

Puericultura — Española —

Revista mensual de Puericultura e Higiene infantil.
Órgano 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), 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:

Págs.

TRABAJOS ORIGINALES: La administración sanitaria en Higiene infantil, por <i>Santiago Ruesta</i>	3
— La carne en dietética infantil, por <i>Guillermo Angu- lo Pastor</i>	8
— Puericultura. Labor social. La Visitadora, por <i>Ma- ría Teresa Moll</i>	11
FOLLETON: Nociones anatomo-fisiológicas del niño du- rante la primera y segunda infancia, por el Dr. <i>Ja- so</i> (Continuación)	15
Notas prácticas	22
Sanidad internacional	23
Sección Bibliográfica	26
Revista de Revistas	27
Sección sindical y noticias	30
Sección Oficial	32

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

La administración sanitaria en Higiene infantil ⁽¹⁾

POR EL DOCTOR

D. Santiago Ruesta

Inspector de Sanidad Interior.

No es empresa fácil el coordinar los principios científicos generalmente aceptados en Medicina preventiva con una correcta organización administrativa que dé como resultado un eficaz progreso de la salud pública.

Estas dificultades suben de punto cuando se trata de abordar problema tan importante cual es el de la Higiene infantil. Se ha dicho con razón que los problemas que plantea la Higiene infantil constituyen el 60 por 100 del contenido de todo programa sanitario nacional; sin embargo nos atrevemos a opinar que dicho porcentaje está muy por debajo de la realidad. Haciendo un somero repaso de cualquiera de las técnicas seguidas en las llamadas luchas especiales, nos encontramos como elemento primordial para el estudio de cualquiera de ellas, al niño. La lucha contra las enfermedades venéreas, tuberculosis y tracoma, son otros tantos ejemplos de plagas sociales, cuyo estudio no puede en ningún modo plantearse seriamente, en el terreno de la epidemiología, sin tener presente el factor infantil como inexcusable condicionante.

¿Quiere decirse con esto que el médico puericultor debe emprender por sí el estudio y resolución de las más importantes plagas sociales? En ningún modo podemos aceptar esta hipótesis tan absurda, como sería la de confiar los problemas que pudiéramos llamar específicos de la Higiene Infantil a gentes carentes de los suficientes conocimientos de la fisiología del niño en sus diversos estados de desarrollo. Queremos significar, en primer lugar, que la importancia epidemiológica del niño en el desarrollo de una porción importantísima de endemias, y aun epidemias, exige de una manera precisa que la formación del puericultor-funcionario, lleve como prólogo una completa formación sanitaria general que quizá no sea precisa en ninguna de las otras llamadas especialidades de la Sanidad pública.

Sacamos a colación este debatido asunto, tan magistralmente planteado por el Dr. García del Diestro en el Primer Congreso Nacional de Sanidad por entender que esa formación sanitaria integral de los futuros

(1) Escrito expresamente para PUERICULTURA ESPAÑOLA

puericultores-funcionarios, es el primer paso para llegar a una organización administrativa eficaz, y conste que al emplear la frase *Organización administrativa* no nos referimos en modo alguno a la interpretación de preceptos legales, que en todo caso debe corresponder a los asesores jurídicos o funcionarios administrativos; nos referimos a la serie de normas y principios de carácter técnicos que es preciso tener en cuenta para la consecución de un fin determinado o un rendimiento cuantitativo que responda al esfuerzo técnico-económico desarrollado para conseguirlo.

¿Cómo organizar nuestros servicios de Higiene Infantil para un rendimiento máximo?

De lo anteriormente expuesto ya podemos deducir dos conclusiones: la primera es la formación sanitaria integral de nuestros puericultores, y la segunda, relación, o mejor aún, fusión con los demás elementos sanitarios responsables de las luchas sanitarias relacionadas con la Higiene Infantil.

Nuestra experiencia nos permite señalar como grave error, la organización de la Higiene Infantil en forma de células de carácter técnico de las cuales se harían necesarias, por lo menos, una en cada municipio. El procedimiento requeriría grandes cantidades de dinero y la formación de un personal numerosísimo. Si a esto añadimos el evidente desplazamiento de valiosísimos elementos que en el campo privado de sus actividades desarrollan una importante función sanitaria, tendremos forzosamente que concluir por rechazar el sistema de que el Estado afronte el problema, añadiendo más y más Dispensarios a los ya numerosísimos creados por la iniciativa de Diputaciones, Municipios, Juntas o Asociaciones privadas. No quiere eso decir en ningún modo, que deben desaparecer los Dispensarios del Estado, sino que estos Dispensarios no pueden constituir por sí solos el cometido fundamental del Estado en orden a la Higiene Infantil. Para nosotros el Dispensario del Estado debe ser un anejo al servicio de Higiene Infantil cuya fundamental misión debe ser la de servir de modelo a los demás que se instalen en virtud de iniciativas de cualquier orden, servir a su vez de Centro de investigación y, sobre todo, de enseñanza. ¿Qué duda cabe de que la misión del Estado en orden a la Higiene Infantil es mucho más compleja?

En orden a los anteriores razonamientos hubimos de sugerir a la superioridad y tuvimos la suerte de que nuestra sugerencia, coincidente con la de algunos compañeros puericultores, fuera bien acogida por las Autoridades Superiores, de transformar los servicios o Dispensarios de Higiene Infantil en Secciones provinciales en las cuales figuraría el Dispensario provincial como un instrumento más de trabajo.

El contenido fundamental de estas Secciones debe ser, a nuestro juicio, el estudio de la causalidad de muerte en la infancia. Aceptamos con frecuencia normas generales de lucha contra la mortalidad infantil deducidas de los escasísimos estudios que sobre mortalidad infantil se han hecho con carácter general para toda España y es indudable que las causas de muerte son muy diversas en las distintas regiones españolas y aún dentro de las regiones en las diversas provincias y municipios.

Mientras esas causas no sean discriminadas con precisión por lo menos en cada provincia la profilaxis de la mortalidad infantil, tendremos que hacerla al buen tun tun, con una considerable pérdida de tiempo y de dinero.

Es preciso establecer, a nuestro juicio, una profilaxis específica por

causas, teniendo presente que aun la causa más común de muerte infantil, la dietética, es preciso discriminarla en los diversos factores que la integran para poder actuar con eficacia sobre cada uno de ellos.

Quizás el no tener presente estos estudios ha sido uno de los motivos en virtud de los cuales la mortalidad infantil por causas dietéticas ha sufrido un alarmante aumento cuando justamente el Estado proporcionaba cuantiosos ingresos a los organismos encargados de velar por la infancia.

Se nos hará seguramente la objeción de que si las Instituciones de Higiene Infantil funcionaban mal era preciso sustituirlas por otras similares del Estado. Esta objeción queda completamente desvirtuada desde el momento en que el Estado interviene. El Estado no tiene que suplir obligaciones, pues al hacerlo demostraría su propia incapacidad para exigir las a los demás. Las ventajas que puede reportar a la Higiene Infantil la intervención del Estado, no pueden en ningún modo derivarse de la sustitución de unos organismos por otros, sino de su autoridad soberana, para dirigir, controlar y, en una palabra, exigir, el cumplimiento estricto de sus propios acuerdos por medios coercitivos.

De esta intervención del Estado deducimos nosotros la segunda misión a llenar por los servicios de Higiene Infantil establecidos por el mismo, a saber: la vigilancia, inspección, con la consiguiente propuesta de sanción, de todos los Centros y funcionarios que por mandato de la ley deban someterse al cumplimiento y obligaciones en orden a la Higiene Infantil.

Como corolario de lo anterior sería preciso que los funcionarios publico-educadores ostentasen el carácter de delegados de las autoridades sanitarias, delegación que naturalmente había de llevar aneja la prohibición de cualquier actividad profesional de carácter privado.

La enseñanza popular de la Higiene y la propaganda, son misiones cuya importancia ha sido señalada hasta la saciedad sin que estos factores tan importantes de lucha sanitaria hayan adquirido en nuestro país el desarrollo que sería necesario para valorar su eficacia.

A título de hecho poco conocido y como sugerencia, no me resisto a mencionar un Centro Sanitario visto por nosotros en Zabreb (Yugoeslavia), Centro conocido con el nombre de Escuela de Higiene. Este Centro, instalado en la Capital de la Croacia, recoge durante dos cursos semestrales, uno para hombres y otro para mujeres, unos cuarenta campesinos elegidos en los pueblos más necesitados de cuidados higiénicos y naturalmente los más apartados de los Centros Sanitarios del Estado. Estos campesinos viven durante seis meses en régimen de internado y durante ese tiempo reciben una completa enseñanza de Higiene popular que va acompañada de la enseñanza práctica de pequeñas industrias rurales, de las cuales suelen obtener posteriormente pequeños beneficios que sirven de estímulo a los demás para solicitar su ingreso en la Escuela, que, naturalmente, ha tenido que ser limitado en vista de las numerosas solicitudes. Pues bien, los alumnos procedentes de esta Escuela de Higiene para campesinos, se convierten en unos propagandistas cuyo entusiasmo y eficacia hemos tenido ocasión de comprobar en términos de verdadero asombro.

Quedan todavía dos huecos a llenar en orden a la administración de la Higiene Infantil: el primero, se refiere a la colaboración de la Medicina privada, tema extenso y difícil de tratar mientras a los sanitarios se les permita el ejercicio de actividades médicas que no sean las propias del Estado. El segundo, lo consideramos fundamental y se refiere a la cola-

boración de las Entidades públicas y privadas dedicadas a la asistencia social.

