflamarse, provocan una ANGINA.

Si las amígdalas están demasiado abultadas, determinan molestias; el paso del aire se hace más estrecho y puede llegar a ser obstruido; es lo que sucede en los niños que tienen VEGETACIONES.

En los niños de pecho no ocurre nunca esto; tienen las amígdalas muy pequeñas. Pero en los niños ya mayorcitos se observa con relativa frecuencia; el niño presenta entonces una cara especial: tiene la nariz afilada, los ojos saltones, dientes prominentes y la boca entreabierta; ronca durante el sueño debido a que el velo del paladar que está caído cuando el niño está echado, destruye el paso del aire.

Conviene saber que las amígdalas están creciendo hasta los cinco años y por lo tanto, antes de esa edad no deben ser quitadas, porque la operación no tendría eficacia.

Piel.—La piel del niño de pecho presenta ciertas particularidades que la diferencian de la del adulto.

Color.—Toda la superficie presenta un color sonrosado, particularmente en los sitios en que la piel es clara: plantas de los pies y de los pies y en las orejas. En estos sitios, como la piel es más fina, se ve mejor la sangre que circula por debajo de ella.

Hay algunos niños que tienen la cara pálida, pero esto no debe creerse que es anormal. Es, sencillamente, debido a una contracción de las arterias y capilares que están debajo de la piel. Teniendo esto presente, para observar si el lactante tiene buen color de piel, no deberá tomarse en cuenta el color de la cara, sino el de las plantas de los pies, de las manos o en las orejas, donde la piel es muy transparente.

Dureza.—La dureza de la piel del lactante es grande; el niño de pecho, sano, tiene las carnes duras; es difícil cogerle un pliegue de ellas. Es lo que se llama buena TURGENCIA o buen TURGOR. Esta turgencia se debe a que los tejidos son muy ricos en agua, lo que les da mayor dureza.

Cuando la turgencia está disminuida se puede fácilmente coger un pliegue en cualquier parte de la piel del niño, hasta en la cara externa de las piernas que es el sitio donde siempre hay mayor turgor; cuando esto ocurre, hay alguna anormal-

lidad en el niño, y casi siempre pérdida de agua por los tejidos.

Limpieza.—La piel del lactante es limpia; no tiene erupciones ni descamaciones; nada altera su limpieza, aunque esté sometida a una serie de circunstancias que en otras edades producirían ulceraciones. El estar casi constantemente echado, el frotarse con los talones, la orina, las deposiciones que se mezclan con el sudor, todos éstos serían motivos más que suficientes para que en un adulto se produjesen ulceraciones. El lactante tiene una especial resistencia contra esto; es de notar hasta en los niños descuidados en su limpieza; a pesar de la suciedad en que se desarrollan, no presentan las alteraciones en la piel que presentaría una persona mayor en las mismas circunstancias.

Grasa.—La piel del lactante contiene mucha grasa. La grasa es la que da las formas del tronco y de los miembros, más acentuadas en la mujer. Los lactantes normales tienen gran cantidad de grasa y son, en relación con los adultos, personas gordas.

Si la grasa disminuye, hay algo patológico. Esto ocurre cuando el niño se desnutre. La grasa no disminuye al mismo tiempo en todas las partes del cuerpo; primero desaparece del tronco, después de las piernas y brazos y por último de la cara.

nen que aumentar el número de respiraciones.

Según las distintas edades del niño varía el *número* de respiraciones; éstas van disminuyendo a medida que el niño se desarrola.

Recién nacido 44 respiraciones por minuto.
Al año 30 respiraciones por minuto.
A los 5 años 26 respiraciones por minuto.

Hasta llegar a las 16 respiraciones por minuto en el adulto.

Adenoides.—En la entrada del aparato respiratorio existen unos órganos llamados *adenoides*. Están constituidos por un tejido linfático que rodea los sitios por donde pasa el aire.

Cuando se observa la boca abierta, de frente, a un sujeto, se le ven las *AMIGDALAS*, colocadas entre dos *pilares*; el anterior y el posterior. (El velo del paladar tiene dos pilares que le sostienen, uno por delante y otro por detrás; estos pilares dejan en medio una cavidad dentro de la cual están colocadas las *amígdalas*. Se llaman así, porque tienen el tamaño y forma de almendras.)

Por detrás de estas *amígdalas* está la *faringe*, en la cual hay otra *amígdala*. Esta se llama *amígdala FARINGEA* y las anteriores *PALATINAS*. Detrás de la lengua hay otra *amígdala* que por su posición se

rax, y otra, que se verifica al levantarse las costillas, ensanchándose el pecho de atrás adelante, aumentando el diámetro antero-posterior (respiración costal).

En los niños, esta última respiración no puede ocurrir, porque las costillas están elevadas al máximo; el niño siempre tiene que respirar con el diafragma. Es éste un músculo plano, como una lámina, que se para la cavidad torácica de la cavidad abdominal, fijo por los bordes a las costillas y por el centro al «mediastino»; aplanándose, dilata el pecho de arriba abajo. Al contraerse el diafragma, el vientre se abomba, porque el diafragma empuja al abdomen donde se encuentran las vísceras abdominales. Por consecuencia, la respiración en el niño de pecho se aprecia particularmente en el vientre, que se eleva a cada «inspiración».

Se comprende que cuando en el curso de diferentes enfermedades el niño tiene dificultad en la respiración (*dispnea*), ésta le haga padecer mucho; cuando en las personas mayores aparece esta fatiga, se defienden con las dos respiraciones, la costal y la diafragmática, haciendo *inspiraciones muy hondas*. En los niños no existe esta compensación; siempre están respirando al máximo. Y para contrarrestar la fatiga tienen que *respirar muchas veces* y no honda, sino rápidamente; es decir, que tie-

De aquí se desprende la importancia que tiene el examinar al niño desnudo, puesto que si solamente se le observa vestido y teniendo en cuenta la cara, como la grasa de ésta solamente desaparece en el último extremo de la nutrición, podría creerse que el niño estaba bien y dar lugar a una interpretación falsa.

Cuando el niño ha perdido la grasa de la cara está ya en un grado de desnutrición extrema. Las mejillas han perdido su forma redondeada por la desaparición de la BOLA ADIPOSITA DE BICHAT.

Esta tiene un papel muy importante: impide que al mamar se depriman las mejillas del niño, permitiendo una buena succión.

Cuando esta bola adiposa ha desaparecido, el niño tiene dificultad para tomar el pecho. Presenta una *cara especial, de viejo*; con la nariz delgadita y numerosos pliegues en la piel. Esta cara es típica de la ATREPSIA (desnutrición extrema).

Cuando el niño vuelve a nutrirse y empieza a engordar, recupera la grasa en el mismo orden que la perdió: primero en la cara, después en los brazos y por último en el tronco y piernas.

Músculos.—Los músculos del lactante no están flácidos, sino que tienen cierto grado de tensión; es lo que se llama TONICIDAD o TONO MUSCULAR. Este tono muscular es el que hace que los miembros del niño

re puedan movilizarse de una manera pasiva sin encontrar resistencia por parte de aquél.

