BA.6.11

SEGUNDO CONGRESO AMERICANO DEL NIÑO

197-

REPUBLICA ORIENTAL DEL URUGUAY

SEGUNDO CONGRESO AMERICANO DEL NIÑO

CELEBRADO EN MONTEVIDEO

DEL

18 AL 25 DE MAYO DE 1919

Bajo el patronato del Gobierno de la Repùblica

TOMO CUARTO

HIGIENE y ASISTENCIA



0004253

MONTEVIDEO
PEÑA Hnos.—Impresores
1920

ACTAS Y TRABAJOS

DE LA

SECCIÓN DE HIGIENE Y ASISTENCIA

1.ª, 2.ª, 3.ª, Plenaria y 4.ª Sesiones.

PRIMERA SESIÓN

LUNES 19 DE MAYO

Presiden los Dres. G. Araoz Alfaro y L. Scoseria.
Secretario Sr. D .V. Zerbino.

ORDEN DEL DIA

Tema Oficial: « *Asistencia del niño tuberculoso* ».

Relatores: *Dr. Mamerto Acuña* (Argentina).
„ *Clemente Ferreira* (Brasil).
„ *Pedro E. Duprat* (Uruguay).

Comunicaciones: « La tuberculosis infantil en San Paulo »
Dr. C. Ferreira (Brasil).

« El niño en el hogar del tuberculoso ». — *Dr. R. Iribarne* (Argentina).

« Escuelas al aire libre ». — *Sta. Pilar Llache* (Uruguay).

« La escuela como medio de propaganda contra la tuberculosis, la sifilis, el alcoholismo, etc. ». — *Dr. S. B. Rodriguez* (Uruguay).

« Profilaxis de la tuberculosis en las escuelas ».
Dr. F. Susviela Guarch (Uruguay)

« La escuela en la profilaxis de la tuberculosis ».
Dr. G. Giacobini (Argentina).

El Presidente del Congreso, Dr. Luis Morquio abre el acto, dando posesión de la Presidencia al Dr. Gregorio Araoz Alfaro.

Dr. Araoz Alfaro. — Seame permitido, antes de ocupar la Presidencia de esta Sección—distinción que no esperaba me

fuese dispensada—manifestar cuán honrado me siento al venir ó colaborar con los médicos, higienistas y filántropos uruguayos, precisamente en esta Sección que es, a mi juicio, la más importante de las que componen este Congreso del Niño.

Si en Medicina general, en efecto, el rol preventivo es cada vez de mayor importancia en relación con el rol terapéutico, en ninguna de sus ramas esta verdad es tan exacta como en Medicina infantil, y en ninguna tampoco la acción *preventiva* tiene una eficacia tan grande.

Salvar los niños cuidándoles desde antes de su nacimiento (puericultura pre-concepcional), cuidar a la madre antes, durante, y después del nacimiento, y seguir la puericultura hasta que el niño sea capaz de bastarse a sí mismo, preparando así generaciones fuertes y robustas, es la obra social y médica más grande que sea posible proponerse.

Es, pues, con la mayor satisfacción, que me siento en este alto sitio, al lado de mi eminente colega DR. SCOSERIA, y agradezco profundamente el honor que se me dispensa.

DR. SCOSERIA. — Antes de iniciar los trabajos de esta Sección, deseo que los compañeros que la constituyen, me acompañen a dejar constancia de nuestro agradecimiento hacia los congresales que desde el extranjero, haciendo gala de un altruismo que es desgraciadamente cada vez más raro, sacrificando afectos e intereses, dejando el hogar y sus ocupaciones habituales, han acudido a nuestro llamado para prestarnos su invalorable concurso en esta campaña que emprendemos en favor del niño.

ASISTENCIA DEL NIÑO TUBERCULOSO

POR EL DR. MAMERTO ACUÑA.

Profesor titular de Clínica Pediátrica en la Facultad de Medicina de (Buenos Aires)

Ficha 122c.
102
14

La tuberculosis es una enfermedad de la infancia; se adquiere por contagio directo de individuo a individuo.

Es en los primeros años de la vida que el niño se tuberculiza particularmente el lactante no opone ninguna defensa a la infección, adquiriendo la enfermedad con extremada rapidez.

Es sobre todo en el seno de la familia donde el niño se tuberculiza, contaminado por sus padres, parientes o personas servicio.

Todo sujeto tosedor que viva o frecuente el seno de una familia se hace extremadamente peligroso para el niño; la contaminación se hace por los productos segregados por el enfermo: orinas, heces, espectoración particularmente.

Dadas las débiles defensas del organismo infantil, que no oponen ninguna barrera al gérmen, la infección progresa con rapidez y como no es detenida sino parcialmente por la cadena ganglionar, aquella tiende a generalizarse a invadir los diversos órganos.

La infección se hace en los primeros años de la vida, pues, según estadística confirmadas, el 90 % de los niños europeos de los grandes centros (Paris, Viena, etc.) y el 50 y 60 % de losde nuestra capital están infectados antes de llegar a la pubertad. Esta infección se hace sea por inhalación, sea por vía digestiva, pero predominantemente por la primera.

Cuanto más tierno sea el niño tanto más fácilmente se contamina, pudiendo calcularse que basta, en algunos casos, la exposición al contagio de pocos días y aún de horas para que la contaminación se realice en el lactante; y una vez la infección producida la mortalidad es mayor cuanto menor es el niño.

Así, en el primer año de vida, aquella es, según COMBE, de 90 % y según HAMBURGER de 100 %; en el segundo año sería sólo de 75 y 80 %.

POLLAK ha demostrado con cifras prolijamente comprobadas que los niños que se infectan en los tres primeros años de la vida fallecen en su casi totalidad: así de 92 infectados en el primer año solo 3 llegaron al tercer año de vida.

La mortalidad es menor a medida que sea mayor la edad en la que se adquiere la infección. Despues de los 5 años hay ya grandes probabilidades para que la infección tuberculosa quede detenida en los ganglios, evolucionando en forma latente.

Nuestra experiencia en la Sala del hospital de Niños es que la mortalidad es de 100 % en el primer año de vida; todos los casos diagnosticados de tuberculosis, sin excepción alguna fallecieron.

En el segundo año las defensas más activas permiten la localización, lo que hace que la gravedad sea algo menor; en esa edad hemos visto algunos casos de tuberculosis ganglionar y otros de metástasis óseas que franquearon los 24 meses entrando en su tercer año de vida.

De lo dicho se deduce como datos definitivamente consagrados; que el niño contrae la tuberculosis con tanta mayor facilidad y frecuencia cuanto menos edad tiene; que la adquiere particularmente en el ambiente familiar infectado; que una vez contaminado, como sus defensas orgánicas son tan pobres e insuficientes para detener el bacilo, la generalización del proceso es fatal elevando la mortalidad al 80 y 100 % de los casos; que despues de los tres años es ya algo menos grave, como lo comprueba la existencia de formas localizadas (óseas, ganglionares, viscerales).

Podemos, pues, concluir que el niño afectado durante el primer año de vida está fatalmente condenado a perecer cualquiera que sea el tratamiento puesto en práctica una vez diagnosticado el mal, diagnóstico por otra parte delicado y no siempre posible.

En el segundo año, ciertas formas ganglionares, precozmente sospechadas, pueden curar, pero todavía en una proporción exigua, mejor dicho, pueden mantenerse latentes durante un tiempo variable.

Siendo la tuberculosis tan grave en la primera infancia, el remedio al mal debe buscarse no en el tratamiento curativo, sino que todo el empeño ha de ponerse en evitar que el niño sea contaminado, y como esto se produce, en la inmensa mayoría de los casos, en el ambiente familiar infectado, es aquí, en la familia, donde hemos de buscar el remedio al mal, y como no obstante las múltiples precauciones que se adopten para combatir e impedir el contagio familiar, este se produce casi fatalmente, el remedio no ha de estar en la lucha directa contra

el bacilo, sino en tomar las medidas para evitar que el niño sea expuesto a dicho contagio.

Para ello debemos esforzarnos en separar al niño aún sano del ambiente contaminado de sus padres; esto se consigue sea alejando al sujeto enfermo, padre o madre, sea separando oportunamente al lactante aún sano; y este alejamiento, para que sea eficaz, debe ser precóz, máxime cuando el foco esto constituído por la madre.

Pero, quién se hará cargo del niño ?, qué seguridades dar a los padres para consientan a un tal renunciamiento ?

Es bien triste tener que decir que en nuestro país no existe ninguna disposición que proteja al lactante contra la tuberculosis por más que esta en la conciencia de todos el alto tributo que paga a la enfermedad.

Según nuestras estadísticas, en la Sala de mamones del Hospital de Niños la defunción por tuberculosis es de 20 % sobre la mortalidad general, término medio.

Tampoco existe orgónización pública o privada alguna que venga en su ayuda.

Para salvaguardar la vida de los lactantes hijos de tuberculosos, debemos organizar una obra similar en sus fines y propósitos a la OBRA DE GRANCHER, cuyo objetivo principal es el alejamiento oportuno del niño del lado de sus padres enfermos y su remisión al campo al cuidado de labradores honestos y sometidos al contralor de los médicos inspectores.

O bien tenderíamos a la creación de ASILOS PARA LACTANTES, semejantes a los que costean las principales ciudades de Alemania y de Suiza con resultados satisfactorios.

Esta separación precóz del niño tierno del lado de sus padres enfermos, es un recurso doloroso pero necesario para salvar el grano.

En la primera infancia la lucha contra la tuberculosis será, pues, ante todo una lucha de preservación, y esta preservación consistirá particularmente en evitar que el niño sea expuesto al contagio: se hará ante todo profilaxis de exposición. Si desgraciadamente se infecta, como por lo común se trata de formas agudas generalizadas no abiertas, la asistencia puede hacerse en las Salas comunes o en el seno de la propia familia.

Después de los tres años el niño dispone de defensas orgánicas que le permiten defenderse, y cuando se infecta, los bacilos son detenidos en los filtros naturales por un lapso de tiempo más o menos largo.

En esa época de la vida, el contagio ya no es exclusivamente familiar, sino que es múltiple y complejo: se hace en la calle, la escuela, en los sitios públicos, etc. La exposición al contagio es constante, pero el organismo dispone ya de suficientes defensas como para vencer en la lucha.

En esta edad de la segunda infancia, la lucha contra la tuberculosis no será solo de profilaxis de exposición, de lucha contra el contagio, sino y principalmente de *profilaxis de disposición*, es decir, que se tratará por todos los medios de aumentar la resistencia orgánica, de tender a su vigorización, al desarrollo de sus energías vitales, propendiendo al óptimo de condiciones orgánicas, físicas y funcionales.

Se busca así de ponerlo en condiciones de oponer una barrera infranqueable al contagio y en caso de haberse producido, capaz de dotarlo de reserva vital suficiente para mantener a raya la infección.

Para conseguir esto, es menester rodear al niño sano y desde la más tierna edad, de los factores higiénicos indispensables, proporcionándole viviendas sanas, luz y aire suficientes, abundante alimentación, ejercicios adecuados, etc.

En la *segunda infancia* la lucha antituberculosa ha de ser de *preservación* de los *niños sanos* y de *asistencia* a los ya infectados.

Para los primeros, como ya hemos visto, se propenderá a criar organismos robustos refractarios al contagio por los medios expuestos más arriba (vida al gran aire, insolación, educación física).

Para los del segundo grupo, niños ya infectados, se requiere la creación de obras especiales de acuerdo con la forma clínica de su dolencia y con los peligros que la afección acarrea a los demas.

Para aquellos que presenten constitución física y orgánica pobre, con nutrición deficiente, los catalogados comunmente bajo el rubro de niños débiles, niños predispuestos, pretuberculosos, etc., pero sin signos clínicos de tuberculosis se propen-

derá a vigorizar su organismo mediante la estadía suficientemente larga en la campaña en establecimientos especialmente dispuestos llamados colonias agrícolas, colonias para niños débiles, asilos marítimos, asilos de montaña, etc. y que se crearan en sitios adecuados.

Los niños *manifiestamente tuberculosos* deben ser tratados en sanatorios-hospitales donde encuentren todas las comodidades.

La asistencia del niño tuberculoso, deriva pues de los hechos que acabamos de sustentar.

Consideramos aparte la asistencia de niños de la *primera* y *segunda* infancia.

En la primera infancia ha de ser de preservación ante todo, evitando la infección.

En las tuberculosis diagnosticables siempre agudas y generalizadas, siendo de evolución rápida pueden ser tratadas en las salas comunes de nuestros hospitales o en el seno de sus propios hogares.

En los ya *infectados*, debemos considerar, desde el punto de vista de su asistencia: 1.º las formas *sospechadas* sin lesiones clínicas y las tuberculosis *confirmadas*.

El primer grupo, frecuente en la edad escolar, está constituído por los anémicos, niños débiles, mal alimentados y pálidos; grupo que se expresa con la designación de *pretuberculosos*. En este lote la cuti-reacción es generalmente positiva.

Los niños de este grupo *sospechados* de tuberculosis pero sin manifestaciones clínicas no deben ser atendidos en los hospitales comunes cuyo clima patológico les es perjudicial. Serán enviados al campo a sanatorios o colonias agrícolas situados en la campaña, mar o montaña, donde permanecerán largos meses sometidos a una vida higiénica y metódica controlada por una buena disciplina médica.

Esta *asistencia* higiénica en locales apropiados da resultados inmediatos favorables; siendo de lamentar la absoluta negligencia de los poderes públicos en este sentido.

Llenan, no obstante, los fines de esta asistencia la colonia de niños débiles que la Sociedad Escuelas y Patronatos tiene en Marcos Paz, pero solo para un reducido número de enfermitos.

Urge, pues, la elaboración de un plan práctico, creando este sistema de preservación tan útil, necesario y beneficioso.

Pero es en la asistencia de niños manifiestamente tuberculosos donde estamos completamente retardados, no habiendo seguido el progreso que las reglas de higiene y aislamiento exigen.

No tenemos, en efecto, donde recibir con alguna comodidad a nuestros niños enfermos de tuberculosis; por caridad lo recibimos en las Salas comunes de nuestros hospitales, donde no pueden seguir el tratamiento adecuado y donde son para sus vecinos altamente peligrosos.

Los locales que les están destinados son, en nuestro país, un pabellón en el Hospital Muñiz, algunas camas en el Hospital Tornú, 80 en el Hospital Vicente López y Planes, locales completamente insuficientes para el número de enfermos existentes, por cuya razón todas las Salas de Hospital del país tienen que recibir a estos enfermos.

La creación de locales apropiados para la asistencia de tales enfermos es una medida urgente e impostergable; comprende diversas categorías en una forma clínica de la enfermedad.