Este último punto creemos ha sido mal enfocado desde el punto de vista muy humano, y, sobre todo, muy español, de tendencia a los compartimentos estancos, negando toda capacidad de comprensión a elementos no sólo ajenos a la profesión, sino aún a los mismos profesionales que no pertenezcan al grupo. Creemos, por el contrario, que hemos de corregirnos todos los sanitarios españoles de este grave defecto, estimulando la acción privada en orden a la creación de instituciones colaboradoras que sometién dose a las prescripciones técnicas oficiales llenen ese importante vacío de *asistencia social dirigida* encauzando las actividades dispersas a una colaboración cuya terminación habrá de ser necesariamente la consecución de los fines señalados de una manera concreta por el Estado, como Rector responsable de toda Lucha Sanitaria.

Discernidos los puntos fundamentales a tener en cuenta en una organización administrativa de la Higiene Infantil consideramos que merecería ensayarse como complemento de lo ya realizado, el establecimiento de Juntas provinciales de Asistencia Social de carácter exclusivamente administrativo, en las cuales quedasen refundidas todas las actividades hoy dispersas con grave daño para la eficacia de los importantes esfuerzos realizados.

En la formación de este nuevo organismo habría que tener muy en cuenta que todas las entidades oficiales o no, son extraordinariamente celosas de su autonomía administrativa y, por tanto, sería preciso no buscar como moneda de cambio a las aportaciones del Estado la absorción administrativa, sino simplemente el sometimiento a nuestra dirección y control exclusivamente técnico.

Se precisa a nuestro juicio el establecimiento de un Código que, después de aprobado por las Cortes, constituyese el Cuerpo legal único en orden a la Higiene Infantil.

Esta legislación sería dictada a propuesta de un Comité de técnicos de reconocida solvencia en materia de Puericultura y administración sanitaria. De esta manera se evitarían amaneramientos o exclusivismos de escuela que al dar un carácter personal a las disposiciones más acertadas les quita, sin embargo, ese carácter de permanencia que se estima como necesario para que una disposición rinda la eficacia que buscó su autor.

Este Comité asesor de carácter puramente eventual no debe intervenir para nada en cuestiones de carácter no técnico, concernientes a la administración general del Estado, que debe ser igual para todos los funcionarios, tanto en sus derechos como en sus deberes, así como el desempeño de funciones de carácter administrativo-burocrático que nada tienen que ver con la específica misión de carácter técnico a desarrollar por la organización. A este respecto, que considero por demás interesante, es de advertir que la administración general del Estado tiene preceptos y exigencias que no pueden en ningún modo ser desvirtuadas por la administración técnico-sanitaria que de una manera específica nos está encomendada. El olvido de estas exigencias de carácter general da lugar a errores fundamentales que se traducen en dificultades muchas veces insuperables, y, lo que es peor, en la formación de ese espíritu gremial que conduce a la pérdida de la sensibilidad para la independencia social. Dice Ortega y Gasset «es preciso, pues, mantener viva en cada clase o profesión la conciencia de que existe en torno a ella otras muchas clases y pro-

fesiones de cuya cooperación necesita, que son tan respetables como ella y tienen modos, y aun manías, gremiales que deben ser en parte tolerados, o cuando menos, conocidos» (*España invertebrada*).

Señaladas las finalidades por el Poder Central se hace preciso, a nuestro juicio, una descentralización condicionada, en lo que a maneras de actuar se refiere. Esta descentralización no debe en ningún modo dar a nadie patente de autoridad indiscutible, sino, por el contrario, una mayor responsabilidad en cuanto a su manera de obrar mediante un intercontrol con las demás luchas. A este criterio obedece la creación de las Juntas técnicas de los Institutos provinciales de Higiene, a las cuales deberían ser sometidas para su refrendo, todas las iniciativas de los técnicos que la componen como mandatarios del Estado en orden a la salud pública de cada provincia.

La carne en dietética infantil

POR EL DOCTOR

D. Guillermo Angulo Pastor

Profesor de la Escuela Nacional de Puericultura

El empleo de la carne en dietética infantil, mejor dicho, el momento de incorporar la carne a la ración alimenticia del infante, llena de dudas siempre a la familia del niño, y muchas veces al médico general, cuando es consultado sobre este punto concreto.

Es corriente no emplear la carne antes de los cuatro años, sin que este empleo tan tardío pueda apoyarse en ninguna noción precisa, y sí tengo en contra observaciones clínicas ya antiguas, y un sinnúmero de trabajos modernos, que aconsejan utilizar la carne en su segundo año de la vida infantil.

Sobre el momento del empleo de la carne en dietética infantil, ya Weisse, de Lenigrado, en 1845, señaló los resultados favorables del empleo de carne cruda en un niño de dos años, enfermo de diarrea grave con caquecisia. En 1877, Troseau, en «Les Cliniques Medicales de L'Hotel-Dieu», observa dos casos análogos, uno en su nieto, y otro en dos hermanas gemelas, de Mulhouse, precisando en aquellas publicaciones la manera de preparar la carne y la cantidad de administrar.

En el año 1926, «el momento de la utilización de la carne» es objeto de preocupación de quienes estudian de cerca todo lo concerniente a dietética infantil.

Marfán, en aquella época sostiene que la carne debe ser utilizada hacia los 18 meses; a esta edad «es indispensable para equilibrar el régimen alimenticio, e insiste sobre los inconvenientes de un régimen cárneo demasado tardío, que tendría por consecuencia prolongar hasta los dos años y medio una alimentación compuesta casi exclusivamente de leche e hidrato de carbono, con sus secuelas frecuentes: anemia, trastornos digestivos y deficiente nutrición, y dice Marfán que «la carne cruda bajo forma de jugo de carne o de carne picada es útil en casos de diarrea amilácea, en enterocolitis crónicas, prolongación de las enterocolitis disenteriformes agudas, en la tuberculosis».

Variot sostiene una concepción análoga, y piensa que la carne roja es útil en la alimentación de los niños de 18 meses, e insiste sobre la necesidad de picar muy finamente la carne, para evitar los trastornos digestivos que pudieran presentarse por ingerir trozos groseros que el niño no podría masticar y darían lugar a putrefacciones intestinales, criticando a los pediatras alemanes que dan la carne partida en trozos pequeños con el fin de estimular la masticación. Variot preconizaba el uso de carne cruda de carnero y de caballo en los niños débiles, anémicos, caquéticos por haber estado sometidos a un régimen prolongado de leche y harinas.

J. Renault y Mme. de Tannenbergh, en un trabajo muy completo sobre la alimentación de los niños, insisten sobre la importancia de la alimentación cárnea, por su riqueza en amino-ácidos, su digestibilidad, asimilación perfecta, que la hacen indispensable en la nutrición de los organismos infantiles.

En lo concerniente a los peligros de la alimentación cárnea éstos no existen más que en los casos en que el régimen esté mal equilibrado. En todos los casos en que las proporciones entre los albuminoides, grasas e hidratos de carbono, sean guardadas nada debemos temer, y, por el contrario, tendremos al alcance de nuestra mano un régimen alimenticio rico en proteínas animales. Los peligros, muchas veces ilusorios, que se han atribuido unas veces a las carnes y otras a los huevos, e incluso a la leche, no tienen razón de ser en la mayor parte de los casos, no apareciendo estos trastornos más que en aquellos niños con un hígado o un riñón deficiente.

En 1929 «La Vie Medicale» abrió una encuesta sobre la utilización de la carne en la alimentación de los niños con el fin de llegar a un acuerdo o mejor dicho conocer las diferentes concepciones sobre este punto concreto, las respuestas fueron muy divergentes: Knauer, a los cinco o seis meses administra carne picada siguiendo las sugerencias de Czerny y de Stolle; Rietschel, a los siete meses; Rudder, a los diez meses... Tailleur nunca antes de los cinco años, y Armand Delille tampoco antes de los tres años. Como vemos, las divergencias de unos autores a otros son grandes. Estos autores que hemos citado son los que acupaban las posiciones más extremas, y la mayor parte se pronunciaron por soluciones intermedias, estando de acuerdo la mayoría sobre los siguientes puntos:

1.º Hacia los 15 meses pueden administrarse productos cárneos que no exijan masticación, caldo de carne o potaje, carne reducida a pulpa, jugo de carne.

2.º Hacia los 20 meses, cuando él tiene 16 dientes, se le puede dar carne en trozos pequeños y muy tierna.

Estas fórmulas excluyen toda exageración, tiene como reverso el empleo de regímenes muy ricos en carne y pobres en leche, y utilizados en gran escala por los alemanes que desde hace años vienen estudiando los regímenes alimenticios sin leche.

Hamburger, inspirándose en teorías alimenticias que gozan hoy de actualidad; a base de amino-ácidos, sales minerales y vitaminas ha propuesto para ciertos niños que soportan mal la leche, la supresión completa de este alimento y su sustitución prolongada por una papilla, encerrando en proporciones conocidas, todos los principios necesarios. En esta preparación, las proteínas provienen del hígado de ternera cocido y triturado en un mortero a la dosis de 40 a 80 gramos. Esptein, de Praga, utiliza una técnica análoga, salvo que no suprime la leche más que parcialmente y cubra timo y riñones de ternera. Knauer, de Breslau, sustituye progresivamente, a partir del quinto mes, y como alimentación antirraquítica papillas con carne, reemplazando una o dos tomas de pecho. Las papillas las prepara con caldo de huesos e hígado de ternera en el cual hace cocer unas legumbres, sémola, arroz y al que agrega una cucharada grande de carne hecha pulpa.