Se comprueba el tono muscular intentando doblar los brazos o las piernas del niño para ver si los músculos ofrecen resistencia. Esta resistencia es característica de los niños sanos.

Cuando el tono está disminuido (hipotonía), los músculos del niño ofrecen pocas resistencia y en el último grado el niño es como un muñeco desarticulado, con cuyos miembros puede hacerse toda clase de movimientos.

Puede suceder también que el tono esté aumentado (hipertonía); es decir, que los músculos tengan excesiva contracción y pongan gran resistencia.

En el reconocimiento del niño deben observarse las dos cosas, tanto la hipotonía como la hipertonía; en el lactante normal la tonicidad deberá ser un término medio.

Tronco.—El tronco del lactante es muy voluminoso en relación con los miembros. El lactante tiene grande la cabeza, corto el cuello, grande el tronco y pequeños los miembros. Todas las proporciones son distintas en los niños que en las personas mayores.

La altura de la cabeza forma la cuarta parte de la altura total en el niño; en los adultos, la octava.

La mitad de la altura es en los niños por

el ombligo, en los mayores, por el pubis.

Al crecer el niño, crecen extraordinariamente las extremidades; las piernas son las que después dan el aumento de talla.

Torax y abdomen.—El torax del lactante es muy alto. Visto el niño de perfil se ve el pecho muy levantado, lo que no ocurre en las personas mayores. Esta elevación se debe a que en los niños, en lugar de ir las costillas inclinadas hacia abajo, como sucede en los adultos, transcurren casi horizontalmente; salen de atrás y siguen hacia adelante en la misma línea horizontal. A consecuencia de esto, el esternón está más alto y el torax aparece elevado.

El diámetro antero-posterior es en los niños igual al diámetro transverso. En el adulto, por el contrario, el diámetro antero-posterior es bastante menor que el transverso, por estar el torax aplanado de atrás adelante.

Es decir, que el torax del lactante tiene en corte transversal la forma de un corazón de naipes francés, en tanto que el del adulto presenta la de un riñón.

Esta particularidad del torax hace que los niños de pecho tengan una respiración diferente a la del adulto.

En las personas mayores existen dos tipos de respiración: una, por acción de diafragma (respiración diafragmática), la cual aumenta el diámetro vertical del to-

SANIDAD INTERNACIONAL

ALEMANIA

EUGENESIA.—*Socorro matrimonial y certificado de aptitud al matrimonio.* (Circular ministerial del 16 de marzo de 1934 transmitiendo las directrices por las que han de regirse los médicos encargados de examinar los candidatos al subsidio matrimonial).

A) *Disposiciones legislativas.*—La ley del Reich del 1 de junio de 1933 para la reducción del paro, preve en su sección quinta, los subsidios matrimoniales con objeto de permitir a los beneficiarios la creación de una familia. En virtud de la segunda orden para la ejecución de esta ley (Orden del 27 de julio de 1933) un subsidio matrimonial no puede ser concedido más que a los interesados provistos de un certificado médico otorgado por un médico funcionario. Este certificado debe establecer que ni uno ni otro de los futuros esposos esté atacado de afecciones mentales o físicas hereditarias, a consecuencia de las cuales su matrimonio no estaría conforme con los intereses de la colectividad, o enfermedades infecciosas u otras que presenten algún peligro.

B) *Apreciación de la aptitud para el matrimonio.*—El examen médico deberá, pues, establecer:

- 1.º Si existe una enfermedad hereditaria.
- 2.º Si la herencia está cargada.
- 3.º Si existe una enfermedad infecciosa.
- 4.º Si existe una enfermedad que ponga la vida en peligro.
- 5.º Si existen otras circunstancias por efecto de las cuales, desde el punto de vista del interés colectivo, el casamiento no parezca aconsejable.

Sobre la cuestión primera. El certificado de aptitud al matrimonio debe ser denegado a las personas que están *personalmente* afectas de debilidad mental congé-

nita, esquizofrenia, psicosis cíclica (maníaco-depresiva), epilepsia hereditaria, corea hereditaria (enfermedad de Huntington), sordera hereditaria, enfermedades corporales hereditarias graves, psicopatías marcadas, una enfermedad constitucional grave, etc., o aún personas que han estado enfermas anteriormente, si se trata de trastornos (mentales manifestándose por brotes sucesivos o malformaciones hereditarias suprimidas por operaciones.

En la apreciación de la *debilidad mental congénita*, no se tendrá en cuenta exclusivamente la capacidad mental y el saber; se considerarán también otros signos de debilidad: debilidad de juicio, sugestionabilidad, ausencia de nociones morales superiores, debilidad de la memoria y de la facultad de observación, obnubilación afectiva, disposiciones antisociales o, sobre todo, criminales; los certificados escolares y la conducta posterior podrán suministrar elementos de apreciación. La debilidad mental pronunciada puede siempre constituir motivo para denegar el certificado.

El *origen hereditario* de la epilepsia, de la ceguera, de la sordera, de las enfermedades corporales graves, será amenudo difícil de establecer. En efecto, el matrimonio, en casos de este orden, no es deseable más que cuando la afección es adquirida por accidente, por infección no hereditaria, por intoxicación, y si los sujetos son capaces, a pesar de su tara, de subvenir a las necesidades de su familia.

Como enfermedades *corporales* hereditarias graves (desde el punto de vista del socorro matrimonial), es necesario contar principalmente: la luxación congénita de la cadera, el pie bot congénito, el labio leporino; la *espina bifida* con trastornos nerviosos característicos, el tipo hereditario de pelvis estrecha, haciendo absolutamente imposible el parto por las vías naturales; la ataxia juvenil hereditaria (en

fermedad de Friedreich); la miotonía hereditaria; la atrofia muscular progresiva; la parálisis espinal espasmódica hereditaria; el nanismo muy pronunciado (talla por debajo de 1,30 m.).

Particularidades constitucionales como la *astenia*, no deben motivar la denegación del certificado, a no ser que existan al mismo tiempo otras causas de inferioridad. Igualmente, las enfermedades ligeras múltiples no motivarán la denegación, a no ser que el conjunto constituya un estado de degeneración característica, y si su origen hereditario es muy verosímil.

Por *psicopatía* pronunciada, es necesario entender los estados de degeneración, con anomalías del carácter, y también los casos de comportamiento asocial o antisocial, si estos defectos se han manifestado de una manera neta y repetida en la vida profesional del sujeto.

Entre las enfermedades constitucionales, principalmente la diabetes juvenil, la distrofia adiposo-genital, si es pronunciada; el linfatismo muy grave, la otosclerosis grave reciente, la hemofilia, el mixedema, el infantilismo muy marcado, las formas graves del bocio.