Bajo el punto de vista de la *asistencia* del tuberculoso, aceptamos, en las tuberculosis confirmadas, las formas siguientes: 1.º *tuberculosis quirúrgicas*; 2.º *tuberculosis viscerales*, constituyendo las formas llamadas *cerradas* y por último las *tuberculosis abiertas*.

1er. Grupo: tuberculosis quirúrgicas (óseas, articulares, ganglionares).

Este grupo se trata generalmente en las Salas comunes de nuestros hospitales o en Salas especiales como las tiene el Hospital de Niños con un anexo en Mar del Plata, al que se ha agregado ultimamente un *Solarium*.

La asistencia de estos enfermos no puede seguir haciéndose ya en los hospitales comunes, pues la acción benéfica de los medios físicos: sol, luz, aire puro, etc., son factores primordiales en los resultados definitivos.

Deben crearse Sanatorios-Hospitales a orillas del mar, llano y montaña, donde estos enfermos puedan contar con todos los recursos científicos modernos para asegurar su curación y afirmar su convalecencia.

Lo mismo debemos decir del segundo grupo—tuberculosis de las serosas (peritoneo, pleura, etc.) — generalmente crónicas y sin peligro alguno de contagio deben ser evacuadas de las salas comunes a sanatorios de mar, llano o montaña.

A estos servicios deberán vincularse colonias para los convalecientes donde concluirán su tratamiento.

Las tuberculosis *abiertas* constituyen el grupo más peligroso, pues son constantes focos de infección; se trata casi siempre de formas pulmonares crónicas o de las formas anteriores abiertas al exterior e igualmente contagiosas por consiguiente.

Estos enfermos no pueden, como hasta el presente sucede, seguir tratándose en los nosocomios comunes y suburbanos.

Deben instalarse hospitales modernos con suficiente capacidad y en número adecuado para poder recibir tales enfermos, cuyo aislamiento del seno de la familia debe ser tan precóz como sea posible formular el diagnóstico.

De estos hospitales suburbanos, los enfermos menos graves, aquellos que puedan beneficiar de un tratamiento higiénico, serán evacuados a hospitales situados en la montaña o en llanura.

Este plan de asistencia debe articularse con un plan general de lucha antituberculosa, en la que se engarce de manera práctica la lucha de preservación con la de asistencia del niño enfermo.

La lucha de preservación debe ser el recurso supremo en la primera infancia, mediante el alejamiento inmediato del niño del seno familiar infectado; el medio para conseguirlo será la organización de un plan idéntico en su finalidad al instituído en Francia con el nombre de OBRA DE GRANCHER: se hará así *profilaxis de exposición.*

Para los niños más grandes se propenderá al desarrollo de sus defensas vitales, a la vigorización de su organismo, de manera a dotarlo de suficientes energías para oponer una segura barrera a la infección: se hará así profilaxis de *disposición.*

Para hacer eficaz la asistencia propiamente dicho del niño tuberculoso, se crearán en todo el país, tanto en los dispensarios antituberculosos, cuyo número se aumentará proporcionalmente, como en los hospitales existentes, consultorios especialmente destinados a la pesquisa e investigación clínica de la tuberculosis desde el punto de vista del diagnóstico precóz, tal como lo ha propuesto el Dr. Ortiz para el Hospital de Niños. Una vez despistada la afección, el enfermo, con su documentación correspondiente, pasará a la Oficina Central para la asistencia de la tuberculosis, la que se encargará de la clasificación definitiva y traslado del enfermo al sitio destinado, de acuerdo con los grupos clínicos establecidos:

1.º Tuberculosis quirúrgicas (óseas, articulares, ganglionares, etc. formas cerradas) que serán tratadas en sanatorios modernos ubicados en el mar, llano y montaña.

2.º Tuberculosis viscerales y de las serosas (formas cerradas), tuberculosis genitales, pleurales, peritoneales, etc., las que serán tratadas en los mismos establecimientos que el grupo anterior.

3.º Tuberculosis abiertas, pulmonares, de la piel, etc. que serán tratadas en hospitales adecuados, situados lejos de los grandes centros poblados.

Se crearán además colonias agrícolas, colonias de vacaciones para los mejorados y convalescientes donde completarán su cura los tratados en hospitales o sanatorios.

El éxito que se obtenga en la aplicación de este plan depende de una parte de que el diagnóstico pueda formularse precozmente y en segundo lugar de que los enfermos puedan ser inmediatamente aislados.

Para conseguir lo segundo, es necesaria la aprobación de una Ley haciendo obligatoria la internación y aislamiento de todo niño afectado de tuberculosis abierta.

ASSISTENCIA DA CRIANÇA TUBERCULOSA

PELO DR. CLEMENTE FERREIRA Ficha 122c. 13-

It is very obvious that the campaign for the control and eventual eradication of tuberculosis should begin with the proper care of the children. (*Eugene Warner, de Minesota*).

Procurando corresponder na medida de minhas forças e na orbita modesta de minha competencia, á honrosa incumbencia que me foi confiada pela commissão organisadora do 2.º Congresso Americano da Criança, occupar-me-ei neste documento da *assistencia da criança tuberculosa.*

Considerarei o lactante e a criança propriamente dita, isto é, a primeira e a segunda infancia ou pequena e média infancia do professor MARFAN, estabelecido como está pelo depoimento dos factos e o testemunho das observações e pesquizas dos ultimos decennios, que a terrivel endemia victima em larga escala os primeiros annos da vida, revestindo formas diffusas, generalisadas, principalmente na idade da lactancia em que a inexorabilidade da morte pela infecção bacillar de Koch foi tida até recente data como um dogma intangivel por avultado numero de pediatras e tisiólogos.

Desde as indagações de H. MARTIN de LANDOUZY e de QUEYRAT em 1886 que se foi revelando que, ao contrario da crença universal, era a tuberculose não muito rara na primeira infancia, sendo que o quadro clinico pouco personalizado, mal esboçado nesse periodo, passava, por via de regra, despercebido, filiandose a molestias banaes do apparelho digestivo e respiratorio o que as pesquizas necropsicas denunciaram mais tarde como a traducção de lesões histo-pathologicas de tuberculose caracteristica e indiscutivel.

Documentos estatisticos numerosos e colhidos em differentes paizes vem demonstrando, nomeadamente a partir do Congresso Internacional de Medicina de Paris em 1900, que os obitos, por tuberculose na infancia depois do 1.º trimestre da

vida extrauterina augmentam progressivamente incrementando-se, primeiro lentamente até 1 anno, e em seguida com celeridade, culminando de 2-4annos, o que parece constituir uma demonstração de que a molestia não se prende a uma infecção fetal, a uma tranmissão concepcional, caso em que a proporção marcharia no sentido inverso.

De resto está estatuido pela esforçada coalisão dos factos que a tuberculose congenital é em extremo rara, constituindo isso um dos contrastes entre a tuberculose e a infecção luatica, tremendamente concepcional e fatal, e mostrando a inconsistencia das analogias e pontos de contacto que alguns tisiologos—HAMBURGER entre outros—tem querido estabelecer entre estas duas terriveis enfermidades sociaes.

Depois do primeiro anno, estatue HUTINEL, a frequencia da tuberculose torna-se indiscutivel.

I

A frequencia da tuberculose na infancia e a mortandade que acarreta a tremenda molestia entre as crianças são postas em relevo pelas estatisticas da mortalidade, pelos documentos necropsicos, pelos coefficientes de reacção ás provas biologicas e pela observação clinica.

A. Estatisticas da mortalidade por tuberculose na infancia com relações aos obitos geraes.

DR ALFARO *(Buenos Aires)*

A porcentagem dos obitos por tuberculose sobre os obitos geraes traduz-se nessa metropole pelos algarismos seguintes:

De	0-1	anno	1,03 o/o
„	1-2	„	2,73 „
„	2-5	„	5,04 „
„	5-10	„	9,32 „
„	10-15	„	20,53 „

Depois destas idades desce a 18,60 „

DR. MONCORVO PAI *(Rio de Janeiro)*

De	0-1	anno	2,4 o/o
„	1-5	annos	7,2 „

DR. CLEMENTE FERREIRA *(San Paulo e Capital).*

No decennio do 1906-1915 foram estas as percentagens sobre os obitos geraes dos fallecimentos por tuberculose nas idades do 0-10 annos.

1906	7	%
1907	4,7	„
1908	5,9	„
1909	6,5	„
1910	4,6	„
1911	5,8	„
1912	6	„
1913	4,4	„
1914	6	„
1915	3,6	„

BERLIN

Nesta metropole sobre 1.000 obitos até 15 annos a tuberculose foi responsavel por:

0-1	anno	9,4	°/oo
1-2	annos	32,2	„
2-3	„	46,1	„
3-5	„	58,4	„
5-10	„	32,7	„
10-15	„	211,4	„

Nas cidades principaes da Noruega

0-1	anno	5	°/oo
2-5	annos	24	„
5-10	„	27	„
10-15	„	42	„

Nas cidades principaes da Suissa.

0-1	anno	8,6 °/oo de tuberculose pulmonar.
		21,9 °/oo de outras formas de tuberculose.
1-4	„	39,7 °/oo de tuberculose pulmonar.
		13,5 °/oo de outras formas de tuberculose.
5-14	„	123 °/oo de tuberculose pulmonar.
		232,7 °/oo de outras formas de tuberculose.

B. Estatisticas baseadas sobre dados necropsicos.

GEORGES KÜSS

0-1	anno	5	%
1-2	annos	24	„
2-4	„	40	„

COMBY

0-3	mezes	2	%
3-6	„	18	„
6-12	„	27	„
1-2	annos	43	„
2-10	„	67	„

BENJAMIN E SLUKA

0-3	mezes	6	%
3-6	„	17	„
6-12	„	22	„
1-2	annos	42	„

CORNET

2-3	mezes	6	%
3-6	„	10,5	„
6-9	„	17	„
9-12	„	27,7	„
1-2	annos	26,7	„
2-3	„	29,6	„
3-4	„	31,8	„
4-5	„	22,4	„

HAMBURGER

0-3	mezes	6	%
3-6	„	17	„
6-12	„	22	„
2	annos	22	„
2-4	„	30	„
5-6	„	60	„
1-10	„	64	„

BINSROANGER

0-3	mezes	2,2	%
3-6	„	8,4	„
6-12	„	16,8	„
2	annos	16,8	„
2-4	„	16,8	„

NAEGELI

0-5	annos	17	%
5-14	„	33	„
14-18	„	50	„
18-30	„	96	„
30-40	„	97	„

HARBITZ (*de Christiania*)

0-1	anno	10	%
2	annos	26	„
3-4	„	31,8	„
5-6	„	67,9	„
7-10	„	79	„
11-11	„	86	„

KOSSEL

0-3	mezes	1,7	%
4-6	„	4,9	„
7-12	„	20	„

CHLOSSMANN

0-3	mezes	2,2	%
4-6	„	8,4	„
7-12	„	16,8	„

MAMERTO ACUÑA (*Buenos Aires*)

0-6	mezes	1,6	%
6-12	„	12	„
12-18	„	38	„
18-24	„	50	„

BARBIER (*Paris*)

0-6	mezes	7	%
6-12	„	32	„
1-2	annos	52	„

A estatistica de BARBIER refere-se a seu serviço do Hospital Hérold, em que são assistidas crianças desde 0-14 annos. Mais de metade dos lactantes do serviço eram tuberculosos confirmados ou suspeitos: 55 % de tuberculosos sobre 100 autopsiados e 36 tuberculosos para 100 obitos nos meninos e t25, tuberculosos sobre 100 autopsias e 26,3 tuberculosos para 100 obitos nas meninas.

Como bem faz notar o eminente pediatra parisiense, para se aferir da frequencia da tuberculose nas crianças de 0-2 annos devem ser utilizadas de preferencia as estatisticas hospitalares, que embora muito elevadas por se referirem só á população pobre e pois mais tuberculizavel, são as unicas precizas, differentemente das estatisticas das repartições demographicas que não tem valor algum, baseando-se em declarações puras e simples sem contraprova alguma.

C. Frequencia da tuberculose na infancia demonstrada pelas reações biologicas (cuti e intradermoreacções). Morbidez tuberculosa nas crianças.

Von Pirquet

Reactores

0-3	mezes	3	%
6-12	,,	5	,,
1-2	annos	14	,,
2-3	,,	33	,,
3-4	,,	38	,,
5-6	,,	35	,,
7-12	,,	90	,,

Mantoux

1-2	annos	16	%
2-4	,,	51	,,
4-7	,,	66	,,
7-15	,,	82	,,

Hamburger

0-1	anno	1	%
1-2	annos	9	,,
3-4	,,	27	,,
5-6	,,	51	,,
7-10	,,	71	,,
10-14	,,	94	,,

Ganghofner

0-1	anno	0	%
1-2	,,	2	,,
3-4	,,	27	,,
5-6	,,	46	,,
7-10	,,	57	,,
11-14	,,	70	,,

Cozzolino

0-1	anno	8,69	%
1-2	annos	12,99	,,
2-3	,,	17,07	,,
3-4	,,	42	,,
4-5	,,	48,84	,,
5-6	,,	44,44	,,
6-7	,,	51,72	,,
7-8	,,	60,56	%
8-9	,,	62,5	,,
9-10	,,	71,43	,,
10-11	,,	70	,,
11-12	,,	83,33	,,

Di Cristina

0-6	mezes	17,5	%
6-12	,,	30	,,
1-2	annos	28	,,
2-4	,,	47,56	,,
4-6	,,	72	,,
6-8	,,	83	,,
8-12	,,	82	,,

Calmette

0-1	anno	8,7	%
1-2	annos	22,1	,,
2-5	,,	53,8	,,
5-15	,,	81,4	,,
15	,,	87,7	,,

Cohn

2-3	annos	66	%
4-5	,,	66	,,
6-7	,,	77,5	,,
8-9	,,	77	,,
10-11	,,	80,5	,,
12-13	,,	89,9	,,
14	,,	100	

Mac Veil (*Edimburgo*)

0-1	anno	14,1	%
1-2	annos	29,9	,,
3-4	,,	46,6	,,
5-6	,,	28,8	,,
7-10	,,	51,9	,,
12-14	,,	55,5	,,

LEPAGE (*Manchester*)

0-2	annos	32	%
2-5	,, ...	51,2	,,
5-10	,, ...	60,6	,,
10-12	,, ...	50,8	,,

FISHBERG (*New York*)

Em crianças vivendo em meio tuberculoso.