Estos regímenes sin leche tienen su indicación en el eccema, tetania, intolerancia láctea, dispepsias graves, anorexia vómitos, raquitismo, anemias alimenticias, etc.

Vemos, pues, cómo la escuela alemana y en determinados casos introduce, precozmente en el primer año de la vida del niño, regímenes alimenticios pobres en leche y ricos en proteínas y en cantidades superiores a las que administramos tímidamente a los 15 ó 18 meses, hechos que constituyen un sólido apoyo contra la administración tardía de la carne en dietética infantil.

En un próximo artículo nos ocuparemos de las carnes más utilizadas, cantidad y preparación de las mismas.

Puericultura. Labor social. La Visitadora

POR LA SRTA.

María Teresa Moll

Instructora de Sanidad del Dispensario de Higiene y Escuela Provincial de Puericultura de Valencia.

No un artículo, sino una nota escueta pretendo presentar a los lectores de PUERICULTURA ESPAÑOLA, para que tengan noticia de la relación que existe entre la Junta de Protección de Menores y la Escuela de Puericultura de Valencia, citada en esta Revista por una de mis compañeras; que para persona de mayor competencia demostrar la necesidad, eficacia y urgencia de la cooperación de todas estas Instituciones benéficas y sanitarias.

A nuestro modesto juicio, Valencia va a la cabeza de las poblaciones que sienten con más calor el amor a sus niños, en este suelo en que casi por generación espontánea crecen las flores, no quieren que se pierdan las de mayor valor, los niños y todas las clases sociales están empeñadas en esta magna empresa: Un ejemplo, la cooperación de todos en el día de Lucha anual contra la Mortalidad Infantil y la siguiente exposición:

COMO ATIENDE VALENCIA A SUS NIÑOS

Instituciones infantiles, de asistencia social y benéfico-sanitarias que cuidan, vigilan y educan a la infancia.

DEL ESTADO

Dispensario de Higiene Infantil.
Sanatorio Marítimo de la Malvarrosa.
Escuela Maternal.
Junta Provincial de Protección de Menores.
Clínica de Enfermedades de la Infancia.
Dispensario Antituberculoso Central.
Tribunal Tutelar de Menores.

DE LA PROVINCIA

Maternidad.
Inclusa.
Casa de Beneficencia.
Hospital Provincial.
Dispensario Antituberculoso Provincial.

DEL MUNICIPIO

Institución Municipal de Puericultura.
Colonias Escolares de Vacaciones.
Colonia escolar permanente.
Asilo de Lactancia.

OFICIALES

Escuela Provincial de Puericultura.
Guardería Infantil (barriada de Sagunto).
Guardería Infantil (barriada de Cuarte).
Comisión Sanitaria de Lucha Antituberculosa.
Escuela de Reforma de Burjasot.
Asociación Valenciana de Caridad.
Instituto Valenciano de Sordos-Mudos y Ciegos.

PARTICULARES

Mutualidad Maternal de la Escuela de Puericultura.

Gota de Leche «La Milagrosa».

Federación Valenciana de Colonias Escolares.

Cantinas Escolares (Comedores especiales para párvulos y escolares indigentes).

Cantina Escolar «Blasco Ibáñez».

Cantina Escolar «María Carbonell».

INTERNADO DE NIÑOS HUERFANOS

Asilo de San Eugenio.

Asilo La Protectora de los Niños.

Asilo de San Juan Bautista.

Asilo del Marqués de Campo.

Colegio Asilo de San Vicente Ferrer.

Asilo de San José de la Montaña.

Escuelas Salesianas.

Instituto-Asilo de San Joaquín.

Asilo del Dr. Sunsi.

HOSPITALES SANATORIOS

Nuestra Señora del Carmen.

Asistencia de niñas con tuberculosis externas.

San Juan de Dios.

Asistencia de niños con tuberculosis externas.

El Comentario no es preciso.

Puericultura y labor social no son palabras sinónimas en el sentido estricto de la palabra, pero sí son idénticas en su campo de acción, por lo tanto tienen que ir unidas. De todas las necesidades sociales la de la protección a la infancia es en la que se fijan con mayor interés todas las naciones: Ginebra redacta «Los derechos del niño», Cuba celebra el Primer Congreso Nacional del Niño, los países de la vieja Europa, Estados Unidos, América meridional, giran alrededor de este gran problema y sus leyes van encaminadas a reducir a su mayor límite la mortalidad infantil. ¿Cómo? Luchando contra los peligros que la acechan. Sinteticemos en este cuadro tomado del Banu: peligros y remedios.

MEDIDAS PSICOLOGICAS

Peligro congénito + + +

Peligro alimenticio + +

Peligro infeccioso +

MEDIDAS ECONOMICAS

+

+ +

+ + +

Vemos en esta exposición que la necesidad del factor económico va unida al educativo en el primer peligro, se equipara con él en el segundo, y le supera en tercero, así que es imprescindible.

Y aquí surge el reseñar la íntima relación que existe entre la «Protección» (no hay mujer valenciana que no la conozca por este nombre) y el Dispensario de Higiene Infantil, Escuela de Puericultura: con el tesón que caracteriza a los de esta tierra, convirtieron en realidad una idea, al conjuro del refrán que sintetiza su psicología «Pensat y fet» (pensado y hecho); pero con buenos cimientos de materiales científicos, para seguir adelante y prosperar. Dicha «Protección» coopera anualmente con su apoyo material al sostenimiento de la Escuela, unido a la asignación del Estado y sus medios propios; pero, además, tiene establecidos socorros de lactancia, colocación de niños en nodrizas, ropero infantil hasta la edad de 16 años, colocación en Guardalactantes, Guarderías y Asilos, ídem en colonias escolares, ya sean permanentes o temporales, bonos en comedores de asistencia social, etc., pero —y aquí estriba el éxito de esta organización; todos estos niños que atiende, forzosamente tienen que pasar, ser reconocidos y vigilados en el Dispensario de Higiene Infantil, ya sea acci-

Tanagel

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

M A L T A R I N A

EL ALIMENTO MEDICINA

Hace hombres fuertes de
niños débiles —————

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



CASA ALVAREZ 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

Paído-Salus (Inyectable)

Espiricida. Tónico y recalcificante infantil

Producto nacional, dedicado especialmente a los PEDIATRAS ESPAÑOLES

Preparado en el "Laboratorio de M. Capilla"

MADRID

BABERMIL BABEURRE EN POLVO

Leche Milfo, transformada en leche ácida, con cinco gramos
por mil de acidez.

LIEBMALT

Sopa de Liebig lacteada
con leche Milfo y de-
secada en tres formas:

LIEBMALT NORMAL

LIEBMALT LAXANTE

LIEBMALT ASTRINGENTE

UTIL EN LOS PROCESOS GASTROINTESTINALES

JUAN SERRALLACH

VIA LAYETANA, 15

BARCELONA



HEPATOBRON

PECTORAL FORTIFICANTE

DEL
DR. GRAÑO

berón de 100 grs. de agua de té para que beba lo que quiera.

La ventilación de la habitación deberá ser en el verano, durante la noche, con la ventana *completamente abierta*. Durante el día hay que evitar que entre el sol y se pondrán cortinas, persianas, etc., para ello. Debe abrirse, no sólo la ventana, sino también la puerta de la habitación, para que el aire se desplace mejor hacia el exterior.

Es preciso conocer algunas disposiciones referentes al *cuarto* del niño en cuanto a mobiliario, limpieza, etc. La habitación debe ser exterior, espaciosa, clara, soleada. Además, debe procurarse que sea fácil de limpiar. En la pared no debe haber cuadros, etc.; tampoco deben existir ni cortinas ni tapices, porque se acumulan en ellos el polvo.

El piso será de fácil limpieza, con pocas ranuras; el *LINOLEUM* es un buen sistema en este caso: se puede limpiar fácilmente y sin levantar polvo.

Las *paredes* deben ser pintadas al óleo, que tiene la facilidad de poder limpiarse con un paño húmedo. Los ángulos de las paredes deberán ser redondeados.

La *limpieza* se hará sin levantar polvo. El ideal sería utilizar aparatos de aspiración; pero de no poder ser así, se hará todos los días una limpieza húmeda, evitando el polvo, y debe hacerse una lim-

paso más, asocia estas percepciones con ideas de agrado o de desagrado: hay ruidos que le *molestan*; sonidos que le *gustan*; la vista de algunas substancias le *repugnan*, etc., etc. Es que al recuerdo de las distintas percepciones va unida una sensación agradable o desagradable.

Estas sensaciones, molestas o agradables, son el primer camino que debiera seguirse para educar al niño. Desde el momento en que aparecen debe buscarse que lo útil vaya unido a lo agradable.

Hay una educación, en cierto modo involuntaria, que actúa sobre la digestión, por debajo de la conciencia del niño, y que hace que en el niño *educado* no se despierte la sensación de hambre más que a la hora crítica en que se le han de dar los alimentos.

Muchas veces hay discordancia entre las sensaciones *agradables* para el niño y lo *agradable* para los demás. Un buen procedimiento educativo deberá utilizar, en beneficio de la educación, estas sensaciones del niño. Por ejemplo: el niño recibe una *sensación agradable* tirando del pelo a su madre; pero si al primer intento de hacer esto recibe un manotazo, la *sensación desagradable* irá unida al impulso de coger el pelo y no lo repetirá.

La educación del niño deberá orientarse en el sentido de que lo agradable para

aqué! sea también lo útil y agradable para los demás.