Sobre la cuestión segunda.—El certificado de aptitud al matrimonio debe ser denegado a las personas que no son ellas mismas manifestamente enfermas, pero cuyos parientes presentan o han presentado enfermedades hereditarias tales, que hay toda probabilidad de que sus descendientes eventuales sean afectados de estas enfermedades hereditarias en mayor proporción de lo que es general, en el conjunto de la población. Se tendrá en cuenta la herencia de los dos cónyuges, aunque estas herencias sean diferentes. Pero, según la ley, el certificado de aptitud no debe ser denegado más que en aquellos casos en que la carga hereditaria (*Belastung*) está absolutamente establecida o muy verosímilmente. Así será, principalmente, si se encuentran afecciones graves seguramente hereditarias: en uno, al menos, de los padres del candidato o en los dos de los hermanos o hermanas, o en más de un tercio de los abuelos y tíos. Se cerciorará que se trata realmente

de enfermedades hereditarias; trastornos mentales de corta duración en las personas de edad pueden ser de naturaleza no hereditaria.

Sobre la cuestión tercera.—El certificado prematrimonial debe ser denegado a todo sujeto que está atacado de una enfermedad transmisible, peligrosa para la vida o la salud del cónyuge o de la descendencia eventual o constituyendo una amenaza para la vida o capacidad de trabajo del enfermo mismo.

Para las enfermedades sexuales se referirá, en lo que concierne a la contagiosidad, a lo que refiere la ley relativa a la lucha contra estas enfermedades; se investigará, por otra parte, si la capacidad de reproducción está abolida.

Sobre la cuestión cuarta.—En lo que concierne a las *otras enfermedades*, cada caso debe ser apreciado individualmente. Toda enfermedad que pone en peligro la vida y la capacidad de trabajo del individuo que trabaje normalmente, o de la mujer cumpliendo su papel de madre, es motivo de inaptitud al casamiento.

C) *Los expedientes solicitando el subsidio matrimonial* deben enviarse todos a la Oficina de Higiene del Reich, tanto que el certificado haya sido concedido como denegado. Estos expedientes serán clasificados y conservados en la Oficina de Higiene y formarán parte de la documentación relativa a los estudios biológicos sobre la herencia.

INGLATERRA Y PAIS DE GALES

HIGIENE ESCOLAR.—*Plan para el suministro de leche a precio reducido a las escuelas de Inglaterra y País de Gales.* (Plan propuesto por la *Milk Marketing Board for England and Wales* y aprobado por el Ministerio de Agricultura y Pesca con fecha 25 de septiembre de 1934.)

1.º El plan principal podrá servir de base a los acuerdos tomados libremente por los miembros del personal de enseñanza, según el mismo sentido que el seguido hasta el presente por el Consejo Na-

cional de la Publicidad para la leche (*National Milk Publicity Council*), pero el precio de la leche será de medio penny en lugar de un penny por tercio de pinto.

La leche será suministrada en botellas en todas partes donde sea esto posible.

2.º El plan se aplicará solamente a la leche efectivamente consumida en las escuelas u otros centros comprendidos en la aprobación. Podrá ser ejecutado siete días por semana y durante el período de vacaciones, a condición de que los niños estén agrupados y de que de ningún modo sea empleada ésta en las necesidades culinarias.

3.º El precio reducido, de un schilling por galón, se aplicará igualmente a la leche comprada por las autoridades escolares locales o por otros Cuerpos de enseñanza previstos en la aprobación, a condición de que esta leche sea consumida en las condiciones indicadas en el apartado segundo.

4.º Todos los pensionados o cursos para niños o jóvenes reconocidos por el *Board of Education* serán comprendidos entre los beneficiarios del plan; será lo mismo para los cursos de instrucción autorizados para jóvenes de ambos sexos en paro, instituidos por las autoridades escolares locales conforme a la ley de 1934 sobre el paro y reconocidas y agregadas por el Ministerio del Trabajo, a condición de que la duración de la enseñanza no sea inferior a quince horas por semana.

5.º La Oficina de organización del mer-

cado de la leche (*Milk Marketing Board*) no concederá autorización más que para las leches efectivamente consumidas en la escuela o en el centro agregado. Si la producción de leche está entre las manos de las autoridades locales mismas, éstas tendrán derecho a autorización como revendedores, distribuidores o productores detallistas, ya que están inscritos en la Oficina y pagan regularmente las contribuciones prescritas. Comprobación de cuentas de consumo diario de la leche.

6.º La Oficina de organización del mercado de la leche no deberá conceder ningún permiso para las leches cuyo origen y calidad no hayan sido probadas; a saber: en el caso de escuelas, cursos colocados bajo el control de un Consejo regional, por el médico rural, previo aviso del médico de Higiene Pública del distrito sanitario local del cual depende la escuela o curso; y en el caso de escuelas o cursos colocados bajo el control de otras autoridades locales de Enseñanza, por el médico de Higiene pública, bajo la reserva de que, si el médico rural o el médico de Higiene no es al mismo tiempo el médico escolar de las autoridades locales de Enseñanza, no deberá obrar sin haber consultado al médico escolar.

7.º El plan será llevado a la práctica el 1.º de octubre de 1934 y se le dará, antes o después de esta fecha, toda la publicidad que el Ministro de Agricultura y Pesca juzgue oportuna.

Tanagel

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

Notas prácticas

1.—*Un gota-a-gota perfeccionado para infusión intravenosa.*—Los «gota-a-gota» ordinarios no regulan correctamente la salida del líquido, lo cual es particularmente desagradable cuando hay que poner el «gota-a-gota» intravenoso, tal como se usa en la

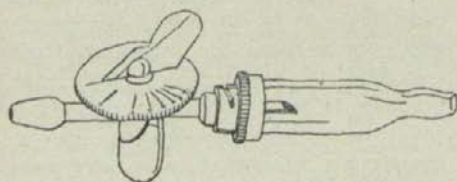


Fig. 1.

actualidad en el tratamiento de la toxicosis alimenticia del lactante.

Para obviar este inconveniente, una firma comercial alemana ha lanzado un modelo (fig. 1), consistente en una llave conoidea que se mueve suavemente en forma de espiral, interrumpiendo más o menos el aporte líquido. De esta forma, la regulación es muy fina, pudiendo ponerse la llave fácilmente a un régimen, desde una gota por minuto, hasta 120, en igual tiempo, cuya graduación va consignada en las diversas posiciones de la llave, y es válida para solución salina fisiológica añadida de un 5 por 100 de glucosa, con una altura del irrigador de un metro (1).

(1) Constructor: Karl Frenzel. Leipzig. Windmühlenstrasse 25. Precio, 14,5 RM.

Del «Munch. Med. Wochn», 1934, página 799.