1-6	mezes	7,14	%
1-12	,, ...	21,05	,,
1	anno	31,25	,,
2	annos	66,66	,,
3	,, ...	70,45	,,
4	,, ...	67,39	,,
5	,, ...	66,04	,,
6	,, ...	64,29	,,
7	,, ...	70,43	,,
8	,, ...	72	,,
9	,, ...	70,13	,,
10	,, ...	70,13	,,
11	,, ...	76,92	,,
12	,, ...	70	,,
13	,, ...	70,91	,,
14	,, ...	83,79	,,

LUCION JEANNERET

Campo meios abastados meios operarios urbanos.

		%	%
De 2-3	annos	3 a 6	8 a 15
,, 3-4	,,	6 a 12	15 a 20
,, 4-5	,,	12 a 15	20 a 35
,, 5-6	,,	15 a 20	35 a 50
,, 6-7	,,	20 a 30	50 a 60
,, 7-8	,,	30 a 35	60 a 65
,, 8-9	,,	35 a 40	65 a 70
,, 9-10	,,	40 a 45	70 a 75

ARÁOZ ALFARO (*Buenos Aires*)

1er. Grupo. — Crianças sãs, crescidas em meio são, sem antecedentes familiares.

0-1	anno	2 % clinica hospitalar e 0 % clientela particular.
1-6	annos	17 % clinica hospitalar e 8 % clientela particular.
6-15	,,	29 a 30 % clinica hospitalar e 25 % clientela particular.
15-20		40 %.

2.º Grupo. — Crianças sãs, porém criadas em meio tuberculoso.

De 0-1	anno	30	%
,, 1-6	annos	41	,,
,, 6-15	,, ...	66	,,

JULIO BAUZÁ (*Montevideo*)

De 0-3	mezes	5,2	%
,, 3-6	,, ...	6,3	,,
,, 6-12	,, ...	12	,,
,, 1-2	annos	18	,,

POLLACK achou que a proporção de reactores em um meio tuberculoso era de 96 % de 0-2 annos.

As condições do meio e da exposição ao contagio fazem pois variar fortemente as proporções.

JAKOB nas casas em que encontrou doentes de tuberculose aberta viu que todas as crianças reagiam á prova de von PIRQUET.

Affirma WARNER, de Minnesota, que nos differentes Estados da União Americana o coefficiente de reactores á prova cutanea varia de 38 a 52 %.

S. Paulo

Desde 1908 inscrevemos todos os filhos dos tuberculosos assistidos pelo dispensario « Clemente Ferreira », da Liga Paulista contra a tuberculose, e que são conduzidos ao Instituto para pesquizas diagnosticas.

Foram inscriptas até hoje 252 crianças de 16 mezes até 15 annos, tendo reagido á tuberculina 107, ou 42,4 % de contaminados, apresentando muitos delles a exploração radioscopica ganglios e sombras hilares.

		reagiram				reagiram	
De 0-2 annos	5	ou 4,6 %	De 10-12 annos	15	ou 14 %
„ 2-4 „	9	„ 8 „	„ 12-14 „	7	„ 6 „
„ 4-6 „	21	„ 19 „	„ 14-15 „	5	„ 4,6 „
„ 6-8 „	25	„ 22 „	A maior porcentagem de reacções deu-se de 4-8 annos.		
„ 8-10 „	20	„ 19 „			

As estatisticas dos medicos escolares dão como coefficiente da frequencia da tuberculose na idade escolar 50 a 70 %, baseados estes algarismos na porcentagem dos reactores á prova de von Pirquet, proporção muito superior á que estabeleceu Grancher na população escolar de Paris (15 %), apoiando-se elle e seus discipulos no exame clinico, sobretudo nos dados da escuta. Nessa idade é frequente a tuberculose gangliar ou ganglio-pulmonar, cuja porcentagem ascende a 30 %.

D.—Frequencia deduzida da observação clínica.

Heubner (*Berlim*)		Neumann	
		6-12 mezes	21 %
3-6 mezes	3,6 %	1-2 annos	35,7 „
6-9 „	11,8 „		
9-12 „	26,6 „	Moncorvo Pai (*Rio de Janeiro*)	
1-2 annos	14,2 „	0-1 anno	23,2 %
2-3 „	13,4 „	1-2 annos	20 „
		2-7 „	42,3 „
		7-15 „	16 „

A mortalidade é mais elevada na idade da lactancia, principalmente de 0-1 anno, do que mais tarde, por isso que naquella phase da vida é infima a quota das tuberculoses latentes, apresentando-se a molestia nesta idade com accentuado grau de virulencia e tendencia á extrema diffusão.

Beitzre encontrou a tuberculose latente nos recem nascidos 0 %, no 1.º anno 10 %, de 2-5 annos 41 % e na idade escolar 45 %, proporção exagerada visto como Pollak, de Vienna, só achou 3 casos de tuberculose em 92 lactantes e D'Espine affirma ser excepcional na primeira idade a tuberculose latente.

Hahn avalia a mortalidade dos lactantes tuberculosos em 77,3 %, Pollak em 67,2 %, Frankenau em 87 %, Combe m 85 % e Mme. Mantoux affirma que de 0-6 mezes morrem 75 % e de 6-12 mezes 54 %.

II

A tuberculose na infancia deriva sempre do contagio, a fonte predominante de contaminação é o doente tuberculoso; é no meio infectado que a criança contrahe a molestia. O escarro bacillar é a fonte directa ou indirecta do mal na numerosa maioria dos casos.

A tuberculose congenital, cuja realidade tem sido demonstrada especialmente por Landouzy, Queyrat, Thaon, Damaschino etc. pelas constatações anatomicas, pelas pesquisas dos bacillos e pela inoculaçãa em animaes, e que se explica pela infecção transplacentaria e pelo heredo-contagio, é tão rara, que se póde considerar quasi despresivel seu valor como factor de propagação da tuberculose, e Pehú e Chalier apenas puderam colligir até a data actual 51 casos de tuberculose indiscutivelmente congenital e Medin, de Stockolmo, em 623 casos de tuberculose infantil só defrontou um caso de tuberculose congenital.

Se é verdade, como doutrina Barbier, que na familia tuberculosa como na familia syphilitica são frequentes as crianças debeis, prematuras, dystrophicas, é facto que estas manifestações de heredo-dystrophia não exhibem caracter algum de especificidade, de disposição particular para a bacillose de Koch; os descendentes dos tuberculosos como os dos lueticos constituem apenas um terreno receptivel, fertil para as varias molestias infecciosas, são organismos de baixo coefficiente biologico; com deficiente apparelhamento de defensa, como judiciosamente professam Pehu e Chalier, e por isso parecem

AMERICANO
— DE —
PROTECCION A LA INFANCIA
MONTEVIDEO - URUGUAY

favorecer a eclosão e accelerar a marcha da tuberculose, uma vez contaminados elles pelo terrivel germen. (HUTINEL)

É pois fundamentalmente verdadeira a asseveração que não se nasce em geral tuberculoso, porém, sim contrahe-se a molestia após o nascimento, o que vale por dizer que é evitavel a contaminação tuberculosa da criança, a tuberculose infantil, que é possivel subtrahir á infecção os filhos dos tuberculosos desde que se os afaste precocemente do lar contaminado.

PLANCHER E GARDERE, citados por HUTINEL, fazem notar que o filho de uma progenitora tuberculosa desenvolve-se tão bem como qualquer criança normal desde que seja subtrahido immediatamente as probabilidades do contagio domestico, e as pesquizas de VITTOZ, DE LYON, confirmam esta observação, pondo em destaque que todas as crianças nascidas de mulheres tisicas, que foram separadas de suas genitrizes desde o momento do nascimento e criadas de accôrdo com os preceitos de uma boa hygiene e de um salutar regimen alimentar, sobreviveram e apresentaram depois de alguns mezes todos os atributos de uma saude perfeita. POLLAK doutrina que « der allerwichtigste FAKTOR im ampfgegen die Tuberkulose darin gelegen ist die Kinder der ersten Lebenyahre vor der Infektion zu schützen » e LEO LANGSTEIN opina que a criança deve ser isolada logo depois do delivramento.

No Sanatorio de Preservação, que a « Obra de Preservação dos filhos de tuberculosos pobres », annexa e complementar do dispensario « Clemente Ferreira » mantem em Bragança, pequena cidade proxima a esta capital, estão internados ha longos annos cerca de 70 filhos de tuberculosos, alguns desde a idade de 2 annos e graças ao afastamento do contagio no lar e ao regimen de ar livre, boa alimentação e observancia de salutares regras hygienicas, até hoje nenhuma dessas crianças manifestou signal algum de tuberculose; pelo contrario as fichas sanitarias indicam excellente estado de saude e vigoramento apreciavel do organismo.

NOBÉCOURT e SCHREIBER em solidariedade de opinião, professam que a medida mais efficaz para evitar a tuberculose na criança, procedente de um casal tuberculoso, é distancial-a da ambiencia infectada, e este afastamento deve ser precoce.

0004253

sempre que possivel desde o nascer, uma vez que a proporção das crianças tuberculosas augmenta rapidamente com a idade dellas. Donde a necessidade imperiosa de se fundar parallelamente ás Obras de preservação da criança—typo Grancher—as instituições de preservação antituberculosa dos lactantes ou asylos de lactantes, localizados no campo, na montanha ou á beira-mar, realizando deste geito meritorio serviço de prophylaxia social, de salvaguarda precoce.

Varias são as vias de contagio, as portas de entrada do germen no organismo infantil.

A tuberculose de inhalação ou de aspiração na phrase dos autores allemães, aérogena, occupa indiscutivelmente o primeiro plano na infancia como no adulto, formando-se um pequeno fóco pulmonar primitivo, encontrado aliás por ALBRECHT e GHON em 92,4 % das autopsias, fóco que no lactante, na criança da primeira idade se localiza na base ou parte media do pulmão (cancro de inoculação de GHON) e região hilar. Em seguida os ganglios mediastinicos se affectam; é a phase da adenopathia tracheo-bronchica, da tuberculose gangliar ou ganglio-pulmonar ou ganglio-hilar, que, podendo embora affectar os lactantes, tem como idade de predileção a de 6-10 annos. Que a porta de entrada predominante é o pulmão provam-no as autopsias de GHON, que puzeram em fóco ser a lesão do pulmão o fóco primitivo mais adeantado do que nos ganglios satellites.

A poeira bacillifera, as gotticulas de Flugge, eis os factores principaes da infecção aerogena.

A tuberculose de ingestão, alimentar ou de deglutinação é menos frequente: é a que reconhece como vehiculo principal do contagio o leite e certos alimentos accidentalmente contaminados, sendo muitas vezes o bacillo do typo bovino. PHILIP MITCHELL, entretanto, affirma, como resultado de pacientes e prolongadas pesquizas, ter defrontado com o bacillo bovino em 90 % de 72 crianças com adenites cervicaes tuberculosas. PARK e KRUMWEIDE, dos Estados Unidos, em 132 crianças entre 5 e 16 annos encontraram o typo bovino do bacillo tuberculoso em 33 casos. Em 20 destes havia adenite cervical, em 7 tuberculose abdominal e em 3 tuberculose generalizada. De

222 crianças abaixo de 5 annos 59 apresentavam o typo bovino (26 %). POTTENGER, porém, professa que esta infecção se realiza em 10 % dos casos. CHARLES DUNN, de Boston, e HU-TINEL, de Paris, admitten a tuberculose de ingestão pelo uso do leite bacillifero, mas em reduzido número de casos.

SEGUNDO MEDIN, de Stockholmo, a infecção intestinal primitiva foi por elle observada apenas em 2 % dos casos, ao passo que a infecção pulmonar primitiva verificou-a elle em 98 % dos factos de tuberculose no primeiro anno da vida.

Casos ha em que pódem entrar em jogo os dous modos de penetração—a via aerea e a via digestiva—;assim quando se opera a deglutição de poeiras bacilliferas inhaladas e depositadas na cavidade pharyngo-buccal.

A tuberculose naso-pharyngeana primitiva que, no modo de ver de MARFAN, ROUX e JOUSSERAND seria frequente, é considerada por HUTINEL e TILIER como bastante rara. Seria uma modalidade de tuberculose inhalatoria, assim como a infecção amygdaleana (encontrada por MICHELL em 9 % dos casos e que LADD considera como muito frequente) seria uma variedade de tuberculose de ingestão ou de deglutição.

A porta de entrada do contagio póde ainda ser a via cutanea, o que aliás é excepcionól na infancia. Entretanto em curto periodo o dr. ZOPYRO GOULART, eminente dermatologo da Policlinica de crianças do Rio de Janeiro, observou 2 casos de tuberculose cutanea por elle apresentados a Sociedade Brazileira de Dermatologia, o 2.º caso dizendo respeito a uma criança que tinha o habito de assentar-se e de arrastar-se diariamente pela calçada, tendo-se assim tegumentariamente contaminado.

III

Se é verdade que nas crianças tenras, especialmente no decurso do primeiro anno, as formas super-agudas-granulia, tuberculose miliar as modalidades generalizadas ou invasoras, lymphogenas ou hematogenas de COMBE, são frequentes, os organismos dos recem nascidos e dos lactantes de mezes, frageis e sem defeza, permittindo e favorecendo uma diffusão rapida, uma disseminação generalizada do mal, que reveste nestas

condições, feições rapidamente mortaes, como é notorio, não é menos verdade que mesmo nessa idade, em que a criança se comporta como uma cobaya perante o bacillo de Koch, e até nos casos de granulia, como demonstrou BARBIER em suas interessantes pesqizas levadas a cabo no hospital Hérold, o lugar de eleição das lesões tuberculosas é o pulmão, sendo neste orgão que se encontram em grande maioria dos casos de tuberculose infantil as lesões tuberculosas em seu maximo.

Convêm pois estar de sobre aviso e pesquisar com cuidado as localisações pulmonares do processo morbido. A frequencia da tuberculose pulmonar em tão tenra idade tem sido posta em relevo por diversos tisiologos e pediatras. ALEM DE BARBIER E AINE, os estudos de ROBERT PHILIP, de Edimburgo, de EMMETT HOLT, dos Estados-Unidos, de HEDREIS, de Vienna e de CHARLES LEROUX na França depõem expressivamente neste sentido. Assim HOLT affirma: « Post mortem observations have shown that the lungs are more frequently the seat of tuberculosis than any other organ; they were envolved in 99 per cent of my own patients. PHILIP exprime-se: « The frequency of pulmonary tuberculosis in children under one year is shown to be higher than is sometimes supposed «.

E o que mais é, não é rara, ao contrario apresenta-se em proporção avantajada na primeira idade, mesmo no decorrer do primeiro anno, a tuberculose pulmonar cavitaria do adulto, a tuberculose pulmonar ulcerosa da primeira idade, conforme resalta das investigações necropsicas de RIBADEAU DUMAS, BARBIER, WHITE, NORTHRUP, AINE, e RUDOLPH POLLAK.