Para terminar, es preciso saber que el retraso de las funciones estáticas y psíquicas del niño puede ser debido a cualquiera de las enfermedades debilitantes ocurridas durante el primer año de la vida o también a un retraso en el desarrollo cerebral. En cualquier caso, será necesario consultar al médico.

Higiene especial del niño. Régimen de vida.—El niño es un ser indefenso que no puede por sí mismo ni defenderse de las cosas que le perjudican ni tomar las que necesita para su sostenimiento y desarrollo; precisa de los cuidados de las personas que lo rodean.

Es necesario suplir esta incapacidad del niño y es preciso *darle* lo que necesita y *protegerle* contra lo que le daña.

Hay que *defenderle* de causas mecánicas; de los animales; de los microorganismos o bacterias origen de las enfermedades, etc. El niño *necesita*, además, para vivir sano, aire y luz; también precisa que entren en actividad sus músculos para lograr el desarrollo de las funciones estáticas y psíquicas. Necesita, además, sueño y descanso suficiente; vigilancia en su limpieza, enseñarlo a ser limpio.

Para que un niño se desarrolle perfectamente sano, son necesarios todos estos cuidados, que una madre instruida y cariñosa

nosfera desfavorable. Una atmósfera caliente y húmeda es extraordinariamente perjudicial (la humedad impide la respiración), y si el niño se encuentra en ella, se acalora más que si estuviese en la misma atmósfera caliente, pero seca.

Esta atmósfera caliente y húmeda se encuentra en las cocinas. En los medios bajos es corriente que exista una *habitación-cocina*, que lo es todo. Allí se cocina, se come, se lava, etc., etc. Y allí está el niño; en una atmósfera caliente, húmeda, de ropas puestas a secar, de cacharros fregados, etc., la más perjudicial, mejor dicho, *venenosa* para él.

Mueren durante el verano una enorme cantidad de niños sólo por el hecho de haber pasado gran parte de su vida en esta atmósfera venenosa. Es preferible que el niño esté en el patio; en una acera a la sombra, o mejor aún, en un jardín o parque.

Además de procurar que el niño pase gran parte del día en el parque o jardín, se impone el baño, no ya como limpieza, sino como refrigeración. Pueden darsele dos baños diarios a 30° (el último antes de acostarle) y es ésta una medida excelente para librar al niño del calor.

Además de estas dos cosas: sacarle de la habitación y lavarle, hay que dar al niño de beber para evitarle la sed. Debe dársele entre toma y toma de alimento un bi-

tienen como causa el *calor* y son las llamadas «diarreas del verano» que ocasionan muchas más muertes infantiles que las enfermedades padecidas en invierno (bronquitis, etc.).

Es preciso proteger al niño contra el calor y esta lucha se conoce poco aún, por las Visitadoras.

El calor directo, por la acción del sol sobre la cabeza del niño, produce la INSOLACION; pero no es éste el caso corriente de los daños que produce. Es el modo indirecto el que ocasiona todos los trastornos; con el calor excesivo se digiere peor y la cantidad de alimento resulta excesiva; los jugos digestivos son menos potentes y toleran peor los alimentos. Peor, además, los niños pierden agua para defenderse del calor, y la pierden, no sólo por la piel, sino que a veces necesitan desprenderse también de ella por los pulmones, y aumentan los movimientos respiratorios, lo que les ocasiona gran fatiga.

El vapor de agua que va en el aire inspirado deseca al organismo y la pérdida de agua es muy peligrosa. Los niños están en un estado de sed y llega un momento en que no pueden desprenderse del calor y se produce la fiebre (39, 40 y hasta 41°), apareciendo los fenómenos del GOLPE DE CALOR o las DIARREAS DEL VERANO.

Las medidas de protección contra esto tenderán a evitar que el niño esté en at-

sa puede darle por sí sola, pero que muchas veces por ignorancia deja de prodigarle.

El niño necesita una defensa principalísima contra el *clima*. Los cambios atmosféricos que se originan en el ambiente son nocivos para el niño; en invierno, la temperatura extremadamente fría no es adecuada para su desarrollo normal; en verano, el excesivo calor es causa de enfermedades que pueden hasta ocasionar la muerte del niño.

Es preciso vigilar los cambios de temperatura y poner al niño a cubierto de ellos, procurando una determinada temperatura y protegiéndole tanto del frío como del calor. Esto se consigue mediante la *vienda* y los *vestidos*.

Por medio de la vivienda se logra artificialmente un clima para defenderse contra los rigores de la temperatura. Para ello se emplean los modernos procedimientos de calefacción y refrigeración. Pero muchas veces, sobre todo en los medios humildes, no es posible lograr en la casa una temperatura adecuada; es decir: producir calor cuando haga frío; frío cuando haga calor, etc.

La vivienda defiende al niño contra la temperatura exterior, pero a la vez debe permitirle disfrutar de las ventajas de la ventilación y del soleamiento.

La habitación del niño debe recibir el

sol durante algunas horas del día; el sol es el agente desinfectante por excelencia y por sí sólo limpia la atmósfera de impurezas. Cuando el sol y el aire penetran en una habitación se logra una atmósfera pura. Se ha dicho, con razón, que «viviente donde no entra el sol, es abocada a que entre el Médico».

Si el niño está en una habitación poco soleada, con atmósfera cargada, está sufriendo, se encuentra molesto y contrae enfermedades. Pero si la habitación está soleada, el niño se encontrará a gusto.

El *aire* es indispensable para la vida y el niño que es un organismo que está empujando a vivir, necesita, en relación con su volumen corporal, más cantidad de aire que las personas mayores. Al niño hay que procurarle aire puro, y esto no se logra más que con la *ventilación*. En la ventilación háy que tener en cuenta ciertas particularidades. Las ventanas no sirven solamente para dejar paso a la luz, sino también al aire exterior. Cuando el tiempo es frío, al abrir la ventana el aire pasa de fuera adentro; cuando hace calor sucede lo contrario: va de dentro a fuera.

Esto de abrir las ventanas en tiempo frío para que penetre el aire exterior, parece un contrasentido con la necesidad de mantener la habitación a una temperatura correcta, puesto que si abren las ventanas, la habitación se enfría.

En estos casos hay que limitar el tiempo y el espacio de la ventilación. Si en una habitación hay una temperatura de 16° (temperatura suficiente), puede abrirse la ventana durante una hora dos veces al día; pero por la noche debe estar abierta *constantemente*, en forma de cuchillo y no de par en par (puede colocarse un lumbo delante de la cuna del niño). El cejar la ventana abierta durante la noche es debido a que el niño pasa muchas horas dentro de la habitación y hacia la mitad final del sueño el aire no es puro y el niño, al respirarlo, está molesto.

Un detalle de importancia que conviene advertir a las madres es que en invierno, como al abrir la ventana del cuarto éste se enfría, hay que dejar algún tiempo cerrado antes de que entre el niño para que la temperatura suba en la habitación. Cuando en ella hay calefacción, basta ésta; cuando no, se recurrirá a procedimientos diversos para elevar la temperatura (estufas, etc.). No debe emplearse el procedimiento de quemar alcohol más que en caso extremo; consume mucho oxígeno y disminuye el aire del cuarto.

En el *verano* las cosas varían; hay que proteger al niño del calor y éste es más difícil para el que el frío (sobre todo para los niños de pecho). Durante el verano inhiere mayor cantidad de niños que en invierno. Las enfermedades del verano

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 ha 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

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



EQUIPOS PARA PARTOS
APARATOS Y UTENSILIOS
 para la instalación de
"GOTAS DE LECHE",
INSTITUTOS DE
PUERICULTURA, etc.

INDUSTRIAS
SANITARIAS S.A.
 (ANTIGUA "CASA HARTMANN")

dentalmente, como el reconocimiento de un niño para su ingreso en un establecimiento benéfico, ya periódico, como las madres y nodrizas acogidas a la Junta de Protección de menores. Dichas mujeres tienen que asistir semanalmente a los servicios de vigilancia higiénica de la lactancia, siendo imprescindible para el cobro del subsidio (oscila éste entre 20 a 50 ptas. al mes) dicha asistencia; contribuyendo también de esta forma a fomentar la lactancia natural; otro aspecto, y de sumo interés, es el amparo y vigilancia de los niños nacidos fuera del matrimonio; sabido es el sinnúmero de peligros que rodea la vida de esos seres.

La relación de unión y cordialidad que existe entre ambas entidades está dicha con saber que el Secretario de Protección es a la vez Secretario de la Escuela. Existe unidad de cooperación y criterio en ellas, pudiendo de este modo dar con el consejo (ya sea higiénico, alimenticio, profiláctico) —pan del espíritu— el pan material, necesidad urgente y de justicia, más aún cuando la reclama la infancia. He hablado de la mayor cooperación que tiene la Escuela, pues de la menos cuantía y particulares sería interminable.

Y... en esta gran obra, en la que ponen sus esfuerzos y ciencia el Director, Médicos del Dispensario y Escuela, nuestra labor es anónima, callada, pero perseverante y entusiasta; nosotras, las enfermeras somos el lazo de relación, la argamasa indispensable para la unión de dos elementos: el niño y el Médico. Además tenemos misión de educadoras de la madre en bien de su hijo, y para ello es necesario captarnos su confianza y su cariño, en el Centro y en su ambiente, en la visita a domicilio, para que de este modo siga el consejo dado y podamos proporcionarle una ayuda moral o material, pues donde se posa una mano de mujer se aminora o alivia un dolor, y mayor galardón es si esto se consigue en beneficio de la infancia.