2.—*Gráfica ponderal mejorada.*—En vez de la usual gráfica ponderal en la que una

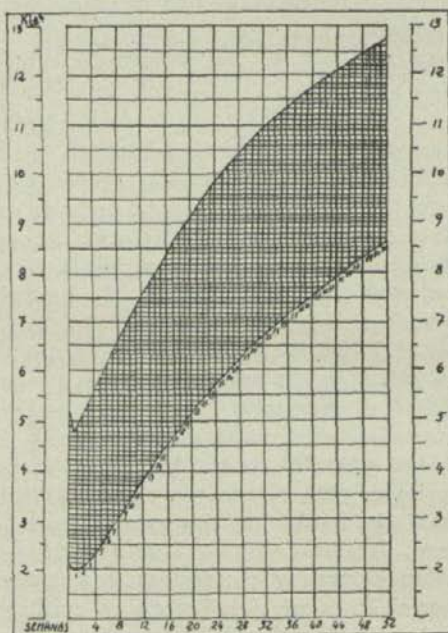
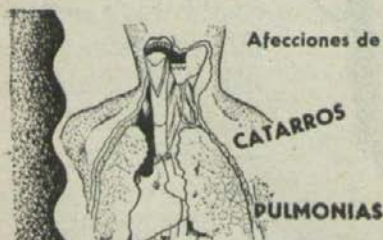


Fig. 2.

sencilla línea indica la curva media normal, es mejor utilizar (siguiendo el consejo de Aron, Faber, etc.) otra en que la línea ideal media es sustituida por una franja (figu-



HEPATOBRON
PECTORAL FORTIFICANTE
DEL
DR. GRAÑO

ra 2). De este modo quedan incluidos dentro de lo normal, tanto los lactantes pequeños, como los grandes, suprimiendo asimismo el inconveniente de que las gentes supongan que el niño está desnutrido por transcurrir su gráfica ponderal paralela, pero por debajo de la línea ideal.

En la gráfica que reproducimos (confeccionada por H. K. Faber sobre la base de la observación de niños normales) las curvas del 99,6 por 100 de los lactantes sanos caen dentro del área señalada como fisiológica; y del 0,4 por 100 restante, una tercera parte transcurren por encima y los dos tercios restantes por debajo de la misma.

3.—*La vacunación antivariólica clásica es preferible al método intradérmico.*—En la revista «Kinderärztliche Praxis» llevó a cabo Opitz en 1934 una encuesta entre pediatras y vacunadores, sobre cuál técnica de vacunación antivariólica (usual o intradérmica) sea preferible, llegando a la conclusión de que *debe continuarse vacunando con el procedimiento clásico*, ya que si bien

el método intradérmico reúne ciertas ventajas (tales como la ausencia de cicatrices, la imposibilidad de autoinfección vacunal y de infecciones secundarias, y el curso vacunal más leve), presenta una serie de inconvenientes que no llegan a ser neutralizados por aquéllas, a saber:

1. La técnica es más fastidiosa y difícil.
2. La inseguridad en la elección de una solución adecuada de linfa.
3. El peligro de la producción de abscesos subcutáneos por linfa no estéril.
4. La cortedad y menor actividad de la protección conferida (Groth, Kirsoh, Rominger).
5. Las mayores posibilidades de una disseminación hematogena.
6. El alargamiento del período de observación, que precisa ser de 2-3 semanas, a partir del momento de la inyección.
7. La imposibilidad de un control ulterior, por ausencia de cicatrices.

SOJA



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)

Alexander y Staub.—«El delincuente y sus jueces, desde el punto de vista psicoanalítico». Traducido del alemán por Goldschmidt y Víctor Conde. 220 páginas. 1935. Madrid. Ed. Biblioteca Nueva.

En breves y enojados capítulos tratan los autores (un médico y un abogado) el apasionante asunto de las causas psicopáticas del delito, considerándole en muchas ocasiones como una neurosis con proyección activa en la vida real.

Para nosotros, puericultores, tiene importancia algunas afirmaciones contenidas en la obra, tal como ejemplo, la de que *la tardanza en destetar al niño puede influir en su posterior educabilidad ante la sociedad*, haciendo observar Vid. Abraham que frecuentemente los hombres que reaccionan brutalmente a toda lesión de sus deseos o que oponen una impaciencia terca a la menor suspensión de su bienestar, han sido muy tardíamente destetados, con lo que la sexualidad oral ha sido excesivamente mimada; al fin acaba por llegar el destete, el cual encuentra en estos sujetos una resistencia insolente al tener que desistir de un derecho adquirido por el hábito, llegando Abraham y Alexander a buscar la raíces remotas de la cleptomanía en perturbaciones experimentadas durante este período.

Otra afirmación importante es la de que *el primer delito que cometen todos los hombres sin excepción, es el quebrantamiento de las reglas de la limpieza*. En el momento en que el niño adquiere por primera vez soberanía y control sobre su esfínter anal, ha dado el primer paso decisivo para la adaptación a los que le rodean.

Por lo dicho se desprende el enorme valor que una correcta educación de las funciones vegetativas puede tener en el desarrollo de ulteriores tendencias y neurosis, e incluso en la producción de acciones delictivas.

JASO

Sáinz de los Terreros y otros.—«Anales del servicio de fisisopatología infantil». 1933-34. Madrid. (Un folleto de 83 páginas.)

Bajo este rótulo reúne el Dr. Sáinz de los Terreros una serie de trabajos pediátricos originales suyos y de sus colaboradores, empeñados en la creación de un núcleo de entusiasta actividad. Contiene el volumen loables artículos clínicos de los Dres. Sáinz de los Terreros, Chacón, Pérez Moreno, Llacalle, Larrú, Tolosa y Novoa, siendo un exponente de lo mucho a que puede llegar un grupo de trabajadores imbuídos de un noble afán.

Felicitemos al Dr. de los Terreros por haber iniciado así una tarea preñada de halagüeñas promesas.

JASO

Lucha cultural pro infancia. 1935. Valencia. (Un folleto de 47 páginas.)

Un folleto conteniendo divulgación higiénica para uso de las madres.

Nos llama, por cierto, la atención que se reparte gratuitamente entre los médicos. A nosotros nos parecería mejor que tal reparto se hiciese entre las madres, a quienes va dirigido.

JASO

E. Velilla Mateo.—«Vientre agudo». 1935.

En este libro expone el Dr. Velilla, con un gran criterio clínico, todo lo referente al diagnóstico y operabilidad del abdomen agudo.

La obra, premiada por la Academia de Medicina de La Coruña, se halla dividida en quince capítulos, redactados de manera clara y concisa.

Libro sumamente interesante para el médico práctico.

M. QUERO

REVISTA DE REVISTAS

H. A. Schmidt (Bremen) «Kinderärztliche Praxis», IV año, 1933, p. 221. Die Aplonadiät bei Ernährungsstörungen im Säuglingsalter. *La dieta de Aplona en los trastornos nutritivos del lactante.*

El A. ha tratado con Aplona 60 lactantes, de dos semanas a nueve meses de edad, afectados de *dipepsias* de origen vario y de ligera o mediana intensidad. La dosis diaria de Aplona debe ser de 24-36 gms., distribuidos en tomas de 3-4 grms. El número total de éstas debe ser bastante crecido de 8 a 12 en las veinticuatro horas, pues de esta manera es mejor digerido el producto y surte sus efectos con mayor rapidez. Para mayor comodidad recomienda preparar la dosis total diaria por la mañana y repetirla en tantos biberones como tomas de alimento; los biberones se cerrarán cuidadosamente, pues la Aplona es muy ávida por el agua. Antes de la comida se agregará a un biberón, conteniendo la Aplona agua de té a temperatura de 50 grados y en cantidad suficiente para que el polvo de manzana quede mezclado con el agua al 10 por 100. Después de agitar y dejar enfriar hasta la temperatura de la habitación, se administrará inmediatamente antes de las tomas de alimento. Este se dará en cantidad más reducida. Generalmente a las 12-24 horas aparecen ya deposiciones de Aplona; se disminuye entonces la dosis de medicamento, el cual queda completamente suprimido al cabo de cinco o seis días. Durante el tratamiento con Aplona la curva del peso suele quedar estacionaria, descendiendo en algunos casos. Antes de empezar el tratamiento puede ser conveniente una pausa de té.