POLLAK em 92 casos de tuberculose nos lactantes, 17 vezes encontrou infiltração pulmonar com formação de cavernas.

RIBADEAU-DUMAS sobre 68 autopsias de 1-24 mezes encontrou cavernas pulmonares:

aos 3 mezes	2 veces	aos 12 mezes	8 veces
„ 4 „	1 „	„ 18 „	6 „
„ 5 „	3 „	„ 24 „	1 „
„ 6 „	3 „	Total 24 veces on	35 %

BARBIER proclama: É um exaggero dizer-se que a forma generalizada é a que habitualmente se observa no lactante.

Confunde-se assim a terminação da molestia com sua evolução propiamente dita; é corrente nas autopsias de lactantes encontrar lesões destructivas mais ou menos extensas do pulmão e isto frequentes vezes em crianças que durante a vida foram tidas como simples atrophicas. Em 194 casos autopsiados, 48 veses encontrei cavernas pulmonares, sendo mais frequentes de 3-6 mezes, porém, é de 6-18 mezes que mais vezes são ellas observadas (28 casos sobre 55).

As cavernas se assestam de preferencia na parte anterior, na região media do pulmão, no terço inferior do lobulo superior ou no terço superior do lobulo medio ou mesmo no lobulo inferior. Algumas são devidas á fusão de fócos de pneumonia caseosa, quer sob a forma de blocos caseosos mais ou menos volumosos, quer sob a forma de fócos menores disseminados.

Na maioria dos casos estas lesões ulcerosas graves limitam-se a um só pulmão, ou mesmo a um só lobulo pulmonar, como nos foi dado observar em um doentinho de 18 mezes, assistido no Dispensario « Clemente Ferreira » e como tambem pôde constatar o professor argentino JUAN NAVARRO, apoiado na exploração radiologica.

AINE, distincto discipulo de BARBIER, e que consagrou a este assumpto sua excellente these inaugural, faz notar que existe uma predominancia evidente do 1.º anno de idade sobre o 2.º no ponto de vista da tuberculose cavitaria. De 55 casos de tuberculose cavitaria em lactantes por elle observados 32 referiam-se ao 1.º anno e 23 ao 2.º.

QUEYRAT defrontou em seus estudos estatisticos com a porcentagem de 36 % de casos de tuberculose ulcerosa nos lactantes. LEROUX encontrou 26 %, KUSS 46 %, MME. MANTOUX 24 % e GHON 44 %; AINE calcula a media global em 29 %.

O professor MÓRQUIO, em instructiva communicação á Sociecade de Pediatria de Montevideo sobre a tuberculose na clinica infantil dessa capital, faz resaltar a frequencia com que encontrou, em suas pesquizas necropsicas, cavernas de diverso tamanho multiplas ou isoladas como phase terminal das modalidades broncho-pulmonares subagudas e chronicas, que fôram de observação commum no seu serviço clinico.

A heredo-lues e o alcoolismo dos pais parecem constituir factores favorecedores da tuberculose ulcerosa do lactante.

As cavernas formam-se com certa predilecção na parte mais vizinha do hilo e muitas vezes são superficiaes, subpleurais.

CHARLES DUNN, de Boston, assignala como localisações mais frequentes das lesões tuberculosas pulmonares da primeira infancia:

1.º O lóbo superior direito.

2.º O lóbo inferior direito e o superior esquerdo.

3.º O lóbo medio direito.

As formas gangliares são muito frequentes depois do 2.º anno; nessa idade BEITZKE demonstrou, apoiado em documentos e estudos sobre a materia, que os ganglios são o ponto de localização da tuberculose inicial, e JEANNERET professa que a forma gangliar tracheo-bronchica é a forma caracteristica da infancia, representando 80 % de todos os casos de tuberculose. A infecção fica muitas vezes encarcerada, encapsulada nas cadeias gangliares, mantendo-se inactiva e evoluindo para a cura ou mais tarde despertando e promovendo as infecções do adulto, como o provam factos numerosos e pesquizas valiosas de varios tisiólogos.

E sobretudo, diz CLIVE RIVIERE, a localização tuberculosa da idade escolar.

«The bronchial lymph nodes are the seat of tubercles in almost all children who react positively to tuberculine tests, «proclama MURRAY BASS, de New-York.

IV

Na primeira idade o reconhecimento do mal tuberculoso é um problema de solução complicada e ás vezes circumdam-no barreiras de quasi intransponiveis difficuldades, sobretudo nas formas superagudas e agudas, nas modalidades generalizadas em que os signaes physicos ou são mudos ou nada apresentam de caracteristico, e os signaes funccionaes, a que dá lugar a invasão de varios orgãos e apparelhos, fallam uma linguagem confusa, imprecisa, balbuciante, quando não desorientadora.

As formas larvadas, mascaradas, tão minuciosamente descriptas pelos professores ARAOZ ALFARO e COMBE, as formas oligosymptomaticas, as latentes, menos raras, no dizer de HAMBURGER, quando o contagio remonta do 3.º ou 4.º anno, desafiam o engenho prescrutador, o espirito de observação mais penetrante, a argucia e a perspicacia do clinico experimentado, do pediatra proficientemente adextrado.

Ha casos de tuberculose em lactantes, diz POTTENGER, que decorrem clinicamente latentes durante todo o primeiro anno da vida.

A tosse e os signaes positivos para o lado de thorax são, muitas vezes, raros nesta emergencia, dizem SMITH e BIBBY.

Em taes casos as reacções biologicas são de grande valor revelador, notorio como é na hora actual que na primeira idade a positividade da cutireacção e da intrademoreacção á tuberculina é elemento precioso do juizo diagnostico. HEIDELBERG doutrina que taes provas são o unico meio de descobrir a tuberculose na idade da lactancia e HUTINEL considera o tuberculino diagnostico soberano, particularmente nas formas larvadas ou mascaradas da tuberculose dos lactantes. Mesmo na forma meningitica da tuberculose as crianças reagem quasi sempre é tuberculina, pelo menos no inicio, diz CHARLES DANIEL, discipulo de HUTINEL.

SEGUNDO CHARLES DÜNN, de Boston, uma reação positiva na criança de menos de 2 annos significa tuberculose e uma reação negativa nada quer dizer. RAVENEL sustenta que na primeira infancia um PIRQUET positivo demonstra não só tuberculose—infecção como tuberculose—molestia, pois que todo processo tuberculoso nessa idade é activo.

KNOX conceitua que « the cutaneous tuberculin test as described by von PIRQUET, is a most reliable aid in the detection of tuberculosis in children «.

Na tuberculose gangliar, adenopatnica, tracheo-bronchica, que é mais frequente a partir do 2.º anno, na tuberculose ganglio-pulmonar, muitas vezes 2.ª phase clinica da evolução para a tuberculose pulmonar na infancia, e que SEGUNDO MÉDIN se constata em 16 % dos casos de tuberculose infantil, a radioscopia e a radiographia instantanea fornecem esclarecimentos

diagnosticos de grande alcance, como accentuam HUTINEL, LEROUX e HENRY STOLL. ERICH SLUKA e BASS fallam da sombra hilar irregular que a exploração radioscopica então revela e que traduz o inicio da tuberculose ganglionar no hilo, localisação muito frequente na idade de 1-2 annos, conforme nos tem demonstrado numerosos exames realizados em filhos de tuberculosos que frequentam o dispensario « Clemente Ferreira ».

LEES, RIBADEAU-DUMAS, MAINGOT e WEIL affirmam que este methodo denuncia lesões parenchymatosas que na maioria dos casos o exame estethacustico é insufficiente para revelar e permitte surprehender quando á phase ganglionar succede a phase ganglio-pulmonar.

Na semiotica radiologica temos que addicionar nestes casos tambem signaes physicos-percutorios e estethacusticos (submacicez no espaço paravertebral, respiração soprante, signal de D'Espine) e signaes clinicos (tosse quintosa, coqueluchoide, tosse expiratoria, tosse bitonal, cornage expiratoria, o signal de MONCORVO, o circulo venoso thoracico de SALVATORE MAGGIORE).

Na tuberculose pulmonar mesmo, como faz notar AINE, a sumptomatologia é muitas nezes falha e a semiotica physica muito reduzida e não caracteristica-ligeira submacicez persistente e fixa em um ou nos dous apices (V AN PEE e AINE), inspiração rude ou aspera, respiração fraca (GRANCHER), pequena tosse por occasião da marcha ou ao despertar da criança de manhã (AINE), febre atypica, inconstante (REUBEN e AINE), hemoptyses (de que observamos 2 casos na idade de 2 annos), signal raro, a micropolyadencia peripherica de LEROUX, anemia pronunciada e rebelde á medicação apropriada, dystrophia rapida simulando a atrophia, inapetencia inamovivel, a tachycardia, que é quasi invariavelmente a regra na tuberculose infantil, no dizer de FISHBERG.

Na tuberculose pulmonar ulcerosa ou cavitaria que reveste formas clinicas agudas ou lentas (AINE), entre estas a forma digestiva e anemica, ha o recurso valioso do exame de expectoração, que se póde colher por meio de um tampão de algodão hydrophilo introduzido ao contacto do orificio glottico no momento do accesso de tosse, ou por meio da lavagem do estoma-

go ou da administração de um vomito; póde-se ainda examinar as fézes, que contêm o catarrho deglutido pela criança.

Nestes casos ainda, além dos signaes funccionaes que revestem em geral maior expressão do que os signaes physicos, temos como fonte esclarecedora de primeira ordem a radiographia rapida e a radioscopia, aquella sobretudo que permitte localizar com precisão a caverna e acompanhar sua evolução anatomica (AINE).

Além disso resta-nos o precioso recurso da tuberculina-diagnose, que sempre deveremos utilisar em caso de duvidas ou de insufficiencia e escassez dos signaes physicos, de banalidade dos signaes funccionaes ou de pouco alcance revelador da exploração radiologica.

Nas formas larvadas ou latentes, mascaradas, a prova de von PIRQUET, a intradermoreacção de MANTOUX e a radiographia rapida prestam serviços de monta e são de expressivo relevo denunciador.

V

ASSITENCIA DA CRIANÇA TUBERCULOSA

No debater o assumpto, objectivo cardeal deste trabalho, consideraremos a assistencia hygienica que, sendo eminentemente prophylactica, é por igual efficazmente curativa em numero avantajado de casos, e a assistencia therapeutica ou tratamento pelos agentes biologicos sobretudo, e alguns medicamentos.

Variaveis em extremo são as indicações que surgem quando se trata de tuberculose infantil e como tuberculose infantil encararemos a que affecta a primeira, segunda e terceira infancia. Conforme defrontarmos com um lactante, com uma criança na segunda ou na grande infancia, com uma tuberculose gangliar, ossea, articular ou com uma bacillose pulmonar localizada ou diffusa, assim se exhibirão exigencias muito differentes, surgirão regras sensivelmente dessemelhantes, preceitos accentuadamente diversos.

As formas latentes, gangliares da segunda e terceira infancia reclamam uma assistencia em que os agentes physicos, os modificadores hygiotherapicos representam uma factor de peso e occupam posto de destaque.

As localizações osseas, as determinações articulares requerem tambem a therapeutica physica—a thalassotherapia, a heliotherapia a beiramar ou na montanha, não sendo despresivel a cooperação de alguns agentes medicamentosos.

As fórmas pulmonares na infancia, principalmente no lactante, se deparam escassas armas, restrictos meios de acção, já pela sua irradiação prompta pelos demais apparelhos, pela sua disseminação rapida por quasi todo o organismo, já pelo pequeno poder de defesa dessa idade, pela sua intolerancia mesmo em frente a varios recursos therapeuticos, tanto physicos como medicamentosos.

Se interrogarmos a pratica e a experiencia dos pediatras, tisiólogos e hygienistqs mais adextrados da Europa, da Norte America e da America Meridional, veremos que não os separa dissidio no tocante á proficuidade e á oportunidade de applicação da climatotherapia, da thalassotherapia, da heliotherapia, etc., divergindo, porém, por completo no terreno do tratamento biologico, chimicotherapico e pharmacologico.

Encarando nomeadamente a criança tuberculosa, menos o lactante bacillar,—vejamos o que é aconselhavel no dominio da assistencia hygienica e do tratamento.

ASSISTENCIA HYGIENICA CURATIVA OU MEDICAÇÃO HYGIENICA

Von Pirquet, a insigne e acatada auctoridade em tisiologia e pediatria, recommenda a cura de altitude como nos sanatorios de Leysin e de Engadine, associando-se-lhe a heliotherapia na montanha, que proporciona resultados maravilhosos postos em evidencia meridiana pelo eminente Rollier nas suas varias clinicas installadas em Leysin. As tuberculoses osseas e articulares são radicalmente curadas com a heliotherapia, bem assim as tuberculoses gangliares são favoravelmente influenciadas pela cura de sol ahi praticada. Von Pirquet

opina que são indispensaveis os dispensarios e sanatorios para a assitencia da infancia tuberculosa.

HAMBURGER louva a efficacia da heliotherapia e da dietotherapia.

CHEMNITZ pensa que o ideal para a criança tuberculosa é uma *escola-sanatorio*, em que o curricilum seja organisado de feição a não fatigar a criança.

DR. KIRCHNER, afamado tisiologo de Berlim, suggere que se installem sanatorios especiaes para crianças tuberculosas, como se tem feito na Allemanha, apparelhando-se colonias agricolas prophylacticas para os filhos sãos de casaes tuberculosos. Os dispensarios tambem pódem prestar serviços de assistencia aos infantes tuberculosos. Professôr HEUBNER, de Berlim, o abalizado e venerando pediatra e professor, preconiza a tratamento sanatorial para crianças tuberculosas, preferindo-se para os doentinhos escrofulosos os sanatorios maritimos. Os dispensarios infantis devem tambem constituir um dos apparelhos de tratamento.

Sanatorios florestaes para as crianças já tuberculosas e escolas florestaes para as pretuberculosas, eis o que propõe com enthusiasmo e convicção o respeitado e provecto professor BAGINSKY, um dos oraculos da pediatria allemã.

O Professor NIETNER, o operoso tisiólogo e um dos organizadores da Associação Internacional contra a tuberculose, que até o explodir da guerra constituiu o centro mundial de acção aintituberculosa, recommenda para a assistencia curativa dos infantes tuberculosos, dos pequenos bacillares pulmonares e ganglio-pulmonares, os sanatorios de campo e a beira-mar, sendo estes destinados á assistencia das crianças escrofulosas ou predispostas, e montando a 73 com 6.000 leitos. Entre os primeiros destacam-se o sanatorio de Hohenlychen, o de Bethesda, o Herzogin-Marie em Oranienbaum e o pavilhão de crianças de Belzig.