Notas prácticas

1. *Obtención de sangre en el niño pequeño, fines diagnósticos.*—Habitualmente se prescinde de ciertas prácticas diagnósticas en el niño de pecho por precisarse una cierta cantidad de sangre que se piensa ha de obtenerse —como de costumbre y necesariamente— por punción venosa, la cual es tan difícil de practicar habitualmente en niños pequeños. En las Instituciones se obvia esta dificultad mediante la

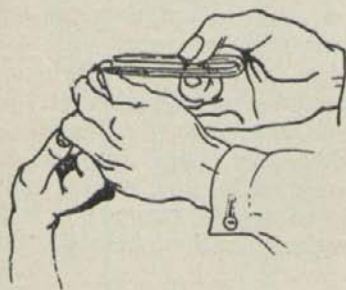


Fig. 1

punción del seno longitudinal superior; pero en la práctica ordinaria esta técnica es poco realizable por motivos sentimentales fáciles de comprender.

Pero es que dada la reducción de la cantidad de sangre precisa actualmente para la mayoría de las técnicas de Laboratorio (micrométodos) ya no son precisos los clásicos 10 c. c., sino que con 2 — 4 c. c. basta ordinariamente y esta cantidad puede obtenerse muy sencillamente por punción digital utilizando en la recogida los tubos en U.

Se trata (como puede verse en la fig. 1) de un tubo delgado de cristal con puntas afiladas y doblado en forma de U. Para utilizarlo se pincha la yema del dedo o el talón, según la clásica técnica, con la aguja de Fraenkel; se deja formar una gruesa gota y luego se aproxima uno de los extremos del tubo en U mantenido casi ho-

rizontal; la sangre penetra en seguida progresivamente por capilaridad. Si cesase la salida de sangre del pinchazo, bastaría traccionarlo con un algodón y apretar para obtener nueva cantidad. Cada tubito contiene unos 0,8 c. c. y pueden llenarse dos a cuatro por un pinchazo profundo.

2. *Una reacción percutánea para el diagnóstico de la fiebre de Bang.*—Ya venía utilizándose para el diagnóstico de la fiebre ondulante una reacción alérgica mediante la pomada «Abortin» preparada por Haxthansen y Thomsen, con cultivo de bacilo de Bang; pero mediante ella los resultados eran frecuentemente negativos.

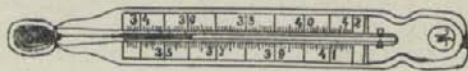


Fig. 2.

Muy recientemente Diehl y Roth (de Breslau y Munich) han adicionado a una pomada similar eucarina y polvo de cristal (1) que erosiona la piel al frotarla, con lo que dicen obtener mejores resultados diagnósticos. La técnica es similar a la de una reacción percutánea a la tuberculina. Lectura al cabo de 48 horas, consistiendo los resultados positivos en una serie de pequeñas papilas rojas sobre un fondo más o menos eritematoso.

3. *Un termómetro clínico para Pediatría.*—La necesidad de tomar temperatura rectal en los niños, conjuntamente con los peligros que conlleva esta forma de medición de temperatura en los pequeños e in-

(1) La pomada la fabrica la casa Bayer, bajo el nombre de «Pomada percutánea para el diagnóstico de la fiebre ondulante» y se expende en tubos suficientes para varias cutirreacciones.

quietos pacientes, hizo desear a Siegert (de Colonia), la fabricación de un termómetro adaptado a estas circunstancias. De acuerdo con sus deseos se construye uno (2) que reúne las siguientes peculiaridades (figu-

(2) Constructor: Hlrich, Sauer & C.^o
A. G. Graefenroda. Precio, 2 RM.

ra 2): Es imposible que hiera la mucosa rectal y de aplicación indolora; construido de material casi irrompible (cristal Jena Normal III); de forma corta y ancha y sección aplanada; depósito de mercurio amplio y tubo ancho e infracturable; escala coloreada y de fácil lectura horizontal, firmemente unida al tubo y encerrada dentro de la envoltura de cristal.

SANIDAD INTERNACIONAL

LA TUBERCULOSIS EN LAS ESCUELAS (Dinamarca).—El ministro del Interior de Dinamarca, después de consultar con los de Instrucción pública y Hacienda, ha decretado que no pueda nadie recibir (ni aun interinamente) una colocación de empleado en una escuela de Ayuntamiento o Estado o en un establecimiento de enseñanza superior del Estado, sin hallarse en posesión de un certificado médico de menos de tres meses fecha, en el que se declare encontrarse libre de cualquier forma contagiosa de tuberculosis pulmonar o laringea.

INSPECCION MEDICA OBLIGATORIA DE LOS NIÑOS ASILADOS (Dinamarca).—En octubre de 1933 ha entrado en vigor en Dinamarca la siguiente disposición oficial:

1.º Todo Asilo de niños reconocido en que se tengan o guarden niños, debe de establecer un contrato con un médico establecido, que se encargue de la inspección médica de los niños alojados.

2.º Se establecerá en el contrato el número de visitas que debe hacer el médico y el de niños a que se extiende la vigilancia; la repartición por edades, y si además de la vigilancia debe de realizar el médico el tratamiento de los enfermos. También se puntualizarán los honorarios que ha de recibir el médico, comprendiendo los gastos de desplazamiento.

3.º La inspección comportará las siguientes obligaciones:

a) Los niños de menos de dos años serán visitados cada catorce días, a menos que circunstancias particulares permitan espaciar las visitas.

b) Los niños de dos a cinco años serán visitados normalmente cada tres meses; el Inspector General de Niños Asistidos podrá decretar que se haga esta visita más a menudo, hasta doce veces por año.

c) Los niños entre cinco y catorce años serán visitados normalmente dos veces por año; pero los acogidos en establecimientos especiales (retrasados, mentales, etc.) o de constitución delicada serán visitados al menos cuatro veces por año.

d) Los niños de más de catorce años serán visitados dos veces por año.

4.º Cuando la Inspección o mediante otra fuente cualquiera de información ha descubierto la necesidad de vigilancia más activa, la Inspección General de Niños Asistidos puede decretar visitas más frecuentes por un período que puede llegar a tres meses. Por acuerdo conveniente se establecerá una indemnización a los médicos correspondientes.

Por el contrario, cuando en un asilo determinado no se encuentren más que uno o dos niños de edades interiores, la Inspección General puede conceder que la Inspección de tales niños se haga siguiendo las reglas establecidas para la edad superior, si las circunstancias lo autorizan.

5.º Incumbe a cada asilo reconocido vigilar el cumplimiento de las siguientes nor-

mas: Pesar regularmente a los niños; de cero a un año, cada ocho días; de uno a dos años, cada quince días; de dos a cinco años, cada mes; de cinco a catorce años, cada tres meses; de catorce a dieciocho años, cada seis meses. Se inscribirán los pesos en un registro «ad hoc» y en fichas especiales, cuyas anotaciones deberán presentarse al médico en su visita, el cual anotará las observaciones pertinentes que le sugiera su inspección.

6.º Los gastos que origine esta Inspección médica permanente serán reembolsados al Asilo por el Tesoro público.

CONFERENCIA INTERNACIONAL PARA LA STANDARDIZACION DE LAS VITAMINAS (en Londres, junio de 1934).—En una conferencia previa, tenida lugar en el año 1931, se adoptaron ciertas unidades provinciales, dejando un período de dos años para controlar su rendimiento. En la última conferencia celebrada en Londres en junio del pasado año se han adoptado unas unidades, por ahora definitivas, para las vitaminas A, B₁, C y D, mientras que por la oscuridad que aún reina sobre las funciones y patología de las vitaminas B₂ y E no se ha adoptado acuerdo sobre ellas.

Vitamina A.—La conferencia recomienda que se adopte como sustancia tipo el caroteno. La unidad es 0,6 microgramo de caroteno puro, cuya dosis, multiplicada por dos o cuatro administradas a ratas convenientes preparadas, por un régimen pobre en vitamina A, es suficiente —dándola a diario— para restablecer el crecimiento de los animales, mientras que para curar la xeroftalmía son necesarias dosis ligeramente mayores. La conferencia recomienda que la preparación internacional se haga bajo forma de solución oleosa de tal concentración, que un miligramo contenga 500 unidades internacionales, o sea 300 microgramos de caroteno beta puro.

Vitamina B₁.—La conferencia adopta como sustancia tipo el producto de absorción de la vitamina B₁ preparado en el Laboratorio médico de Batavia (Java) por el método de Seidell, tal como lo describieron Jansen y Donath; la sustancia aludi-

da se denominará «patrón-adsorción de vitamina B₁».

La unidad internacional de esta vitamina corresponde a la actividad biológica en vitamina B₁ de 10 miligramos del «patrón-adsorción». Una dosis cotidiana de 10 a 20 miligramos de esta preparación es necesaria para mantener el crecimiento normal de una rata joven sometida al régimen deficiente de vitamina B₁. La dosis cotidiana curativa para un pichón de 300 grs. de peso que presente retracción de la cabeza consecutivamente a un régimen de arroz decortinado, es de unos 10 a 30 milgrs. (por el método de Kinnersley y Peters).

Vitamina C.—La Conferencia recomienda la adopción del ácido ascórbico levogiro como patrón internacional. La unidad internacional adoptada corresponde a la actividad en vitamina C de 0,05 milgrs. de ácido ascórbico levogiro. Esta unidad representa aproximadamente una décima de la dosis diaria precisa para impedir la formación de serias lesiones escorbúticas macroscópicas en un cobaya joven sometido a un régimen escorbútico.