Dice el A. haber obtenido buenos resultados en la totalidad de los casos.

QUERO

(Sin bibliografía.)

L. Birnberg. Am S. of. Dis Childen. Raw apple diet in the treatment of diarrheal conditions in children. *Dieta de manzanas ralladas en el trat. de las diarreas infantiles.*

Buenos resultados en varios tipos de diarreas; entre 70 casos, 88 por 100 de curación. Algunos de los fracasos son debidos a la falta de cooperación del enfermo o de su madre. 38 casos de enteritis, 20 de *dipepsia* parentérica, 7 de *dipepsia* de origen dietético y 5 de colitis subaguda. Deduce la mejoría por los siguientes síntomas: fiebre, número y carácter de las deposiciones, moco, dolores y toxicosis. Cita opiniones que explican el efecto de esta dieta y piensa que es complejo, debido a cierto número de principios mecánicos, fisiológicos y químicos. La dieta empleada es la siguiente: 1-4 cucharadas soperas de manzana muy madura rallada, cada hora. La cantidad varía con la edad. Se puede añadir azúcar y pulpa de plátano. Si el niño tiene sed, se le dará té negro flojo (poco cargado). Después de cuarenta y ocho horas de esta dieta, se le dará la siguiente, que no tiene leche ni vegetales: a las 7.30, cocimientos de cereales (sin leche), tostada (toast), cacao hecho con agua (una taza); a las 12, sopa con arroz, patata deshecha, carne rallada, tostada; a las 3, tostada y té; a las 6, harinas o requesón, tostada, plátano y cacao hecho con agua. Esta dieta se mantiene otras cuarenta y ocho horas, y después se vuelve a la normalidad poco a poco. Se añade, lo primero, leche; después, vegetales, y lo último, frutas.

Esta dieta se instituirá lo más pronto posible, aunque obra perfectamente en cualquier momento de la afección.

GUTIERREZ

(Bibliografía.)

Laessing.—«El papel de los niños como eliminadores de bacilos tíficos y paratíficos». (Müncher. Mediz. Wochenschrift, t. 81. 1934.)

El A. estudia en 30 niños afectos de fiebre tifoidea y 88 de paratifoidea, la existencia o no de bacilos en los excreta (heces y orina), después de la infección. Por lo regular, permanecían los enfermitos en la clínica hasta los cuarenta y nueve días de haber empezado la afección tífica, y hasta los cuarenta y seis de la paratífica. Generalmente a los treinta días de empezar la afección ya no se encuentran bacilos en excretas, y lo más tardar desaparecen a los seis días de la defervescencia tífica y a los catorce de la paratífica.

De las investigaciones realizadas, se deduce que los niños de 0 a 1 año, son «eliminadores» de bacilos (expulsión de bacilos después de padecer la enfermedad) en una proporción de 2 a 4 por 100, entre el total de población, y los de más de 1 año en 0,6 por 100. Los niños suelen ser «eliminadores temporales» (eliminación de bacilos desde diez semanas a un año, después del comienzo de la enfermedad), y son raros los «eliminadores crónicos» (eliminación que excede del año). Estos últimos se encuentran con más frecuencia entre los paratíficos que entre los tíficos.

Los «portadores de gérmenes» (eliminadores de bacilos sin haber padecido la enfermedad) deben ser considerados como «eliminadores», ya que probablemente padecieron una forma abortiva de la infección.

Teniendo en cuenta la frecuencia con que se presenta el tifo en la infancia y, sobre todo, el paratífico, así como la movilidad y falta de aseo en los niños se comprende que produzcan una mayor contagiosidad que los adultos.

BLANCO OTERO

S. Tarasoff.—«Brote de una epidemia de ictericia infecciosa en la región industrial de Ivanovo, en otoño de 1933.» (Nota presentada al «Office International d'Higiène publique» en octubre de 1934, por el Doctor Syssine, delegado de la U. R. S. S.)

La intensa epidemia de ictericia infecciosa que abarcó una gran región de Rusia, ha

sido especialmente estudiada por el A., quien describe el cuadro clínico (ictericia, escalofríos, fiebre, síntomas dispepticos, vientre hinchado, bradicardia, etc.) y las medidas epidemiológicas tomadas (desinfección de los pozos por el cloruro de cal, reparación de los mismos, construcción de otros nuevos, propaganda sanitaria en los pocos entre enfermos y escolares), medidas realmente empíricas y de problemático resultado, porque se desconoce la causa de la enfermedad.

La investigación etiológica emprendida se dirigió hacia el grupo tifoparatífico y leptospiras diversos con siembras, seroaglutinaciones, etc., resultando todo completamente negativo.

El carácter evidentemente contagioso en contradicción con el resultado negativo de las investigaciones hace afirmar al A. que nos encontramos ante una epidemia de ictericia infecciosa de origen desconocido.

BLANCO OTERO

Georges Schreiber.—«La protection maternelle et infantile». *Protection maternelle et infantile*. Revue Medico-Sociale de L'Enfance. Año 1935, pág. 1.

En este informe, presentado por el A. a la Comisión de Organización Sanitaria de Francia, se propone la modificación de la ley Rousel en el sentido de que todos los niños cuyos padres reciban socorros o pensiones públicas sean vigilados durante su crianza por médicos inspectores y enfermeras visitadoras. Las últimas controlarán, además, la aplicación de las leyes de protección a la embarazadas y de primas a la lactancia, con el objeto de que sea efectivo el reposo que la ley prescribe antes y después del embarazo, y que las madres que se benefician de las primas de lactancia cumplan debidamente su obligación. Las primas deberán limitarse al primer semestre, elevándose en cambio su dotación a sesenta francos.

Propone asimismo el A., la creación de una Comisión Técnica General de Protección Materna e Infantil, dependiente del Ministerio de Sanidad, que tendría por objeto la aplicación del siguiente programa:



creación de centros de protección materna e infantil urbanos o rurales, Gotas de Leche, hospitales de lactantes enfermos y asilos de convalecientes. Apoyo material y moral a las obras privadas que ofrezcan suficientes garantías técnicas y de gestión.

Deberá ser obligatoria la enseñanza, teórica y práctica, de la puericultura en todas las Facultades y Escuelas de Medicina.