Os schlaf-pavillon ou pavilhões nocturnos foram preconizados pelos medicos especialistas allemães em sua reunião de 1911, mas antes com um fim prophylactico, abrigando durante a noite os filhos dos tuberculosos infecciosos, em ordem e afastal-os da cohabitação nocturna, a mais perigosa.

Wolf Becher e Rodolpho Lennhoff tiveram a feliz idéa de crear os sitios de curas florestaes ou sanatorios diurnos florestaes (Walderholungstätte) na phrase de Becher. A de Schonholtz, na perpheria de Barlim, tem proporcionado proficuos resultados, como adiante veremos.

Dr. Edwvrd Mc Sweeney (Boston) preconiza as escolas-sanatorios ou escolas-hospitaes para as crianças tuberculosas, dispondo a cidade de Boston de uma obra deste genero com lotação para 200 crianças tuberculosas; o tratamento occupa ahi o primeiro plano, cabendo ao ensino um lugar accessorio. A proposito assim se exprime Arthur Cabot, de Boston: As crianças já affectadas de tuberculose activa-aberta, contagiosa em geral—e não mais simplesmente pretuberculosas ou ganglio-bacillares—tem de ser separadas das crianças sãs no duplo ponto de vista da protecção e garantia destas, devidas pelo Estado, e das vantagens e beneficios daquellas que necessitam regimen especial—posologia e regulamentação apropriada do trabalho, repouso e alimentação extra e vigilancia medica. O isolamento em hospitaes geraes é inconveniente, difficil e mal acceito pelos pais. A « Boston Association for the relief and Control of Tuberculosis » « installou o » « Boston Hopital School », que foi convennientemente erigido no Franklin Park. A experiencia foi tão bem succedida que a municipalidade de Boston tomou a seu cargo a escola e confiou a responsabilidade de sua direcção á Administração do Hospital de Tuberculosos, reconhecendo assim que a util instituição era antes um hospital que uma escola. E praticamente um sanatorio diurno, occupando-se as crianças com os estudos apenas como entretenimento e de modo a não ser o tratamento prejudicado. Bem que situado fóra da cidade a frequencia têm sido grande; nurses adextradas em assitencia aos tuberculosos acompanham as crianças aos seus domicilios e ahi as fiscalizam, promovendo alem disso a educação hygienica das familias desses doentinhos. A Liga Americana contra a tuberculose publicou um excellente relatorio sobre o funccionamento desta *Escola-Hospital.*

Adolphus Knopf, ainda no tocante aos escolares tuberculosos, diz que a cidade de New York encorporou ao seu apparelho-escolar classes para crianças tuberculosas em 4 barcos junto

ás docas de East-River e 2. no terraço das clinicas VANDERBILT. Estas classes funccionam como annexas a 5 escolas de Manhattan e de Brooklin. Em 1914 frequentaram estas classes 474 alumnos e 25 % delles sairam curados ou com a molestia paralysada (arrested); 136 crianças foram mandadas para escolas communs e 12 entregaram-se so trabalho. Dois terços das crianças admittidas foram tiradas das classes nos primeiros 4 annos da vida escolar. Estavam affectadas de tuberculose pulmonar no 1.º grau 50 % dos alumnos admittidos nestas classes especiaes, 15 % no 2.º grau e cerca de 4 % no 3.º. Os professores ahi attendem principalmente á saude das crianças e o trabalho escolar deve ser sacrificado em proveito daquella.

Taes instituições merecem ser diffundidas e adoptadas pelos diversos paizes, pois constituem excellentes obras de assistencia á criança na idade escolar.

KNOPF aconselha tambem para as crianças affectadas de tuberculose pulmonar estabelecimentos sanitarios abertos todo o anno, installados em navios fóra do serviço. verdadeiros sanatorios infantis fluctuantes como solicitou o 4.º Congresso de Hygiene escolar de Buffalo em 1913. Taes sanatorios muito pouco dispendiosos, pódem prestar excellentes serviços. O emerito tisiologo norte-americano indica ainda as escolas ao ar livre mesmo ás crianças já tuberculosas.

O habil pediatra JOHN LOVETT MORSE, de Boston, aconselha os sanatorios de campo e de altitude para as crianças affectadas de tuberculose pulmonar, associando-se-lhes o tratamento dietetico e medicamentoso; para as de tuberculose cirurgica são aconselhaveis os estabelecimentos sanatoriaes ou hospitalares maritimos.

ROBERT PHILIP, de Edimburgo, autoridade competentissima, preconiza escolas especiaes para crianças tuberculosas; no dispensario e no Hospital Victoria de Edimburgo, por elle dirigidos, são assistidas com proveito numerosas crianças, faltando, pórem, ainda um hospital especial para os doentinhos tuberculosos, obra pela qual se bate o emerito tisiólogo.

CLIVE RIVIERE é tambem adepto dos sanatorios para crianças tuberculosas e cita 2 establecimentos do genero existentes na Inglaterra—um com 16 leitos nas « DR. BERNARDO'S GIRLS

Village Homes » em Barkingside e outro installado em Stanningston em Northumberland.

Kelynack, culminante competencia no assumpto, aconselha as *escolas-sanatorios*, que proporcionam a atmosphera da vida domestica, a ambiencia do lar, bem como alguma cousa do espirito de uma escola, sendo alem disso dotadas dos requisitos essenciaes de um hospital.

Murphy, de Boston, preconiza as escolas-hospitaes como a que funcciona em Boston.

Woodruff recommenda os sanatorios diurnos ou day-camps para a tuberculoses medicas infantis, devendo as tuberculoses cirurgicas ser assistidas nos sanatorios maritimos, recebendo tambem o concurso da heliotherapia, factor efficiente do tratamento.

Henry Parsons, de New York, aconselha os jardins para crianças, situados na peripheria das grandes cidades, como a « Children's School Farm », da cidade de New York.

Grancher manifestou-se tambem partidario dos sanatorios de assistencia para as crianças tuberculosas e dos sanatorios de preservação para as debeis e ameaçadas.

Charles Leroux e Armaingnaud, apoiados em uma longa e larga experiencia, louvam os excellentes resultados colhidos nos sanatorios maritimos pelas crianças affectadas de tuberculose ossea e articular e bem assim no lupus e adenites tuberculosas. A porcentagem de curas e de melhoras apresentada por Armaingnaud e deduzida de um stock de 60.000 crianças tratadas nos sanatorios marítimos durante o período de 1887-1905 é a seguinte:

Adenites	74 %
Mal de Pott	32 „
Escrofulose	61 „

Barbier acha que os infantes pneumo-bacillares pódem tambem ser tratados em pavilhões especiaes nos diversos sanatorios maritimos situados em praias abrigadas, de clima sedativo, como Arcachon e Hendaye, uma vez que a molestia pulmonar estaja ainda em seu despontar.

Nos proprios hospitaes de crianças situados nas grandes e medias cidades pódem ser installados *sanatorios de fortuna*

para o tratamento scientifico das crianças tuberculosas. Haja vista ao que consegue o Dr. Henri Barbier em barracas installadas como annexas a seu serviço no Hospital infantil Herold em Parisie que tivemos ensejo de visitar em 1912. Ahi funcciona um verdadeiro sanatorio diurno para as crianças e meninos tuberculosos até 15 annos. Existe uma galeria para a cura pelo ar annexa ao serviço de crianças do sexo feminino e outra annexa ao serviço de meninos.

A barraca para a cura pelo ar destinada ás meninas está muito bem installada em local desafogado e liberalmente ventilado; ahi vimos cerca de 12 meninas tuberculosas, reclinadas em suas cadeiras de repouso, bem agasalhadas com cobertore-de lã Varias dessas doentinhas apresentavam aspecto lisongeiro e apparencias de boa nutrição apezar de se acharem em phase adiantada da molestia. O eminente Dr. Barbier mostrou-nos diversas folhas clinicas detalhando as melhoras obtidas do ponto de vista da temperatura, peso, pulso, expectoração e appetite, após o tratamento das doentinhas pela cura de ar e regimen, ao passo que as que se achavam immobilizadas em seus leitos, dentro dos boxes, nenhuma modificação favoravel de seu estado exhibiam.

As crianças ficam na galeria de cura varias horas; algumas já em via de melhora mais accentuada fazem passeios curtos; á tarde voltam todas para a enfermaria. Na galeria de cura brincam e se distrahem.

As barracas são cobertas de telhas de zinco e resguardadas contra o vento por stores de lona.

Até crianças com derrames pleuriticos e tuberculose subjacente, de caracter evolutivo, para ali vão, demonstrando suas folhas clinicas os lisongeiros resultados obitdos; depois de removidos os doentinhos das enfermarias para as barracas do sanatorio diurno, ao cabo de algum tempo, dissipa-se a febre, diminue o pulso e augmenta o peso.

Os meninos de 7 annos para cima ahi tem uma aula ao ar livre, dirigida por uma institutriz.

Obtem-se 87 % de melhoras nas tuberculoses pneumo-gangliares fechadas.

Como coadjuvantes do tratamento, BARBIER prescreve preparados iodo-tanicos, arsenicaes e o oleo de figado de bacalhau.

O eminente pediatra aconselha que todos os hospitaes de crianças, que dispõem de espaço de terreno sufficiente, de jardins e parques, installem galerias analogas para o tratamento dos pequenos tuberculosos.

As vantagens que o DR. HENRI BARBIER tem colhido deste sanatorio diurno, annexo ao Hospital HEROLD, tem sido dos mais animadores e o estimulam a persistir nesta pratica, que elle considera como uma solução provisoria e economica do problema da assistencia ás crianças tuberculosas e onde não existirem sanatorios infantis.

COMBE, DE LAUSANNE, preconiza as escolas-sanatorios, recommendadas por KELKACK e CHEMNITZ para as crianças que apresentam tuberculose-infecção e não tuberculose molestia: reactores á prova de von PIRQUET só,—e escolas ao sol como a que ROLLIER recentemente fundou em Leysin e que triumpha de todas as tuberculoses larvadas e occultas. Os sanatorios de altitude, como o de Leysin, proporcionam lisongeiros resultados nas crianças com tuberculose confirmada, com processo pulmonar ulceroso. Para os lactantes COMBE aconselha a fundação de *asylos de lactantes*, como os possuem tantas cidades allemães, e onde se colloquem os lactantes filhos de casaes tuberculosos.

Para a assistencia do lactante já tuberculoso COMBE propõe a adopção das tres medidas seguintes:

1.º Tornar o organismo da criança tão resistente quanto possivel;

2.º Estimular as defezas geraes do organismo contra o bacillo e suas toxinas;

3.º Provocar e promover as defezas locaes nos orgãos já atacados.

As prescripções de hygiene infantil, a climatotherapia em clima sub-alpino, e não em altitude muito elevada em razão da insufficiencia do poder de reacção nessa idade, a dietotherapia, o banho de raios actinicos e em certas condições o ar marinho, preenchem com vantagem as duas primeiras indicações. Para

satisfazer a terceira, COMBE aconselha a tuberculinotherapia, de que adiante trataremos.

LUIGI CONCETTI, o afamado professor de clinica infantil de Roma, preconisa, para as crianças tuberculosas, principalmente dispensarios e sanatorios nomeadamente os ambulatorios dotados de jardins e parques onde as crianças permanecerão de manhã á tarde, fazendo cura externa e exercicios physicos methodicos, gymnastica de aguerrimento. Os ambulatorios recommendam-se sobretudo para as familias operarias, que se recuzam a collocar nos hospitaes seus filhos pequenos, e são ainda recommendaveis do ponto de vista economico, podendo-se com modicos dispendios acudir ao tratamento de numerosas crianças.

LUIZ MORQUIO, operoso e eximio professor de Montevideo, que elaborou um magnifico relatorio sobre tuberculose infantil, presente ao 4.º Congresso medico latino-americano (1909-Rio), neste documento e em instructiva communicação á Sociedade de Pediatria de Montevideo, sessão de 22 de Dezembro de 1916—falla da acção efficaz dos tratamentos hygienicos e climaticos, donde a necessidade de diffundir os sanatorios e estancias sanitarias nas montanhas, no campo e á beira-mar, podendo estes ultimos ser constituidos por simples pavilhões ou barracas Doecker, onde obterão serias e decisivas vantagens as crianças victimas das tuberculoses locaes, externas.

JULIO BAUZA, o conhecido pediatra de Montevideo, é partisario dos dispensarios antituberculosos e dos asylos de lactantes preconisados por NOBECOURT, SCHREIBER E COMBE.

O professor MAMERTO ACUNA, em seu mirifico relatorio apresentado ao 1.º Congresso Nacional de Medicina, reunido em Buenos-Aires em Setembro de 1916, e versando sobre *tuberculose infantil*, aconselha como armamento adequado á assistencia hygienica e tratamento prophylactico das crianças pretuberculosas as colonias agricolas, colonias para crianças debeis, asilos maritimos, asilos de montanha e asilos de campo (sanatorios de preservação de GRANCHER), os sanatorios e asilos a beira-mar, na planicie e na montanha, para os que apresentam manifestações clinicas da molestia sem perigo de

contagio (tuberculoses fechadas), e para as crianças affectadas de tuberculose contagiosa a assistencia em hospitaes especialmente dispostos e apparelhados. O estimado pediatra argentino propoz mesmo a proposito o voto para que se fundem hospitaes destinados especialmente á assistencia das crianças tuberculosas (tuberculose aberta), sanatorios ou asilos em locaes adequados para o tratamento das tuberculoses fechadas, tuberculoses larvadas, etc., se creem estabelecimentos especiaes no mar, no campo e na montanha para a estadia e a assistencia das crianças tuberculosas (tuberculose aberta), sanatorios ou asilos em locaes adequados para o tratamento das tuberculoses fechadas, tuberculoses larvadas, etc., se creem estabelecimentos especiaes no mar, no campo e na montanha para a estadia e a assistencia das crianças debeis, predispostas, pretuberculosas, com cuti-reacção positiva, e se prestegie a adopção de medidas prophylacticas em pról do recemnascido e do lactante amamentados por mães tisicas. É urgente, diz ainda o mesmo professor, a creação de estabelecimentos especiaes (hospitaes, asilos, colonias-sanatorios), onde sejam alojadas e assistidas as numerosas crianças tuberculosas, que hoje infectam as salas dos hospitaes geraes e constituem um verdadeiro perigo na intimidade do lar.

Dr. Emilio Coni, o consumado hygienista e dedicado e activo puericultor e philantropo, cujo nome brilha em todas as paginas do livro dos progressos sanitarios e sociaes da republica Argentina, já desde 1907, reclamava a installação na capital platina de um sanatorio popular para crianças atacadas de tuberculose pulmonar.