Vitamina D.—La Conferencia acuerda que la solución patrón de ergosterol irradiado preparada y distribuida por el «National Institute for Medical Research» de Londres sea mantenido como patrón internacional de vitamina D. En caso de agotarse el patrón internacional actual, o por cualquier otra razón, la Conferencia recomienda se le sustituya por una solución de vitamina cristalizada D pura (calciferol), cuya solución se hará con aceite de oliva a tal concentración, que un miligramo deberá contener 0,025 microgramo de vitamina D cristalizada. La unidad internacional adoptada corresponde a la actividad en vitamina D de un miligramo de la solución patrón internacional que acabamos de definir.

FRECUENCIA DE LA ENCEFALITIS POST-VACUNAL EN CIERTOS PAISES EN EL PERIODO 1933-34.—En Inglaterra ocurrieron tres defunciones post-vacunales y una curación en niños de cuatro, seis, siete y dieciocho años, respectivamente, tras la primovacunación; los síntomas han comenzado el 13.º o 14.º día. Todos los fallecidos habían recibido in-

yecciones de suero humano de persona recientemente vacunada.

En Alemania ocurrieron 14 casos, y uno de ellos mortal, tras la primovacuna, y cinco casos —con dos defunciones— tras revacunaciones.

En Estados Unidos ocurrieron cinco casos y otros tres más con datos escasos. Los cinco primeros ocurrieron en niños de tres a nueve años, y se presentaron tras primovacuna; el comienzo sobrevino entre el 11.º y el 19.º día de la vacunación.

En los Países Bajos se declararon ocho casos, de los cuales se han desechado tres como de falso diagnóstico por los neurólogos oficialmente designados para el reconocimiento de casos parecidos. La proporción media de aparición de estos casos resulta ser de 1 por 5.000 vacunaciones.

En Noruega ocurrieron ocho casos con cuatro defunciones, con una proporción de 1 por cada 4.360 vacunaciones. Las edades oscilaron entre tres y veinte años. Entre 18 sujetos que padecieron los efectos de las complicaciones nerviosas de la vacunación en diversos años, habiendo curado, 17 han continuado curados, según informe del doctor Holof.

En Suecia han ocurrido, en 1933, tres casos benignos, hasta el punto de llegar a dudar que se tratase de encefalitis post-vacunal. Ninguna mortalidad desde el 1932.

En Bélgica un solo caso dudoso, tras

primovacuna. Ningún caso en la India británica.

De acuerdo con estos datos se confirma una vez más la rareza de la encefalitis post-vacunal en los niños vacunados en baja edad.

SOCIEDAD DE LAS NACIONES.— Comunicado epidemiológico de la sección de Higiene del Secretariado. 1934-7-8. R. E. 174, página 162 (*Viruela*). — En España la regresión de la morbilidad por viruela es neta en 1933 en relación con los años precedentes, pero el fenómeno más notable es la extraordinaria disminución de la mortalidad.

En los períodos quinquenales de 1901 a 1925, la cifra media anual de defunciones ha sido: 4.228, 3.288, 2.228, 2.910 y 1.203.

De 1925 a 1933, las cifras anuales han sido: 849, 102, 162, 153, 2, 4, 8, 10 y 2.

Esto no se puede explicar sino por un cambio de tipo clínico de la infección, ya que los casos de viruelas continúan siendo centenares.

Lo más curioso es la ausencia de influencia sobre la evolución de la viruela en España de la existencia en Portugal de viruela tipo grave con una mortalidad de 24.2 por 100 en 1902 y 29.4 por 100 en 1933.

Por descontado que en España los casos de viruela genuina no han sido más que 30, contra 588 de varioloide.

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 Bibliográfica

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

E. HELMREICH.—*Der rheumatismus im kindesalter und seine behandlung*. Enke. Stuttgart, 1935. El reumatismo en la infancia y su tratamiento.)

Como se desconoce el agente del reumatismo, el autor considera como reumáticos los síndromes en que se presentan algunos de los siguientes signos: V. de S. aumentada, eosinofilia persistente, coincidencia simultánea o sucesiva con reumatismo articular agudo y con endocarditis, lesiones anatomopatológicas características y coincidencias estadísticas. Numerosas enfermedades pueden englobarse en el cuadro general del reumatismo: angina, poliartritis, miocardio y pericarditis, corea, exantema reumático. Todas ellas atacan el mesodermo y en conjunto pueden considerarse como brotes de una misma enfermedad. Pasaría así el reumatismo a ser una enfermedad crónica, como la tuberculosis y la lues y se podría dividir como ellas en tres períodos: en el primero se produciría la lesión en la puerta de entrada (angina, apéndice, etc.); en el segundo se originarían las metastasis, y en su fase precoz dominarían las lesiones exudativas (poliartritis, pericarditis), en su fase tardía las lesiones productivas (endocarditis, miocarditis, acaso la corea). En el tercer período se originarían las lesiones crónicas curativas.

El tratamiento por el salicilato es solamente sintomático, pues lo logra deshidratando los tejidos, pero no tiene acción sobre las lesiones productivas. Para obrar sobre ellas, el autor propone una terapéutica a base de metales pesados, fundándose en las analogías entre estas lesiones y las que se producen en la tuberculosis. Ha tratado con estos medicamentos (Lopion, Argocrom) algunos casos de poliartritis y los resultados obtenidos son superiores a los del empleo exclusivo del salicilato.

MARY SEWAL GARDNER.—*La instructora de Sanidad pública*. Salamanca, 1935.

La autora expone en este libro su extensa experiencia sobre los problemas que se relacionan con la enfermera visitadora, hoy llamada Instructora Sanitaria. Después de un bosquejo histórico, manifiesta que estamos todavía en un período evolutivo, habiendo numerosos problemas por resolver: servicios privados o públicos, Instructoras monovalentes o polivalentes, formación de las mismas, asistencia o no de enfermos, etc.

Da reglas y consejos precisos para fundar un servicio de Instructoras Sanitarias: organización, defectos posibles y modo de evitarlos, relaciones profesionales, papel de la Inspectora y Directora de un servicio.

Puntualiza las diversas ramas de especialización de la I. Sanitaria: tuberculosis, puericultura, higiene escolar, mental e industrial y enfermedades venéreas. En Puericultura, por ejemplo, establece el modo de estudiar una localidad antes de establecer un servicio; divide en secciones la labor a desarrollar por la I. S. Puericultora y estudia detalladamente su comportamiento en cada una de ellas. En Higiene prenatal expresa los puntos sobre los que deben versar los consejos de la enfermera, las lecciones que se deben dar a las madres, etc. Precisa asimismo los temas sobre los que instruirá a la madre en relación con su hijo. Indica las normas a que se debe ajustar una consulta de Puericultura. Y así sucesivamente.

Sería prolijo enumerar toda la serie de reglas prácticas, ejemplos y consejos que la autora expone a lo largo del libro, todos ellos conducentes a una mayor comprensión de su labor por la I. Sanitaria y a una mayor eficacia práctica de la misma.

A los traductores Dr. J. de Prada y M. García Corselas debemos gratitud por proporcionarnos obra tan útil.

GUTIERREZ ALONSO

REVISTA DE REVISTAS

O. Ottrich.—**Constitución y enfermedades infantiles.** Konstitution und Kinderkrankheit. «Arch. Kinderheilk», 1935, 105-94.

En la constitución intervienen factores hereditarios y del medio, es decir, es el fenotipo. Para determinar si una constitución es normal o no, se han propuesto numerosas pruebas que no siempre son apropiadas. Lo mejor es la observación de las respuestas del individuo a las exigencias de adaptación que se presentan constantemente en la vida, pero más fáciles de observar en los primeros años.

El autor va describiendo los distintos momentos del niño y la influencia de la constitución en ellos.

Desde el parto, exigencia máxima de adaptación, empiezan a conocerse los influjos constitucionales.

Mueren más niños que niñas.—Con la misma alimentación se crían unos mejor que otros y en unos se da la anemia y en otros no.

En el raquitismo los factores constitucionales genotípicos tienen una influencia del 50 por 100 del total determinante de la enfermedad.

Momentos constitucionales por influjo climático o de otras clases (anergia) condicionan las curvas de mortalidad de muchas infecciones.

La constitución funcional, enfrente de la morfológica, se expresa en las diátesis, cuya influencia en la infancia es bien conocida.

La edad aumentando las resistencias específicas e inespecíficas determina estados constitucionales más favorables.

No se puede, pues, pasar por alto en ningún caso la influencia de la constitución en las enfermedades de los niños.

J. GUTIERREZ ALONSO

Mayerhofer.—**La alergia biológica del período del recién nacido.** Die biologische Allergie der Neugeborenenzeit. Wien med. Wochn. 1935, T. I., p. 57.

La alergia biológica del período de recién nacido, contra las albúminas maternas, o sea contra sustancias individualmente heterólogas, se manifiesta en una serie de síntomas, entre los cuales merecen ser destacados los siguientes:

El llamado *Eritema tóxico neonatorum*; los vómitos súbitos convulsos del recién nacido, que ocurren con frecuencia en muchos niños entre los días séptimo a catorce, con carácter pasajero (el llamado Pílorospasmo del recién nacido); la mayor parte de los casos de melena neonatorum, de dispepsia del recién nacido (el llamado por algunos catarro de transición o dispepsia aparente); el Hidrocele agudo (existencia de cristales de Charcot-Leyden en el líquido de punción!), y finalmente es muy probable que muchas de las llamadas Reacciones hormonales, deban agruparse también aquí.