M. QUERO

Prof. G. de Toni.—«L'Hygiène sociale des enfants dans l'Italie fasciste. (*La Higiene social de los niños en la Italia fascista*). Revue Française de Puericulture, número 2. 1935.

Empieza el autor diciendo que sólo se va a ocupar de las obras más importantes realizadas a este respecto por el régimen fascista.

Uno de los primeros actos de gobierno de S. E. Benito Mussolini, fué la organización de la asistencia a los niños expósitos y dictar una serie de leyes concernientes a la protección y asistencia de la madre y del niño. En diciembre de 1925 confía la dirección de los servicios de protección y de asistencia a la «Obra Nacional para la protección de la maternidad y de la infancia», cuyas tareas pueden resumirse en :

1.º Proveer a la protección y asistencia de las mujeres embarazadas, y de las madres pobres o abandonadas, de los lactantes o mayorcitos, cuyas familias no puedan darles los cuidados necesarios para un desarrollo racional, de los menores, física o psíquicamente anormales, de los menores abandonados material o moralmente.

2.º Debe procurar la difusión de las leyes y métodos científicos de higiene prenatal e infantil en las familias e instituciones mediante equipos ambulantes para la vigilancia y cuidados de las embarazadas, de escuelas teóricas y prácticas para médicos, comadronas, etc., y de cursos populares de higiene maternal e infantil.

3.º De acuerdo con otras instituciones, que tengan el mismo fin, debe organizar la profilaxis antituberculosa de la infancia y la lucha contra las demás enfermedades infantiles.

4.º Debe vigilar y controlar todas las instituciones públicas y privadas para la asistencia y protección de la maternidad y de la infancia, con facultades para tomar medidas contra ellas, incluso la suspensión o la disolución.

Las formas corrientes de asistencia que la Obra Nacional ofrece, del lado material son :

1.ª Para la protección de las embarazadas sin medios de subsistencia : admisión a las consultas obstétricas o a los refectorios maternos ; socorros de alimento a domicilio ; asilo en los institutos de maternidad.

2.ª Para la protección de las nodrizas sin medios de subsistencia : admisión a los refectorios maternos, socorros a domicilio, asilo con el niño en los institutos.

3.ª Para la protección de los niños menores de tres años : admisión en las consultas pediátricas o en los dispensarios de lactantes ; socorros a las familias, colocación en las escuelas maternas, colocación en nodriza, asilo en los institutos para niños sanos o en los institutos de profilaxis antituberculosa (para los recién nacidos de madres tuberculosas).

4.ª Para la protección de los niños mayores de tres años : admisión en las escuelas maternas, con comida diaria y asistencia y socorros a las familias ; admisión en los institutos de educación o bien en las colonias agrícolas, o asilo en las colonias profilácticas permanentes para enfermos curables.

En el campo moral, la Obra Nacional ejerce su asistencia en :

1.º Procurando trabajo a la mujer embarazada y a las madres sin medios, ayudándolas a reconocer legalmente sus hijos naturales, y para la legalización de uniones ilegítimas, y, finalmente, ayudándolas en la acción judicial para la declaración de paternidad o para la asignación de alimentos.

2.º Procura trabajo a los adolescentes, recoge a los niños anormales educables, y encierra a los pequeños viciosos y culpables en casas de corrección.

El Presidente de la Obra es el abogado Sileno Fabbri, propuesto por el Duce, quien

con el Consejo asume las funciones directrices y de coordinación, y en cada provincia hay una Federación formada por tres médicos: el médico-jefe de la provincia, un tocólogo y un pediatra.

En el año 1933, las sumas gastadas por la Obra Social ascendieron a 140 millones de liras (84 millones de pesetas al cambio actual); se dedica al sostenimiento de la Obra todo el ingreso obtenido del impuesto sobre el celibato.

Otra creación formidable de Mussolini es la «Obra Nacional Balilla» dedicada a los niños y adolescentes entre seis y diez y ocho años, y cuyo fin es obtener un mejoramiento viril e integral de la raza.

La inscripción, con una modesta cuota anual, es voluntaria; pero el número de inscritos en 1934 era de 3.600.000. Da idea de su importancia el hecho de que la superficie del Forum Mussolini, creado por ella en Roma, ocupa 20.000 metros cuadrados.

JOSE-ANT. CONEJO

MATTHEU (René).—Le Malt (La Malta).
Revue Française de Puericulture, tomo III, pág. 36.

Las primeras páginas del presente trabajo las dedica el autor al estudio de la composición química y propiedades que caracterizan a la malta y alimentos diversos fabricados con el concurso de la misma.

Respecto a las indicaciones de estos preparados, lo aconseja:

1.º En lactantes sanos mayores de tres meses, alimentados con diluciones de leche de vaca, con estreñimiento y deposiciones duras, ligeramente decoloradas y fétidas (alteraciones que se acompañan a veces de anorexia y palidez) se añadirá a cada biberón una mezcla de dextrinas y maltosa, con predominio de la maltosa (sopa de Keller, Maltosan). Algunos granos de maltosa en cada biberón bastan para modificar favorablemente este cuadro en pocos días. No hay inconveniente en continuar esta medicación durante varias semanas.

2.º En las dispepsias intestinales no graves, con deposiciones frecuentes, ácidas, con grumos de moco, se agregará a la leche semidescremada polvo de dextrino-mal-

tosa con predominio de dextrinas (azúcar de Soxhlet, etc.).

3.º En la dispepsia por leche de vaca, se utilizará ventajosamente la sopa de malta de Keller.

4.º En los estados dispépticos crónicos, caracterizados por deposiciones muco-grumosas, ácidas y por una detención del crecimiento, se recurrirá frecuentemente a la papilla matosada de Terrien, pudiendo ser perjudicial la sopa de malta de Keller.

(Sin bibliografía.)

M. QUERO

CHARLES N. LEACH, LAUS JENSEN Y GEORG POCH. — Inmunización contra la dipteria con una sola inyección de toxoid-formol diftérico altamente purificado y al (OH)₃. The Journ. of Labor. and Clin. Med. Febrero 1935.

El formol-toxoid (anatoxina) introducido por Ramón como un agente de inmunización activa contra la difteria está reemplazando rápidamente a todos los otros medios profilácticos contra la difteria, haciendo posible en algunos países la inmunización masiva por el método usual de tres inyecciones.

Empleando el método ideado por Wills-täter para la purificación de las enzimas, S. Schmidt, A. Hansen y K. A. Kjaer (1931), de la Copenhagen State Serum Institute, han conseguido obtener los toxoides formolados (formol-toxoids) diftéricos concentrados y purificados conteniendo altas cantidades de antígeno por cc. inocuos inyectados al cobaya a la dosis de 5 cc., los que quedaron protegidos con una inyección de toxina diez veces mortal. En los niños también produjo un resultado igualmente satisfactorio sin dar lugar a una reacción mayor que la producida por la corriente formol-toxoid (anatoxina).