Indubitavelmente, como nos adultos, é a assistencia hygieno-dietetica, é a utilisação da physiotherapia e do regimen alimentar adequado a arma de maior efficiencia na tuberculose infantil.

Os sanatorios de altitude, os sanatorios no campo e á baeiramar, os dispensarios de assistencia medico-social, e os preventorios ou escolas-hospitaes, em que se associe aos varios factores physiotherapicos a dietotherapia constituem os grandes e valentes utensilios do arsenal antituberculoso nas crianças.

Passaremos pois a enumerar concisamente esses estabelecimentos, institutos e obras que de longa data vem demonstrando e provando suas vantagens na assistencia á criança tuberculosa, principalmente nas formas extra-pulmonares, na bacilose cirurgica, gangliar, nas modalidades larvadas, latentes, que muitas vezes só a prova de von PIRQUET e a exploração radioscopica revelam. As crianças de 5-6 annos em diante são as que predominantemente se affectam destas localizações do mal.

Terminaremos a nossa dissertação consagrando poucas palavras ao tratamento biologico e medicamentoso, que occupam lugar secundario no plano de campanha.

SANATORIOS E HOSPITAES MARITIMOS

A JOHN LETTSOM e LATHAM cabe o merito de haverem fundado o primeiro sanatorio maritimo—o Hospital de Margate « Royal sea—bathing infirmary for scrofula », de maneira que a Inglaterra reivindica a gloria da prioridade na criação dos hospitaes ou sanatorios á beira-mar.

O Hospital de Margate, hoje muito ampliado, está situado junto á foz do Tamisa, podendo receber at 229 crianças enfermas. Hoje conta a Grã-Bretanha 9 hospitaes ou sanatorios maritimos, sendo avultado o numero de crianças e adolescentes que se utilizam destes proveitosos instrumentos de assistencia e prophylaxia.

A França abriu seu primeiro estabelecimento á beira-mar em Cette em 1847, o qual destinado primitivamente a proporcionar durante o verão banhos ás crianças, filhas de protestantes pobres da região, mantem-se até a data actual sob o nome de « Casa Kruger ». A HERARD, BERGERON e principalmente ao DR. PERROCHAUD, clinico em Berck-sur-mer e enthusiasta ardoroso da cura marinha, cujos bons effeitos conhecia e apreciava por seu longo tirocinio pratico nessa localidade, prende-se o inicio do movimento a favor dos sanatorios maritimos. Os esforços tenazes e a propaganda habil e convincente destes illustres representantes da medicina franceza decidiram a Assistencia Publica de Paris a pôr em pratica de uma maneira

methodica e tratamento pelo ar e pela balneação meritimos, e em 1861 foi fundado em França o segundo hospital maritimo com capacidade para 200 doentinhos, sendo em 1869 inaugurado o grande hospital de Berck-sur-Mer.

Em 1870 o Barao James de Rotischild installou um terceiro hospital em Berck, destinando-o ao tratamento medico-cirurgico dos meninos lymphaticos, rachiticos e affectados de tuberculose ossea ou gangliar, podendo o estabelecimento abrigar 200 enfermositos. Existe ainda em Berck o hospital Cazin Perrochaud fundado pelas religiosas franciscanas.

Em 1882 foi installado em Cannes, a bella cidade do Mediterraneo, pelo philantro po Jean Dollfus o Asilo Dollfus, que hospitaliza crianças escrofulosas ou rachiticas—meninos de 3-13 annos e meninas de 3-15 este hospital que pertence á Commissão de Genebra, sob a denominação de Hospital Maritimo da Infancia, conta 50 leitos.

Em 1887 o professor Armaingnaud, de Bordeaux, fundador da Liga Franceza contra a tuberculose, abriu o sanatorio maritimo de Arcachon, um dos mais reputados da França. sito a uma hora de trem da cidade de Bordeaux; póde acolher 300 crianças. Este sanatorio recebe meninos de 2-15 annos e meninas de 2-16 annos, funccionando o anno inteiro sob a proficiente direcção do Dr. Armaingnaud, valente e incançavel pioneiro da campanha em prol da multiplicação dos sanatorios maritimos.

Tambem ahi funcciona um pavilhão de criança de 18 mezes, permittindo tratar o rechitismo desde os seus primordios. Armainganud recebe lymphaticos, adenopathicos, escrofulosos, rachiticos e affectados de tuberculose ossea, excluindo os tuberculosos pulmonares, mas o Dr. Barbier, o conhecido pediatra francez, é de opinião que estes tambem são tributarios do tratamento pelo ar marinho de Arcachon.

Em 1887 foi tambem installado em Pen Bron, em ffrente á cidade de Croisic, um outro sanatorio maritimo, que hoje póde abrigar cerca de 340 crianças, funccionando durante todo o anno. Foi Pallu o fundador deste hospital e a elle, com a fecunda cooperação de Henri Monod, ex-director da Assistencia Publica de Paris, e de Bergeron, secretario perpetuo da

Academia de Medicina, cabe ainda o merito da organisação da « Obra dos sanatorios maritimos para crianças », que fundada em 1889 foi em 1890 reconhecida de utilidade publica. Essa obra tem, desde 1891, a seu cargo o sanatorio de Banyul-sur-Mer (Pyrinêos Orientaes) com 198 leitos e o de Saint-Trojan na ilha de Oleron (Charente Inférieure) aberto em 1896 e podendo hospitalizat 127 doentinhos. Destinam-se os dous estabelecimentos á assistencia prophylactica das crianças debeis, lymphaticas e anemicas e ao tratamento dos infantes escrofulosos de ambos os sexos, de 4-14 annos.

Em 1888 foi fundado, perto de Dunkerque o sanatorio de Saint-Pol-sur-Mer, tendo sido sua installação devida á generosidade de Vacauwenbergue, maire de Saint-Pol e ao concurso de M. ALPHONSE BRAY; póde comportar 400 doentinhos.

O Hospital Maritimo de Zuydcoote, situado entre Dunkerque e a fronteira bèlga, comprehende 12 pavilhões, com 20 leitos cada um.

O Hospital maritimo de Renée Sabran em Hyéres-Giens foi aberto em 1891, graças á generosidade de HERMANN SABRAN, de Lyon; póde abrigar 150 crianças meninos e meninas de 4-12 annos. No mesmo anno foi inaugurado o sanatorio maritimo de Roscoff (Finisterra), de cuja fundação cabe o merito á marqueza Kergarion; dispõe de 80 lugares. A humanitaria « Obra de Villepinte » fundou em 1895, em um risonho valle do territorio d'Hyéres, o sanatorio ALICE-FAGNIEZ, que comporta 34 leitos e recebe doentinhos de tuberculose gangliar e ossea e mais os de tuberculose pulmonar incipiente, de bacillose fechada.

A Assistencia Publica de Paris fez construir, além do Hospital de Berck, o de Hendaye em 1889, na formosa praia de Hendaye, junto á fronteira hespanhola. Protegido contra os ventos de terra por uma vesta cinta de montanhas, consta de 12 pavilhões, dos ques 8 se destinam a alojar os doentinhos: 400 meninos e 400 meninas de 5-15 annos; em um pavilhão especial aloja enfermositos de 2-4 annos. Recebe crianças anemicas, lymphaticas, affectadas de tuberculose gangliar e pulmonar na sua phase inicial. A media da permanencia dos doentinhos é de 4-6 mezes, podendo, porém, este prazo ser dilatado

a juizo do medico-director. O clima maritimo de Hendaye é doce e sedativo, sendo ahi predominante o vento sul, de sorte que a temperatura não é ahi muito baixa o ar é menos excitante que o de Berck e o de Saint-Polsur-Mer. Os resultados tem sido animadores e BARBIER e LALESQUE, cujos nomes fazem autoridade em materia de thalasso-therapia, affirmam que as praias de Hendaye, como as de Arcachon, Hyéres e Cannes, prestam-se perfeitamente á cura marinha dos enfermositos de tuberculose pulmonar.

A Belgica possue 2 sanatorios maritomos—o de Midlekerque e o de Wenduyne, projectando a Liga Belga contra a tuberculose fundar maior numero de estabelecimentos deste genero em ordem a completar seu já opulento armamento antituberculoso.

A Hollanda conta já 4 hospitaes maritimos o de Kykduin nas cercanias da cidade de Haya, com 24 leitos, o de Scheweningen com 100 leitos, o de Wykaan-Zee, que póde abrigar 40 enfermositos e o de Zandvoort, que recebe tambem adultos.

Dispõe a Allemanha de 6 estabelecimentos para a therapeutica marinha—2 no mar Baltico—o de Zoppot perto de Dantzig—e o Hospicio Friedrich-Franz em Grossmuritz—,2 no mar do Norte—o Hospicio Maritimo de Wyk na ilha de Fohe e o grande sanatorio Kaiserin Friedrich em Norderney, o unico que permanece aberto todo o anno, o de Emden Stiftung em Cuxhaven e o Nord heim Stftung no mesmo local.

A Austria possue 3 sanatorios maritimos installados no littoral do Mar Adriatico—os de Trieste, Grado e San Pelagio, este ultimo com 200 leitos.

Na Italia remonta a 1861 a installação do primeiro hospital maritimo, que foi, a esforços de GIUSEPPE BARREAI, aberto em Viareggio, no golpho de Spezia. Bem depressa surgiram outros estabelecimentos analogos, destinados á infancia tuberculosa—o de Voltri, o de Sestri, o de Porto Santo Stefano no Mediterraneo e os de Fano, de Rimini e sobretudo o de Lido, suburbio de Veneza, excellente instituto admiravelmente situado e perfeitamente installado.

A Dinamarca conta o de Refsnaes na ilha de Seeland, que fucciona desde 1875 e dispõe de 150 leitos, o de Snogebach,

sobre a margem oriental da ilha de Bornholm, para 80 crianças, pertencente á communa de Copenhague, o de Helle back, no Sund, fundado pela Associação para a construcção de sanatorios maritimos para crianças, e que interna cerca de 200 meninos debeis ou tuberculosos, o de Oddder, na Jutlandia, com 20 leitos pa ganglio-tuberculose e lesões escrofulosas da pelle e das mucosas, menos a tuberculose pulmonar, e finalmente o excellente sanatorio maritimo de Junelsminde, installado em 1902 na Jutlandia, comportando 80 leitos e aberto todo o anno. Em 1904 os resultados favoraveis ahi colhidos foram de 96,5 %.

Só tem a Noruega 2 sanatorios maritimos—o de Friedriksvaem, aberto em 1902 para 100 leitos e o de Hagevik pa 51 meninos—92,3 % de curas e melhoras radicaes ahi alcançadas.

Conta a Suecia 3 sanatorios maritimos—o da Princeza Real Victoria, installado em 1903 e que póde accomodar 150 enfermositos, o de Styrso, perto da cidade de Gottemburg, inaugurado em 1890, comportando 50 leitos para crianças escrofulosas e tuberculosas, sendo que 95 % dos doentinhos tem sido curados ou radicalmente melhorados, e o de Halsan, situado na parochia de Bygdea da provincia de Vasterbotten, para crianças escrofulosas.

Na Suissa « Sociedade Genebrense dos banhos de mar » fundada)em 1882, tem a propriedade exclusiva, desde 1889, do Asilo Jean Dollfus, situado em Cannes, e que acólhe as crianças escrofulo-tuberculosas, affectadas de tuberculose gangliar e ganglio-pulmonar. Os dados estatisticos colhidos pelo eminente professor d'Espine, que foi medico-chefe do estabelecimento, demonstram que o coefficiente de curas monta a 52,41 % e o de melhoras e curas a 95 % nos enfermositos escrofulo-tuberculosos, e nos tuberculosos gangliares a porcentagem de curas é de 46,20 % e das melhoras radicaes de 45,37 %; a permanencia das crianças é de 4 mezes e meio a 9 mezes. Convêm ainda citar o sanatorio maritiomo de Rheinfelden com 24 leitos.

A Russia dispõe do Hospicio de Windawa, construido em 1900, por uma Associação privada, nas margens do Mar Baltico, contendo 60 leitos, e o de Slupka, na Criméa, installado pela « Sociedade para fundação de sanatorios maritimos para

crianças, organisada pelo professor BOBROFF, de Moscou e inaugurado em 1902, com 70 leitos, dos quaes 11 gratuitos; destinam-se a crianças dos 2 sexos—de 4-14 annos de idade, que soffrerem de tuberculose gangliar e ossea.

A Hespanha só possue o sanatorio maritimo de Santa Clara na provincia de Cadiz, comportando só 14 leitos.

Em Portugal a Assistencia Nacional aos tuberculosos installou os sanatorios maritimos de Outão no castello de Outão, a 7 kilometros da cidade de Setubal, inaugurado a 6 de Junho de 1900 com 120 leitos para meninas lymphaticas e escrofulosas, e o de Carcavellos, a pequena distancia da embocadura do Tejo, destinado ao sexo masculino e dispondo de 102 leitos. Está em via de construcção o sanatorio maritimo de Gelfa, proximo a Caminha, ao norte de Portugal, para 60 leitos.

Os Estados Unidos possuem o Hospital maritimo de West Colney Island, consagrado a doentinhos de tuberculose extra-pulmonar e o Hospital Maritimo de Atlantic City para crianças de tuberculose ossea ou ganglionar, faltando por completo estabelecimentos para crianças affectadas de tuberculose pulmonar.

Na America do Sul a Republica Argentin conta apenas o sanatorio maritimo de Mar del Plata, situado no Oceano Atlantico, a 500 metros do littoral. Installado em 1893 pela Sociedade de Beneficencia de Buenos Aires para crianças affectadas de tuberculose cirurgica, escrofulosas e debeis, abriga 170 crianças. Os pensionistas são selecionados no Hospital de crianças, no Asilo de Expostos e nos Orphanatos. As estações preferidas são o inverno e o outomno, sendo a permanencia em geral de 6-8 mezes. A assistencia é feita por meio da balneotherapia maritima, combinada com a cura marinha, gymnstica, dietetica e alguns medicamentos e com a cura heliotherapica para o que foi recentemente construido um amplo *solarium*,

No Uruguay, cujo arsenal antituberculoso se caracterisa pela riqueza e variedade de utensilios e de armas de grande valor, achando-se esse operoso, clarividente e progressista paiz dotado de poderosas e efficientes linhas de defeza contra o tremendo flagello, a iniciativa opportuna e generosa de tres jovens medicos erigiu desde 1912 nas cercanias de Montevideo, sobre

o littoral meridional, o sanatorio maritimo de Malvin, perfeitamente installado e apparelhado para a cura marinha das crianças escrofulosas, affectadas de tuberculose ossea e articular e debeis.