Según el A., dado que las reacciones alérgicas mencionadas alcanzan a veces el 42 día de la vida, es hasta aquí que debe de llamarse recién nacido al niño, haciendo notar que muchas de las reacciones alérgicas biológicas ocurren en días críticos 7 ó múltiplos de este número, cuya peculiaridad sería una característica de los alérgenos maternos.

SOJA.

Gallardo.—**Sobre la vacunación subcutánea mediante neuro-vacuna.** «Ztbl. f. Back. Par. u. Infek.», 1934, T. 131, p. 354.

El A., Jefe de la Sección de vacunación del Instituto Nacional de Higiene de Ma-

dríd, ha realizado unas 5.000 vacunaciones *subcutáneas* con neurovacuna de virulencia íntegra, empleando dosis de 0,1 c. c. para las primo-vacunaciones, y de 0,2 c. c. para las revacunaciones; inyección en el tejido subcutáneo de la región del hombro. Obtuvo 84,90 por 100 de resultados positivos en las primo-vacunaciones y 57,98 por 100 en las revacunaciones. La reacción local es insignificante y pasajera en el niño de pecho, siendo más pronunciada en el niño mayor, en el cual consiste en una infiltración y enrojecimiento del brazo que dura tres o cuatro días, acabando por constituir una tumefacción difusa, sin nodulación y con ligera adenitis satélite. La reacción general guarda cierto paralelismo con el grado de reacción local, consistiendo en fiebre, que puede no pasar de 37,5°, pero puede llegar ocasionalmente a 39-39,5° durante dos a tres días.

Durante el período post-vacunal no se observaron nunca complicaciones locales importantes, existiendo a veces intensa tumefacción local con hiperemia y adenitis axilar, pero que desaparecieron de ordinario sin dejar rastro. En algunos lactantes se observaron erupciones maculo-papulosas generalizadas, similares en ocasiones a la erupción sarampionosa.

Cree el autor, finalmente, que la vacunación subcutánea con neuro-vacuna de virulencia íntegra, podría reemplazar con gran ventaja a la vacunación cutánea en razón a las facilidades técnicas y ausencia de incidencias desagradables. La inmunidad conferida con este procedimiento es tan intensa como la que se obtiene con la técnica ordinaria.

SOJA.

E. Reichelt.—¿Tiene acciones vitamínicas la flora de *el bifidus*? Hat die bifidusflora vitaminartige Wirkungen? «*Mschr. Kinderheilk.* 1935; 65-138.

Experimentando en palomas sometidas a dieta beribérica encuentra el autor que las heces del niño en lactancia materna tienen un efecto curativo del beriberi con dosis aproximadas de 7 gramos. El efecto preventivo no se pudo determinar por los efectos perniciosos (sobre el hígado prin-

cialmente) de dichas heces. Las sustancias del cuerpo de los bacilos *bifidus* despliegan un efecto semejante a la vitamina B₁. Bastan 4,6 gramos para producir un efecto curativo. Es de notar la significación que pueden tener estos hallazgos para la biología de la alimentación del lactante.

GUTIERREZ ALONSO.

Francisco Andolz Aguilar.—Antitoxina dictérica circulante y vacunación. «*Revista de Sanidad e Higiene Pública*». Núm. 6. Junio 1935.

De la observación de 449 muchachos, saca el autor las siguientes conclusiones:

Primera. Considera imprescindible como control de la reacción de Schick la de toxina calentada.

Segunda. La reacción de Zoeller es de importancia extraordinaria, porque da idea de la sensibilidad individual y permite deducir el número de U. I. a inyectar.

Tercera. Con dos inyecciones de anatoxina de suficiente concentración, separadas por un intervalo de tres semanas, es posible la inmunización del 100 por 100.

Cuarta. Mediante una dosis única de 18 U. I. se ha conseguido la negativación del Schick en el 93 por 100 de los casos.

Quinta. La inmunidad diftérica se ha conseguido con una cantidad mínima de anatoxina (1 a 2 U. I.) en todos los niños con reacción de Zoeller intensa.

Sexta. La vacunación por instilaciones proporciona peores resultados.

Séptima. La ingestión repetida de anatoxina diftérica no produce inmunidad.

Otava. Los resultados con el método percutáneo son también muy inferiores.

JOSE ANTONIO CONEJO.

Georges Vitry.—Las escuelas al aire libre. Les écoles de plein air. «*Revue Médico-Sociale de L'enfance*». núm. 4. Julio 1935.

Empieza el autor dando la definición propuesta por León Bernard: «Escuela al aire libre es un establecimiento de educación, situado fuera de las ciudades, y por ahora reservado a los niños no tuberculosos, pero que tengan necesidad de un

régimen escolar higiénico especial, bajo un control médico».

Reclutamiento o selección: Conviene escoger los niños que sufran una mala higiene en su vida familiar (alojamientos superpoblados, aireación defectuosa, alimentación insuficiente). Respecto a los niños en contacto con tuberculosos, es menester para seleccionarlos que no sufran ninguna lesión evolutiva, aunque tengan una reacción tuberculínica positiva.

Son justificables de escuela al aire libre: los niños desnutridos, anémicos, linfáticos, con adenitis cervicales o poliadenitis no supuradas.

Se deben excluir: los enfermos contagiosos, los de tuberculosis abiertas (pulmonares, ganglionares u óseas), con afecciones del cuero cabelludo (sobre todo tiña y liendres). Los niños que no puedan hacer los ejercicios físicos de una manera regular por fatiga. También se eliminarán los epilépticos, coréicos, los retrasados y los indisciplinados.

La estancia no debe ser inferior a cuatro meses. El tiempo se distribuye: dos o tres horas de trabajo intelectual (sobre todo por la mañana), el resto del tiempo en ejercicios gimnásticos, juegos, comidas y reposo; la siesta es fundamental, se hará al aire libre y durará dos horas en silencio absoluto.

Los vestidos serán: calzón para los chicos y bata para las chicas, un sombrero de tela y un par de sandalias.

La alimentación debe ser sana y abundante, con un suplemento de medio litro de leche, que se tomará en el desayuno y merienda.

El personal debe ser el profesor, el inspector médico y una instructora sanitaria. Es preciso una eficaz vigilancia médica.

Los resultados se aprecian sobre todo en el aumento de peso, éste es mayor de un kilogramo por cada cuatro meses, llegando en casos a 3-4 kilogramos. Además, se aprecia mayor desarrollo muscular, aumento del número de hematies y de hemoglobina, normalización del sistema nervioso y mayor aptitud para el trabajo intelectual.

Termina el trabajo con una lista de las

45 escuelas al aire libre que funcionan en los distintos departamentos franceses.

JOSE ANTONIO CONEJO.

Lereboullet y Baire.—El tratamiento de las hipotrofias de la primera infancia por la insulina. Le traitement des hypotrophies de la premiere enfance par l'insuline. «La Nourrison». Núm. 1. 1933.

En un excelente estudio de conjunto se ocupan los autores del tratamiento de los hipotróficos por la insulina, y tras hacer la historia del tratamiento, con su acogida favorable y desfavorable, exponen sus observaciones, así como el modo de actuar de la hormona pancreática, lo que queda resumido en las siguientes conclusiones:

Primera. La insulina obra, probablemente, sobre la nutrición de los hipotróficos, mejorando el metab. de los H. de C. y por el intermedio de éstos, el de las grasas y proteínas, permitiendo la fijación de cantidades importantes de agua en los tejidos.

Segunda. Clínicamente esta acción eutrófica es indiscutible y se observa en 80 por 100 de los casos, aproximadamente; no se ejerce en la *atrepsia*, es muy neta en los débiles, sean o no prematuros, cuya curva de peso permanece estancada; y en los hipotróficos en estado de desnutrición, cada vez que la causa del trastorno nutritivo no está ligado a un estado orgánico bien definido. La acción de la insulina no parece tan buena en las hipotrofias simples sin adelgazamiento que parecen mejor influidas por la opoterapia tiroidea; y

Tercera. Parece suficiente las dosis de una *Unidad Clínica (U. C.) por kilogramo y por día*, que sólo excepcionalmente provoca accidentes hipoglucémicos, poco graves por lo demás. El *régimen hiperaçucao*, que es necesario asociar a las inyecciones (por lo menos dos grms. de azúcar por U. C. inyectada) tienen por fin prevenir estos accidentes y a la vez proporcionar al niño una ración suplementaria que la insulina permite utilizar. La cura insulínica, no requiere generalmente ser prolongada más de tres semanas.

M. BLANCO OTERO.

Sección sindical y Noticias

A propósito de las plazas de Puericultores de los Centros Secundarios de Higiene.

La Directiva de nuestra Asociación recibe constantemente quejas de sus asociados por el hecho de que los Inspectores Provinciales de Sanidad no accedan a considerar mérito preferente para el desempeño de las plazas de Puericultura de los Centros Secundarios de Higiene, la posesión del título de Médico Puericultor de la Escuela Nacional de Puericultura.