La adición de determinadas sustancias, como tapioca, y otras sales metálicas, como el alumbre, calcio, al caldo de difteria, dan lugar a precipitados que retienen cantidades mayores o menores de antígeno, aumentando su eficacia lo mismo que la del toxoide, pero produciendo reacciones locales más intensas, que reducen la utilidad de la acción de tales materiales cuan-

do se intenta la inmunización en masa de los niños.

Schmidt (1932) ha obtenido resultados empleando en lugar del alumbre la preparación de Willstätter de hidrato de aluminio, al $(OH)_3$, que tiene una alta capacidad específica de combinación para el toxoide purificado. Esta preparación de toxoide de al $(OH)_3$, ha sido empleada por vez primera como agente de inmunización en una sola inyección en niños daneses por Jensen, Larsen y Bojlén, dándose los resultados en esta nota, estableciendo los autores las siguientes conclusiones:

Primera. Este estudio ha sido llevado a cabo con una sola inyección del formoitoxoide purificado y al $(OH)_3$, inyectándose 553 niños, dejando 175 del mismo grupo (dos a once años, inclusive) como control.

Segunda. En el 12,8 por 100 de los niños inyectados se observaron reacciones generales al antígeno, pero no intensas ni formación de abscesos.

Tercera. El por 100 de reacciones al antígeno fué dos veces más intensa entre los niños que tenían una historia previa de difteria.

Cuarta. La eficacia del antígeno fué estudiada por titulaciones con el suero antes de la inyección y ciento veintiocho días después en 148 niños, encontrándose en todos ellos un aumento en el poder antitoxínico, en la mayoría considerable.

Quinta. No se mostró fase negativa.

Sexta. No se registró ningún caso de difteria posterior entre los niños inmunizados, pero sí siete en el grupo control.

LUIS PEREZ DE ALBENIZ

Mortalidad infantil española durante el año 1934 en las diversas provincias

Provincias	Fallecidos de menos de un año por 1.000 nacidos vivos		Aumento o disminución en 1934 en relación a 1933	Provincias	Fallecidos de menos de un año por 1.000 nacidos vivos		Aumento o disminución en 1934 en relación a 1933
	1933	1934			1933	1934	
Alava.....	100	102	+ 2	Lugo.....	103	98	- 5
Albacete.....	110	131	+21	Madrid.....	112	105	- 7
Alicante.....	97	93	- 4	Málaga.....	117	115	- 2
Almería.....	110	97	-13	Murcia.....	104	97	- 7
Avila.....	153	139	-14	Navarra.....	107	96	-11
Badajoz.....	146	161	+15	Orense.....	112	93	- 9
Baleares.....	56	53	- 3	Oviedo.....	96	89	- 7
Barcelona.....	64	66	+ 2	Palencia.....	163	163	=
Burgos.....	147	135	-12	Palmas (Las).....	150	175	+25
Cáceres.....	158	172	+14	Pontevedra.....	83	85	+ 2
Cádiz.....	128	131	+ 3	Salamanca.....	143	148	+ 5
Castellón.....	74	75	+ 1	Sant. C. de Tenerife.....	111	105	- 6
Ciudad Real.....	148	161	+13	Santander.....	94	89	- 5
Córdoba.....	124	140	+16	Segovia.....	126	139	+13
Coruña.....	90	89	- 1	Sevilla.....	131	132	+ 1
Cuenca.....	119	151	+32	Soria.....	124	113	-11
Gerona.....	89	62	-27	Tarragona.....	83	47	-36
Granada.....	109	118	+ 9	Teruel.....	101	99	- 2
Guadalajara.....	127	123	- 4	Toledo.....	121	131	+10
Guipúzcoa.....	58	63	+ 5	Valencia.....	84	99	+15
Huelva.....	106	109	+ 3	Valladolid.....	160	145	-15
Huesca.....	100	95	- 5	Vizcaya.....	81	70	-11
Jaén.....	132	144	+12	Zamora.....	158	146	-12
León.....	130	121	- 9	Zaragoza.....	115	95	-20
Lérida.....	80	69	-11				
Logroño.....	126	109	-17				
				Totales.....	112	113	+ 1

NOTICIAS

La Junta Directiva de la Asociación, en vista hecha al Excmo. Sr. Subsecretario de Sanidad, ha expuesto las medidas que creen necesarias tomar con urgencia en favor de la Higiene Infantil en España.

Teniendo en cuenta las peculiaridades y la gravedad del problema de la morbi-mortalidad infantil en nuestro país han solicitado:

Primero. La creación en cada provincia de una plaza de Médico puericultor auxiliar con carácter Móvil, dependiente de los Jefes del Servicio provincial.

Segundo. Multiplicar el número de Enfermeras puericultoras o polivalentes.

Tercero. Creación de Centros de Higiene Infantil en poblaciones mayores de 20.000 habitantes y en el territorio del Protectorado de Marruecos.

Cuarto. La implantación del Seguro Obligatorio de Maternidad en el campo.

Quinto. Que las plazas de Puericultura de nueva creación sean cubiertas por concurso-oposición entre Médicos Puericultores Titulados.

La Junta ha salido excelentemente impresionada por la favorable acogida de tales peticiones.

Banquete homenaje a nuestro Redactor Jefe.

Los plausibles méritos y la constante campaña en pro de los humildes que desde su cargo de director del Instituto de Puericultura de Chamartín viene desempeñando nuestro compañero doctor don José María Llopis Recio, movió a un numeroso núcleo de amigos personales, compañeros de profesión y admiradores a organizar un homenaje en su honor.

Su labor periodística profesional desde las columnas de los populares diarios «La Voz» y «El Sol», divulgando en una plau-

sible labor cultural el conocimiento de los adelantos de la ciencia médica; sus críticas y sus enseñanzas de los orígenes de los más importantes descubrimientos, unidos a su gestión personal, fueron las causas iniciales del proyecto de testimoniar la simpatía y la admiración por su obra testimonio que fué en un principio la idea de festejarlo con una comida de profesionales por su reciente nombramiento de pediatra de la lucha antituberculosa, y tuvo que convertirse, ante los reiterados deseos de múltiples vecinos de las barriadas Chamberí, Dehesa de la Villa, Cuatro Caminos, Chamartín y Fuencarral, en un banquete de carácter popular, que se celebró días pasados en el restaurante Biarritz.

Al acto asistió extraordinaria concurrencia constituyendo ello el reconocimiento público de sus méritos y la expresión calorosa de los afectos que ha sabido conquistarse.

A los postres hicieron uso de la palabra los Sres. Adame (D. Serafin), Ayuga, doctor Cirajas, el redactor jefe de «La Voz», don José L. Mayral, el Dr. Terol, vicepresidente del Colegio Médico y Dr. Bardají, y el agasajado, que dió las gracias en sentidas palabras.

Todos los oradores tuvieron para el señor Llopis frases de elogio a las que los comensales se sumaron con sus aplausos.