O Brasil com seu littoral extensissimo não dispõe entretanto ainda de um unico sanatorio maritimo para a assistencia da infancia, tão assolada pela tuberculose em suas modalidades adenopathicas e larvadas.

Apezar de havermos desde 1906 insistido sobre a necessidade de se criar esta peça importantissima do arsenal antituberculoso, que no dizer do insigne professor de pediatria de Genebra, Dr. D'ESPINE, impõe-se como o instrumento prophylactico e curativo por excellencia da tuberculose infantil e factor preventivo mais efficiente da tisica no adulto, as mais das vezes filia da infecção tuberculosa da primeira idade, até hoje nada se fez neste particular e nenhum estabelecimento contamos para a cura marinha, o que é devéras deploravel.

A « Obra de Preservação dos filhos dos tuberculosos pobres », annexa á Liga Paulista contra a tuberculose, projecta desde longos annos installar em Santos um sanatorio de preservação para os filhos dos tuberculosos pobres e já adquiriu mesmo terreno em uma das praias daquella cidade littoranea, mas escasseiam-lhe recursos para levar a termo tão nobre e generoso emprehendimento.

A « Liga Brasileira contra a tuberculose » no Rio de Janeiro tambem se esforça de 6 annos a esta parte por fundar um sanatorio maritimo na Praia Leblon, onde dispõe ella de uma ampla area de terreno.

Até a data actual, porém, estas boas vontades não se traduziram por actos, não passaram para o dominio da realidade.

SANATORIOS DE ALTITUDE

A importancia da cura de altitude, do clima de montanha, no tratamento da tuberculose inicial, das formas localizadas da tuberculose infantil, tem sido encarecida e prestigiada por diversos tisiologos EXCHAQUET, MAMERTO, ACUNA, CARRIÉER

etc. Por ora só a Suecia e a Suissa dispõem destes uteis estabelecimentos, que bem poderiam ser installados em todos os paizes onde não faltam localidades de altas cótas, planaltos de serrascongregando todos os requisitos proficuos para um efficaz tratamento de altitude—no Brazil Campos de Jordão, Itatiaya, Caldas—na Republica Argentina—Dolores, Chilecito, Uspallata, Tinogasta etc.

Dentre os sanatorios de altitude, que conta a Suissa, releva mencionar o de Leysin—sanatorio infantil, dirigido proficientemente pelo Dr. EXCHAQUET, o de Langenbruck no cantão de Basiléa com capacidade para 84 doentinhos, o de Aegeri, no cantão de Zug, a 850 metros de altitude e dispondo de 43 leitos, o de Schwahrig, no cantão de Appenzell a 1151 metros de altitude.

Em Aegeri existe tambem um sanatorio-escola, estabelecimento da propriedade do Dr. WEBER.

Ha ainda em Leysin as clinicas Rollier, onde ao clima de montanha se associa a heliotherapia, insignemente manejada por esse competente especialista.

A Suecia possue o sanatorio de altitude Jamtland ao norte desse paiz e que é aproveitado pelas Associações de colonias de ferias de Stockholmo para a permanencia dos alumnos dos estabelecimentos escolares municipaes.

SANATORIOS DE CAMPO—CURAS RURAES

Os sanatorios campestres e florestaes, os estabelecimentos ruraes, pertencem á cathegoria dos institutos de tratamento, bem que não seja de todo apagado seu papel prophylactico.

Não são, porém, numerosos os estabelecimentos sanitarios destinados á assistencia hygieno-dietetica das crianças tuberculosas, o movimento antituberculoso em pról da infancia tenco-se orientado sobretudo pelo rumo da prophylaxia e da prevenção.

A França cabe o merito de haver desbravado o caminho neste particular e remonta a 1888 o primeiro sanatorio para crianças construido na Europa: foi o de Ormesson, nas cercanias

de Paris, fundado pela « Obra das crianças tuberculosas » (Oeuvre des Enfants tuberculeux).

Além do Hospital de Ormesson possúe mais a « Obra » o sanatorio de Villiers-sur-Marne, inaugurado a 20 de Novembro de 1891 e ultimamente ampliado, e o de Noisy-le-Grand, aberto em 1895 como colonia sanitaria e inaugurado definitivamente como sanatorios infantil em 1902. Estes estabelecimentos destinam-se ás crianças affectadas de tuberculose pulmonar e estão situados proximos uns dos outros, havendo a distancia de 5 kilometros de Ormesson a Noisy-le-Grand e de 3 de Noisy a Villiers-sur-Marne.

O sanatorio de Ormesson compõe-se de 5 grandes pavilhões de um só andar e é destinado a meninos de 3-9 annos, affectados de ganglio-tuberculose ou de tuberculose pulmonar; dispõe de 100 leitos e occupa a superficie de 1556 metros quadrados.

O de Villiers-sur-Marne, o mais central, que hospitaliza meninos de 10-14 annos, soffreu duas ampliações—a primeira em 1892 e a segunda em 1896, quando sob a presidencia de Felix Faure se inaugurou o bello pavilhão des « Enfants de France », erigido com o producto de uma subscripção publica aberta pelo jornal « Le Figaro »; neste pavilhão foi apparelhada uma grande galeria de repouso para a cura pelo ar dos pequenos tuberculosos.

O Hospital de Noisy-le-Grand, inaugurado em 1895, foi em 1902 reservado para meninos de 3-4 annos; é um pouco mais vasto que o de Ormesson e sua installação material como a dos outros sanatorios da « Obra » é perfeita, obedecendo aos mais exigentes principios da moderna sciencia sanitaria.

O mais confortavel, porém, diremos o mais luxuoso mesmo, é o de Villiers-sur-Marne.

Todos são dotados de parques profusamente plantados, constituindo reservas de terreno e reservatorios de ar.

O tratamento sanatorial é applicado em suas linhas geraes nestes estabelecimentos e os resultados medicos tem sempre oscillado entre 25 e 27 % de curas com uma mortalidade media, que não vai além de 10 %.

A duração media da estadia das crianças no sanatorios é de 4 mezes, o que permitte tratar um numero mais consideravel de doentinhos.

Esta excellente obra de assistencia ás crianças tuberculosas tem sua séde á rua Mirosmenil, onde todos os días uteis pódem ser apresentados os enfermositos para a inscripção, sendo esta seguida de um inquerito social feito no domicilio por uma inspectora, que investiga as condições de hygiene da residencia do doentinho, o genero de vida e situação material da familia, seus antecedentes pathologicos, confeccionando relatorios, que esclarecem de modo apreciavel a observação medica do ponto de vista da evolução da tuberculose nos meios operarios. Estas inspecções domiciliarias possibilitam conhecer os menimos mais dignos de interesse pelas más condições materiaes e hygienicas.

A « Obra das crianças tuberculosas » tem recebido por varias vezes subvenções avultadas e em seu favor foram já votadas uma loteria de 1.000.000 de francos e 2 de 4.000.000 de francos.

AS CURAS RURAES

De Champrosay fundadas em 1904 pela benemerita « Obra de Villpinte » visam principalmente um objectivo prophylactico, proporcionando sob a ambiencia livre e tonica do campo, o repouso e o tratamento hygienico as meninas e mocinhas anemicas, fracas e depauperadas pelos trabalhos e pela permanencia em habitações apinhadas e nas officinas insalubres da cidade de Paris. O pavilhão das curas ruraes está situado no mesmo parque, em que o sanatorio Minoret, tambem apparelhado para a assistencia hygienica ás crianças e mocinhas fatigadas, anemicas, lymphaticas.

O edificio das curas ruraes de Champrosay comporta 90 leitos. A cura de ar, que é ahi offerecida ás crianças, associa-se ainda a acção benefica de um regimen alimentar restaurador e do exercicio physico no campo.

O estabelecimento Minoret fica em um vasto e aprazivel parque, contiguo á floresta de Sénart, a alguns minutos da

estação de Ris-Orangis, não longe de Paris. Funcciona durante todo o anno, dispondo de 100 leitos; kiosques abertos esparsos na ampla floresta, abrigam, em tres turmas distinctas as crianças, as meninas maiores e as mocinhas, que assim pódem quando o tempo é desfavoravel, respirar o ar livre e entrègar-se a exercicios sãos, reanimando-se e revigorando-se promptamente nesta atmosphera salutar, ao passo que no interior do sanatorio largas varandas abertas sobre os jardins e providas de cadeiras de repouso permittem longas horas de tratamentos e a cura pelo ar para as que não pódem sahir durante os mezes de inverno, em que se torna impossivel o passeio no parque e na floresta.

O preço da pensão é de 2 francos por dia para as crianças de menos de 12 annos e de 2 francos, 2 1/2 para as mocinhas.

A Suissa offerece como local de cura da criança tuberculosa o sanatorio de campo de Heiligenschwendi, aberto em 1903 e comportando 42 leitos; dirige-o o dr. Kaser.

Na Allemanha o primeiro sanatorio de campo para crianças tuberculosas foi fundado pela «Associação de sanatorios de Berlim-Brandenburgo.

Consta de um pavilhão de um só pvimento annexo ao sanatorio de adultos construido em Belzig, a cerca de 75 kilometros da capital allemã (1 hora e 20 minutos de trem de ferro, desde a estação de Friedrichstrasse até Belzig e 20 minutos de deligencia desta localidade ao sanatorio). Este pavilhão para crianças tuberculosas é relativamente novo pois foi inaugurado em 1903 e tem accomodações para 30 crianças. É claro, arejado, confortavel, possuindo sala de recreio e de brinquedos, refeitorio perfeitamente disposto e grandes dormitorios bem ventilados com 15 leitos cada um e lavabos de muitos recipientes um para cada criança, em peça a parte; ha ainda galerias de repouso em que os doentinhos fazen a cura de ar. O piso é de cimento revestido de linoleum e as paredes pintadas a oleo.

O segundo estabelecimento sanatorial para crianças escrofulosas e tuberculosas foi construido pela «Associação dos Sanatorios Populares da Cruz Vermelha» en Hohenlychen, junto ao lago Zens, datando sua inauguração do verão de 1904.

Este sanatorio occupa uma area de 1558 hectares de terreno, em grande parte florestas de pinheiros; póde dar abrigo a 60 enfermositos—meninos e meninas. Consta de um corpo principal, casa das machinas e lavanderia a vapor, desinfectorio, dormitorios para meninos e meninas com lavabos individuaes, casa do medico, capella e galerias de cura pelo ar. O edificio central contem a cosinha e o refeitorio. A parte onde estão dispostos os dormitorios comporta egualmente alguns pequenos quartos de dormir, salas de recreio, galerias de repouso, waterclosets e um compartimento para deposito de sapatos (brosserie dos estabelecimentos francezes); a secção onde se acham installadas as machinas e a lavanderia contem no subsolo as salas de banho e de duchas, no rez do chão a sala dos exames clinicos e no pavimento superior as accommodações para o pessoal de serviço do sanatorio.

As galerias de repouso acham-se dispostas em pavilhões octogenaes. Algumas barracas Decker, na proximidade do sanatorio, servem para abrigar os escolares enviados pela « Associação Berlinense de colonias de ferias ».

Na Argentina, a Sociedade de Beneficencia, que de longa data vem prestando a esse paiz serviços de inestimavel preço, installando, apparelhando e dirigindo estabelecimentos e institutos de assistencia publica e de amparo e protecção á infancia, fundou em 1916 o *hospital sanatorio* Dr. VICENTE LOPEZ y PLANES para crianças e mulheres affectadas de tuberculose pulmonar, localizando-o na estação General Rodríguez, não muito longe da capital.

Estancias de cura de ar florestaes para crianças (Walderholungstaten fur Krankekinder).

Ao s Drs. WOLF BECHER e RODOLPHO LENNHOFF deve-se a feliz ideia da creação das estancia de *cura de ar* ou *sitios de restabelecimento nas florestas*, sanatorios diurnos na pharas de BECHER.

Os bons resultados obtidos nos estabelecimentos deste genero fundados para adultos pela secção de estancias de cura de ar da « Associação de Sanatorios Populares da Cruz Vermelha » levaram o Dr. WOLF BECHER a installar um para o tratamento das crianças, tendo sido em Maio de 1902 inaugurada a primei-

ra estancia de cura de ar para crianças em Schonholtz, nas cercanias de Berlim.

Situada em meio de uma bella floresta de pinheiros que occupa mais ou menos 3/4 de hectares, a estancia de restabelecimento de Schonholtz consta de uma barraca Docker com uma cosinha, dispensa, um escriptorio, um gabinete de consultas, e de uma galeria de repouso, nas proximidades, para os doentinhos fazerem ahi a sua cura pelo ar. As crianças tuberculosas ou pretuberculosas, desde 6 annos, são ahi admittidas mediante a modica pensão de 30 pfennigs por dia, vindo todos os dias pela manhã e regressando á tarde. Os enfermositos fazem nesse sanatorio diurno 5 refeições diarias, constando de pão, leite, batatas, e legumes; só na refeição do meio dia é que se lhes fornece um prato com 80 grammas de carne. Um medico competente exerce sobre as crianças salutar vigilancia, permittindo ás menos doentes exercicios gymnasticos, trabalhos leves no jardim e brinquedos e jogos adequados; depois do almoço dormem durante 1 hora e 1/2.

Em 1912 a estancia de restabelecimento de Schonholtz recebeu 763 crianças das quaes muitas augmentaram de peso e melhoraram sensivelmente. Os resultados favoraveis ahi colhidos levaram ó Associação da Cruz Vermelha a abrir outra em 1903—a de Sadowa—e após a terceira em Charlottenburgo. Todas ellas ficam proximas Berlim e funccionam de Maio a Setembro, fechando-se durante o inverno.

Trata-se, como se vê, de uma efficiente instituição de assistencia hygienica, de medicação hygiotchnica, de installação e custeio baratos e que póde ser facilmente adoptada entre nós, como aliás já o fez a Liga Uruguaya contra a tuberculose, desde 1912. Na falta de sanatorios para crianças estes estabelecimentos simples e modestos prestariam relevantes serviços á infancia tuberculosa ou pretuberculosa, havendo ainda a vantagem de poderem elles na America do Sul ser utilizadas durante todo o anno.

Nas cercanias de Buenos Aires, do Rio, de São Paulo, junto a uma floresta pouco densa, á pequena distancia de uma via ferrea, a installação de uma estancia de cura de ar para cri-

anças custaria muito pouco, e mediante uma modica diaria para os meninos que dispuzessem de alguns recursos ou gratuitamente para os enfermositos indigentes, seria exequivel a manutenção do pequeno sanatorio diurno, subvencionando a municipalidade ou os poderes publicos estaduaes tão proficua obra sanitaria para o fim de habilital-a a acudir á infancia necessitada, fornecendo-lhe um local de repouso e de tratamento hygienico pela cura de ar e um regimen alimentar substancial e reparador.