Nos maravilla esta incomprensión del problema por los Inspectores (o quienes en último término sean los responsables de la injusticia), pues estos sanitarios tienen una formación paralela a la nuestra, habiendo obtenido su título mediante un curso completo de especialización absolutamente similar al que se exige a los Médicos Puericultores, en cuanto a intensidad y también cursado en una Escuela especial del Estado, tras una severa preselección para el ingreso en la misma. Es, pues, chocante que conociendo bien los Inspectores Provinciales el grado de especialización que concurre en los Médicos Puericultores, la enorme importancia que la Puericultura adquiere en el medio rural y el derecho que les reconoce el Decreto de Creación de la Escuela de Puericultura para el desempeño de tales cargos, no les atiendan en su justísima demanda. En efecto, dice a la letra el Decreto del 25 de abril de 1933, que modificaba los preceptos estatutarios de la Escuela Nacional de Puericultura:

«a) (La Escuela de Puericultura) Preparará el personal técnico con destino a las Instituciones de Puericultura y de Higiene Infantil, creadas ya o que hayan de crearse en nuestro país, dependientes del Estado.

«Los títulos profesionales expedidos por la Escuela Nacional serán requisito indispensable para optar al desempeño de

cargos en las mencionadas Instituciones, cuando no tengan carácter docente.»

La Directiva de la Asociación recomienda a los Médicos Puericultores que pidan sistemáticamente los puestos que puedan interesarles, en los cuales concurren las circunstancias que especifica la disposición oficial que más arriba transcribimos. Por nuestra parte, no perdemos ocasión de reclamar a las Autoridades Sanitarias el cumplimiento de tan justos anhelos. Muy recientemente, el señor Subsecretario doctor Bermejillo, ha coincidido en considerar correctas estas peticiones, y nos ha prometido buscar una fórmula que arregle definitivamente esta enojosa cuestión. Mucho esperamos de la reconocida competencia y amor a la justicia del Sr. Bermejillo, pues el trágico problema de la desocupación afecta también a nuestros colegas Puericultores y sería equitativo no privarles de los recursos de vida que la Ley les concede.

LA DIRECTIVA

Para obtener el título de Médico Puericultor.

(Disposiciones del Reglamento oficial de la Escuela Nacional de Puericultura.)

Del ingreso de alumnos y matrículas:

Art. 12. Para el ingreso como alumno en la Escuela en cualquier Sección, será necesario solicitarlo de la Dirección de la misma por medio de instancia, en la que se detallarán los méritos que estimen reunir los solicitantes. La presentación de estas instancias habrá de verificarse antes del 15 de septiembre.

Las solicitudes serán examinadas por un Tribunal compuesto por el Director de la Escuela, como Presidente, y dos Profesores Titulares nombrados por él, cuyo Tribunal puntuará los méritos aducidos con arreglo a pautas señaladas anualmente por el Director de la Escuela y aprobada por

el Director general de Sanidad, la cual será exhibida en la Secretaría de la Escuela a demanda de los solicitantes.

El anterior Tribunal podrá acordar, con la anuencia del Director general de Sanidad, un examen de los solicitantes, a fin de comprobar su preparación técnica y los méritos alegados, el cual constituirá un mérito selectivo para la admisión de los alumnos del curso y un método para determinar el nivel de cultura general de las Visitadoras, Matronas y Guardadoras de niños. Estas últimas sufrirán también un examen médico previo y otro de orientación profesional, bien en la Escuela o en las Instituciones que ésta designe.

Art. 13. Una vez publicada la lista de solicitantes admitidos, deberán éstos proceder a realizar la Matrícula correspondiente, previa la comprobación documental de los méritos alegados.

Los alumnos Médicos, Visitadoras y Matronas, abonarán por este concepto setenta y cinco pesetas, pagadas en dos plazos, el primero, de 50 pesetas, al realizar la Matrícula, y el segundo en la última decena de enero. Las Guardadoras de niños abonarán 10 pesetas en un solo plazo al matricularse.

Todos los alumnos oficiales deberán presentar al efectuar la Matrícula dos fotografías para su ficha escolar; también habrán de proveerse de las prendas de vestuario que sean precisas para el trabajo dentro de la Escuela.

Los títulos que se expidan por esta Escuela, como consecuencia de los estudios cursados en la misma, serán los siguientes: Títulos de Médico Puericultor, de Visitadora Puericultora, de Matrona Puericultora y de Guardadora de niños.

Asociación Internacional de Pediatría Preventiva.

La V Conferencia de la Asociación Internacional de Pediatría Preventiva (Sección Médica de la Unión Internacional de la Infancia) tendrá lugar en los días viernes y sábado 20 y 21 de septiembre del presente año, en Basilea, bajo la Presidencia del Profesor Wieland.

Los temas a tratar son los siguientes:

Primero Medidas preventivas capaces de impedir los contagios internos y externos en los Hospitales Infantiles. Normas que se han de observar: a) en la construcción de estos Hospitales; b) en su funcionamiento. Ponentes, Doctores: Lust (de Bruselas); Fanconi (de Zurich); Huslir (de Munich).

Segundo. Profilaxis de la tuberculosis en la Escuela. Ponentes, Doctores: Tugler (de Groninga); Genevriev (de Paris); Kleinschmidt (de Colonia).

Los Médicos que deseen participar en esta Conferencia y tomar parte en las discusiones, deberán escribir al Secretario de la Asociación, a 15 rue Luvrier, Geneve (Suiza).

Congreso Internacional de Protección a la Infancia.

Entre los días 18-21 de julio ha tenido lugar en Bruselas el Congreso Internacional de Protección a la Infancia, durante el cual se han discutido las siguientes Ponencias:

Primera. La protección a la infancia en el campo, desde el punto de vista médico, jurídico, pedagógico y social.

Segunda. Efectos de la crisis económica y del paro sobre los niños y adolescentes, desde el punto de vista médico, jurídico, social y pedagógico.

Prosiguiendo sus gestiones en pro de los intereses de los asociados, la Junta directiva de la Asociación de Médicos-Puericultores presidida por el Dr. Jaso, se entrevistó el día 1 del actual con el Excmo. señor Director general de Sanidad, a quien con todo detalle le dió cuenta de las aspiraciones de los asociados. Insistiendo primeramente en la cuestión referente a la provisión de las plazas de Médicos-Puericultores de los Centros Secundarios, con relación a lo cual nos manifestó que pensaba hacer una revisión de los nombrados para dichas plazas hasta la fecha y afirmó que desde luego era su criterio nombrar para las plazas a los Puericultores que las solicitasen,

pero siempre que acreditarán la anterior residencia habitual en la localidad del Centro respectivo.

En relación con la petición de creación de plazas de Puericultores con carácter móvil encargados de la lucha contra la mortalidad infantil en el medio rural, aunque con residencia en la capital de la provincia, dijo que era ésta exactamente su manera de ver el problema y que espera verlo convertido en realidad en cuanto pueda resolver la parte económica del mismo.

La Junta directiva salió muy complacida de lo favorablemente que acogió nuestras peticiones el Sr. Director general de Sanidad.

Pensionado por la Junta de Ampliación de Estudios, ha salido para Alemania y Austria donde visitará las principales Instituciones Infantiles, nuestro querido Director y Presidente de la Asociación, doctor Enrique Jaso Roldán.

Sección Oficial

Día 1. Dirección general de Sanidad.—Rectificación a la Orden de 25 del mes actual («Gaceta» del 27), referente a la forma en que han de ser confeccionados los proyectos de presupuestos de los Institutos provinciales de Higiene.

Día 3. Ministerio de Trabajo, Sanidad y Previsión.—Dirección general de Sanidad. Rectificación a la Orden de 26 de junio último («Gaceta» del 27) relativa a la forma de ser redactados los presupuestos de las Mancomunidades sanitarias de los Municipios de todas las provincias.

Día 5. Oposiciones a la plaza de oftalmología auxiliar del Dispensario Médico-Escolar de Madrid.

Día 6. Ministerio de Instrucción pública y Bellas Artes.—Orden nombrando a doña

María Montserrat Comalrena de Sobregón y Casals, Sanitaria del Cuerpo Médico-Escolar de Barcelona.

Día 7. Ministerio de Trabajo, Sanidad y Previsión.—Orden nombrando a don Gustavo Pittaluga Fattorini, Director del Instituto Nacional de Sanidad.

Día 9. Ministerio de Trabajo, Sanidad y Previsión.—Orden concediendo un mes de licencia por enfermedad a don Juan Bravo y Frías.

Día 13. Ministerio de Trabajo, Sanidad y Previsión.—Orden relativa al personal médico especializado de cada Centro secundario de Higiene que deba percibir haberes del Presupuesto del Estado.

Día 19. Ministerio de Trabajo, Sanidad y Previsión.—Orden disponiendo se constituya la Comisión que se indica para definir concretamente la función del Seguro de enfermedades.

Día 20. Ministerio de Instrucción pública y Bellas Artes.—Orden nombrando a don José G. Amanuel Domínguez, Inspector Médico-escolar de Madrid.

Día 22. Ministerio de Trabajo, Sanidad y Previsión.—Dirección general de Sanidad. Circular rectificando el Decreto de 14 de junio próximo pasado, por el que fueron aprobados los Reglamentos para aplicación de la ley de Coordinación de Servicios Sanitarios.

Día 23. Ministerio de Trabajo, Sanidad y Previsión.—Orden declarando al Ayuntamiento de Madrid exceptuado de la Mancomunidad de Municipios de su provincia.

Día 28. Ministerio de Trabajo, Sanidad y Previsión.—Orden aclarando dudas suscitadas con motivo de la aplicación de los Reglamentos de la ley de Coordinación Sanitaria, aprobados por Decreto de 14 de junio último.

Día 19. Ministerio de Instrucción pública y Bellas Artes.—Orden nombrando a don Rafael Ramos Fernández, Catedrático numerario de Pediatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de Salamanca.