Al homenaje —un banquete popular—, en el sentido más grato para un hombre como el Dr. Llopis, se adhirieron con su presencia figuras destacadas de la Medicina y del periodismo. Todos los compañeros de «La Voz», a cuya Redacción pertenece el Dr. Llopis, muchos de «El Sol» y los que nos honramos en ser sus compañeros en PUERICULTURA ESPAÑOLA asistieron al acto para expresar el afecto y la consideración especial de que goza entre nosotros.

La Nueva Directiva de la Sociedad de Pediatría.

La Junta de gobierno de esta Sociedad ha quedado constituida de la siguiente forma:

Presidente, D. Juan Antonio Alonso Muñoz; vicepresidente primero, D. Martín González Álvarez; ídem segundo, don Francisco Zamarriego; vocales, D. Enrique Jaso Roldán, D. Juan Garrido Lestache, D. Ricardo Garrily de la Cámara y Sr. Gómez Pallete; secretario general, don Pedro Bernal Fandos; ídem de actas, don Jaime Magaz; tesorero, D. Guillermo Angulo Pastor; contador, D. Francisco Vegas; bibliotecario, D. Julio T. Rubio.

Para visitar las principales instituciones de Puericultura del extranjero, han salido en viaje de estudios los alumnos-médicos de la Escuela Nacional de Puericultura, con sus profesores Dres. Angulo y Díaz del Solar.

En el Hospital Central de la Cruz Roja se ha celebrado un interesante curso de Dietética de Lactantes, dirigido por el ilustre Dr. Carlos Sáinz de los Terreros con la colaboración de sus ayudantes.

Hemos recibido el extraordinario de *Revista Médica Salmantina*, órgano oficial del Colegio de Médicos y de la Academia Médico-Escolar de Salamanca, en el que con un duplicado original, muy interesante, festeja el haber alcanzado el número 100 de su publicación.

Felicitamos y deseamos continúen los éxitos de tan grata Revista.

Bien a nuestro pesar nos vemos en la imposibilidad de insertar en este número la terminación del artículo del eminente Dr. M. Pascua sobre «Factores de la mortalidad infantil».

La súbita e imprevista salida del ilustre jefe de la Sección de Estadística de la Dirección general de Sanidad para los Estados Unidos en viaje de estudios nos obligan a retrasar hasta su regreso la publi-

cación de la segunda parte de tan interesante artículo.

Abril, día 23.—Ministerio de Trabajo, Sanidad y Previsión.—Orden disponiendo se convoque concurso de traslado entre Médicos Puericultores, Jefes de los Servicios provinciales de Higiene infantil, de la Dirección general de Sanidad, para cubrir la plaza correspondiente al Servicio de Higiene infantil de Vigo.

Orden declarando jubilada a doña Antonia Carrillo de Lemos, Matrona de la Escuela Nacional de Puericultura.

Convocatoria concurso para proveer la plaza de Jefe del Servicio de Higiene infantil de Vigo.

Día 25.—Ministerio de Instrucción pública y Bellas Artes.—Orden creando en este Ministerio un «Servicio de informaciones y estadísticas escolares».

Día 28.—Ministerio de Instrucción pública y Bellas Artes.—Orden declarando desierto el concurso de traslado para la provisión de la cátedra de Pediatría de la Facultad de Medicina de Santiago.

Otra anunciando turno de oposición entre auxiliares para proveer dicha cátedra.

Mayo, día 2.—Administración Central. Trabajo, Sanidad y Previsión.—Circular convocando concurso-oposición para la provisión de las plazas de Médicos Pediatras de los Dispensarios antituberculosos que se citan.

Día 3.—Ministerio de Trabajo, Sanidad y Previsión.—Orden reponiendo a D. Enrique Sñer Ordóñez en su cargo de Director de la Escuela Nacional de Puericultura.

Día 6.—Ministerio de Trabajo, Sanidad y Previsión.—Orden recordando el estricto cumplimiento de la Orden de 1.º de octubre de 1934 («Gaceta del 12 de diciembre») relativa a exigir la condición de pobreza de todos los que soliciten asistencia, tanto para la admisión definitiva de enfermos como para las consultas públicas.

Día 8.—Trabajo, Sanidad y Previsión. Subsecretaría de Sanidad y Asistencia pública.—Anunciando a concurso libre la provisión de la plaza de Practicante femenino del Preventorio de Guadarrama.

Este anuncio está rectificado en la «Gaceta» del 17.

Día 9.—Ministerio de Trabajo, Sanidad y Previsión.—Orden ampliando concurso convocado en 17 de abril último para proveer una plaza de Médico Puericultor de Vigo.

Trabajo, Sanidad y Previsión.—Subsecretaría de Sanidad y Asistencia pública.—Prorrogando hasta el 19 del mes actual el plazo para la presentación de instancias para tomar parte en el concurso-oposición para proveer plazas de Médicos Pediatras.

Día 16.—Ministerio de Trabajo, Sanidad y Previsión.—Orden declarando a D. José García del Diestro y Escobedo en situación de excedencia forzosa.

Día 22.—Ministerio de Trabajo Sanidad y Previsión.—Orden concediendo la excedencia a doña Blanca López Azcárate, Instructora de Sanidad.

Día 25.—Ministerio de Trabajo, Sanidad y Previsión.—Decreto reorganizando los servicios de la Dirección general de Sanidad.

Idem íd.—Decreto nombrando Director general de Sanidad a D. Mariano Fernández Horgues.

Idem íd.—Orden concediendo la excedencia voluntaria a D. Teófilo Alberto Gonzalo, Médico del Cuerpo de Sanidad Nacional, Jefe del Centro Secundario de Higiene rural de Arévalo.

Día 28.—Ministerio de Trabajo, Sanidad y Previsión.—Orden dando disposiciones

para dar cumplimiento al Decreto de este Ministerio del 24 del mes actual, que reorganiza y regula los servicios dependientes de la Dirección general de Sanidad.

Otra disponiendo que por la Subsecretaría de Sanidad y Asistencia pública se convoque concurso voluntario para proveer la plaza de Médico Puericultor para los servicios de Higiene infantil de Vigo.

Otra declarando en suspenso todos los anuncios de concursos u oposiciones para provisión de plazas, de cualquier naturaleza, en los servicios de Beneficencia y Sanidad, con anterioridad al día 15 de mayo de 1934.

Administración Central.—Trabajo, Sanidad y Previsión.—Subsecretaría de Sanidad y Asistencia pública.—Convocando a concurso voluntario para proveer la plaza de Médico Puericultor de los Servicios provinciales de Higiene infantil de Vigo.

Disponiendo no se considere mérito preferente para la adjudicación de plazas por concursos-oposiciones el desempeñar las mismas con carácter interino.

Junio, día 1.—Ministerio de Trabajo, Sanidad y Previsión.—Decreto nombrando a los señores que se mencionan para los cargos que se indican dependientes de la Dirección general de Sanidad.

Día 3.—Ministerio de Trabajo, Sanidad y Previsión.—Orden creando la Habilitación independiente de los créditos afectos a la Subsecretaría de Sanidad y Asistencia pública.

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 propugna una exaltación de los principios sagrados de la higiene del niño y una mayor difusión de los mismos en nuestro país.