É superfluo insistirmos sobre e necessidade, a conveniencia indiscutivel de combinar com a acção dos elementos da cura sanatorial principalmente á beira-mar e na montanha os effeitos da heliotherapia, da cura pelo sol, que, como vimos atraz, é preconizada e calorosamente aconselhada por numerosos tisiotherapeutas e pediatras. A assistencia hygieno-dietetica recebe por esta forma uma collaboração poderosa, um concurso valiosissimo, trazendo melhoras radicaes e promovendo a cura cabal em varios doentinhos, sobretudo na tuberculose gangliar e ossea.

No Dispensario « Clemente Ferreira » desde 1912 vimos utilizando nas formas gangliares, nas adenopathias tracheo-bronchicas tuberculosas e mesmo nas localizações hilares da tuberculose pulmonar, em meninos, o recurso efficaz da heliotherapia, que, de combinação com as applicações radiotherapicas nos dias sem sol, tem-nos proporcionado resultados palpaveis, demonstrados pelo exame radioscopico e mesmo pela exploração clinica, quando esta era positiva, ao iniciar-se o tratamento.

b) Assistencia pelo tratamento medicamentoso e pela therapeutica biologica.

Além dos até agora por nós mencionados e descriptos recursos da physiotherapia e da assistencia hygienica aos pequenos tuberculosos, muitos pediatras e tisiotherapeutas louvam a utilidade e efficacia coadjuvante de certas medicações e nomeadamente do tratamento biologico, da toxinotherapia.

Assim Comby aconselha a recalcificação de Ferrier, Barbier, Salvatore, Moggiore etc. os arsenicaes, os iodicos, o

oleo de figado de bacalhau, o thiocol. As preparações iodotanicas, o iodureto de arsenico tão preconizado por SAINT PHILIPPE, pódem ás vezes proporcionar apreciaveis vantagens; em um caso da nossa observação, referente a um lactante de menos de um anno assistido no consultorio de lactantes do Serviço Sanitarko, o iodureto de arsenico mostrou-se um valioso auxiliar do tratamento, datando do seu emprego o inicio das melhoras do doentinho em quem, além, dos signaes clinicos, a exploração radioscopica e a radiographia haviam demonstrado a existencia de lesões tuberculosas nas regiões hilares e no apice do pulmão direito. Nas tuberculoses ganglia-res os preparados iodados e iodo-tannicos são indicados. Como se vê é escassa e pobre a therapeutica pharmacologica.

HOLLOS, HAMBURGER, VON PIRQUET, KNOLL, NIETNER, PAUL ROMER, FUCHS, ESCHERICH, PETRUSCHKY, CLIVE RIVIERE, SALVATORE MAGGIORE, HITCE, IRIBARNE, MORQUIO, WARNER e sobretudo COMBE e JEANNERET louvam-se das vantagens da tuberculino-therapia, que estes ultimos autores manejam mesmo nos tuberculosos ainda lactantes.

A toxino-therapia, diz COMBE, aproveita enormemente no lactante, sendo tributarias deste tratamento as crianças affectadas de uma tuberculose ainda fechada ou em todo o caso limitada, as que não produzem senão uma quantidade insufficiente de anticorpos antituberculinicos, como se vê na tuberculose gangliar tracheo-bronchica aquellas cujo organismo não está ainda adaptado á formação de anticorpos, como é o caso nos lactantes.

JEANNERET dá preferencia á antiga tuberculina, na qual deposita elle inteira confiança, pois é a que tem feito suas provas possuindo no seu activo uma longa a larga utilização. Nosso methodo de tratamento, diz o eminente pediatra de LAUSANNE, tende a determinar uma dose inicial, não perigosa, que suscite no organismo uma reacção de defesa. Emquanto o organismo responder a tal dose pela mesma reacção não ha indicação para se injectar dose mais forte, ao contrario teremos simplesmente que repetir a mesma dose emquanto o organismo não se habituar a ella. Desde que o organismo parece acos-tumar-se á nossa dose inicial, o que é indicado pela diminuição

da intensidade da intradermoreacção, estamos no direito de lançar mão de uma dose um pouco mais elevada, que repetiremos do mesmo modo até que ella tenha creado por seu turno o habito (MANTOUX im unidade, de COMBE); passaremos então a uma dose superior e assim por deante.

Se o organismo se acostuma facilmente é este um indicio favoravel; se o MANTOUX se extingue é um bom signal em si mesmo, é porem apenas um phenomeno secundario, não é o objectivo da nossa therapeutica.

JEANNERET conduz assim o tratamento:

1.º Determinação da primeira dose e inoculação intradermica da referida dose.

2.º Mensuração do MANTOUX 48 horas depois; se a reacção fôr minima—5 a 8 millimetros—adoptamos esta dose therapeutica.

3.º 3 a 4 dias mais tarde injecção desta mesma dose.

4.º 48 horas mais tarde injecção desta mesma dose.

5.º Se o MANTOUX é o mesmo, injecção da mesma dose, se é menor injecção da dose seguinte.

E assim por diante.

Se ha prenuncios da hypersensibilização especifica—MANTOUX anaphylaxia—, se se trata de um doentinho de farta aptidão anaphylactisante, começa JEANNERET por $0^{c}1^{c}$ da solução da tuberculina antiga de KOCH a 1/100.000. Se a mácula-papula medir, ao cabo de 48 horas, menos de 8 millimetros, parte elle desta dose para o tratamento repetindo a injecção 4 a 5 dias mais tarde. Se a reacção é a mesma, repete elle a dose todos os 3 ou 4 dias até que o MANTOUX diminúa, passando então para a dose de 0,000.002. Se a 2.ª intradermoreacção fôr mais pronunciada escolhe uma dose mais fraca ou espaça mais as injecções.

PRINCIPIO GERAL: Se intradermoreacção diminúe, augmentam-se as doses, se o MANTOUX augmenta diminuem-se as doses ou espaçam-se as injecções. Cada injecção fornece a indicação preciza para a seguinte.

JEANNERET nunca ultrapassa a dose de 0,1 de c.c.

A duração do tratamento será ditada consoante o estado clinico do enfermosito. Quando o exame clinico demonstra

que o doente está curado, JEANNERET continúa durante alguns mezes prophylacticamente a injectar a dose inicial.

A anaphylaxia intensa é sempre um signal que a tuberculina é nociva ao organismo e coincide sempre com uma aggravação real.

Convêm como elemento de *controle* do tratamento tomar a curva thermica, explorando a temperatura de manhã e á tarde, e a dos pesos, que serão tomados uma vez por mez.

Nos casos de tuberculose pulmonar JEANNERET aconselha que se comece systhematicamente por doses infinitesimaes, pois taes doentinhos são, por via de regra, hypersensiveis. Não deveremos hesitar, em caso de necessidade, em descer a doses homeopathicas, como recommenda ESCHERICH.

Em caso algum dever-se-á dirigir o tratamento segundo um schema. Cumpre determinar exactamente a sensibilidade *especifica* de cada pacientinho antes de iniciar o tratamento. A *pirquetizaçao* tambem póde ser utilizada como via de introducção da tuberculina; é um processo simples e no campo é de facil e expedita pratica, pois não exige mais que uma lanceta. A utilização intracutanea da tuberculina foi modernamente recommendada por PETRUSCHKY, de Dantzig, e nós a ella hemos recorrido em varios meninos e meninas, filhos dos tuberculosos assistidos no dispensario « Clemente Ferreira », já affectados de tuberculose gangliar ou de formas hilares da tuberculose pulmonar; em alguns casos exhibiram-se melhoras sensiveis.

Entretanto, quer COMBE, quer JEANNERET, preconizam a intradermo-tuberculinização, que, no dizer do segundo dos autores acima, representa na criança o tratamento ideal da tuberculose em todas as suas fórmas, por sua *inocuidade* e *actividade*. Constitue uma das nossas melhores armas contra a tuberculose infantil.

CONCLUSÕES

I

A frequencia da tuberculose na infancia e nomeadamente seu coefficiente de lethalidade na primeira idade, apropiadas

sobre um farto lastro de estatisticas—necropsicas e clinicas—que a elevada porcentagem das reacções biologicas reforça, tornam imperativamente necessaria a defeza hygienica, a protecção prophylactica, e a assistencia racional nessa phase momentosa da vida.

II

Documentos de vario genero, adduzidos por uma pleiade esforçada e vigorosa de tisiologos, pediatras, investigadores e scientistas, em differentes paizes e em diversos tempos, tem posto fóra de litigio a um tempo a raridade da tuberculose congenital, a escassez da infecção transplacentaria, do heredo-contagio, e a fundamentalidade, a predominancia incontrastavel da contaminação post-natal, sendo a grande fonte de contagio o doente tuberculoso, o parente tisico, reconhecido ou despercebido, com que, cohabita o infante. Dahi o accôrdo unanime sobre a urgencia e a efficiencia da preservação precoce, da salvaguarda immediata da progenie ameaçada pela infecção domestica, afastando-se do lar contaminado o infante ainda são ou o individuo que semeia o germen.

III

As Obras—typo GRANCHER—para as crianças da 2.ª infancia, os sanatorios de preservação para os meninos na idade escolar, ás quaes impõe-se o dever de associar, em feliz solidariedade, os asylos de lactantes, as instituições de abrigo hygienico para as crianças de peito, preconizadas por NOBECOURT, SCHREIBER e COMBE, constituirão a primeira e solida linha de defeza, subtrahindo opportunamente ao perigo da infecção domestica e aguerrindo em uma ambiencia salutar e sob a acção de modificadores hygienicos, os tenros organismos, vindos ao mundo mal armados, muitas vezes tarados pela heredo-dystrophia que lhes transmittem os genitores, deficientemente amparados e defendidos por um baixo poder de resistencia ás grandes infecções.

IV

A assistencia precoce, desde o berço, que já conta no seu activo numerosos factos e multiplas e significativas provas, merece occupar o primeiro posto na ordem das preoccupações e das operações sanitarias da hygiene defensiva social, da prophylaxia collectiva contra as devastações do flagello tuberculoso, e resultará inefficaz e falho todo oplano de campanha que não visar predominantemente esta face capital do empolgante problema.

V

De superior efficiencia do ponto de vista do exito dos esforços é a protecção preservadora das crianças debeis, subnormaes, predispostas, aspirantes á tuberculose, dos pequenitos affectados de tuberculose latente, de bacillose larvada, em que a physiotherapia e o regime hygieno-dietetico, utilizados em estabelecimentos e sitios adequados, propircionarão resultados admiraveis e realizarão triumphos indiscuti veis, sendo variados os utensilios, multiplos os instrumentos e apparelhos da medicação hygienica, da assistencia prophylactica, em taes casos.

VI

O arsenal da therapeutica prophylactica dispõe de armas valiosas, cuja acção por via de regra se funde no campo da prevenção e da assistencia curativa, surgindo muitas vezes indicações communs, formulas igualmente applicaveis á crianças predispostas e ás já enfermas.

As escolas para ciranças debeis ou escolas ao ar livre, as escolas florestaes do genero da de Charlottenburgo, as escolas ao sol de Rollier, em Leysin, os sanatorios de preservação á beira-mar, no campo ou na montanha, as colonias de férias em sitios de clima adequado, as curas ruraes, como as de Champrosay, em Paris, as colonias agricolas prophylacticas, os sanatorios diurno, os pavilhões nocturnos, representam outros tantos apparelhos de porfiada efficiencia na organização defensiva e de real influencia modificadora e transformadora das crianças enfraquecidas e ameaçadas.

VII

Á criança já tuberculosa deparam-se as escolas-hospitaes, como a de Boston, as escolas-sanatorios ou melhor sanatorios-escolas, as estancias de cura de ar florestaes de BECHER e LENNHOFF, os sanatorios fluctuantes, recommendados pelo eminente KNOPF, os hospitaes e sanatorios maritimos de efficacia comprovada nas tuberculoses gangliares e osseas, os sanatorios de campo e de altitude, os hospitaes especiaes para crianças bacillares, como os de Ormesson, Villiers-sur-Marne e Noisy le-Grand na França e o de VICENTE LOPEZ y Planes na Argentina, os pavilhões-sanatorios os sanatorios de fortuna nos hospitaes infantis das grandes cidades, como o do Hospital Hérold, em Paris, os dispensarios ou ambulatorios infantis dotados de jardins e parques para a cura pelo ar, preconizados pelo proficiente professor LUIGI CONCETTI, de Roma.

VIII

Embora em numero restricto de casos, não deveremos deixar de recorrer, em dadas condições, á therapeutica biologica á toxinotherapia, á chimio-therapia e mesmo ao tratemento medicamentosi o pharmacodynamico, que póde constituir não raro proficuo auxiliar da assistencia á criança tuberculosa.

IX

A tuberculinotherapia criteriosamente manejada cabe algumas vezes saliente papel no tratamento da tuberculose infantil, e sem partilhar dos exageros de PETRUSSCHKY, HAMBURGER, VON PIRQUET, PAUL ROMER, acreditamos que ha lugar para o emprego prudente da pratica na tuberculinica na criança tuberculosa.

X

SALVATORE MAGGIORE, JUAN HITCE, MAMERTO ACUNA, VELASCO BLANCO, ARAOZ ALFARO E IRIBERNE, mas sobretudo COMBE e JEANNERET, louvam-se das vantagens colhidas com as applicações tuberculinicas até nos lactantes, principalmente

utilizando, como fazem estos ultimos, a intradermotuberculinizaçao como via de introducção da tuberculina e manejando doses infinitesimaes, particularmente quando o MANTOUX em serie crescente denunciar farta aptidão anaphylactisante.

XI

Por vezes poderemos tirar algum partido do recurso aos calcificantes e oleo de figado de bacalhau que nas mãos de COMBY, MAGGIORE, BARBIER e outros tem proporcionado beneficios a alguns enfermositos.

BIBLIOGRAFIA

Archives de Médecine des Enfants (1906, 1907, 1908, 1909, 1911, 1912, 1913, 1914, 1915 e 1916).

Archives of Pediatrics (1908, 1911, 1912, 1913, 1914 e 1915).

American Journal of Diseases of Children (1912, 1913, 1915 e 1916).

La Pediatria (1913 e 1915).

Iahrbuch fur Kinderheilkunde (1899 pag. 304, 1901 pg. 67 e 1902 pag. 610).

Zeitschrift fur Sanglingsschutz (1914).

Le Nourrissón (ns. 1, 2, 3, 4, e 6, 1916)

Bulletins de la Société d'Etudes scientifiques sur la tubreulose (1908).

Paris Médical (1917) 3 Février).

Presse Médicale (N.º 31 Avril 1914).

Semana Medica, de Buenos Aires (N.º 48 e 50 de 1916).

Zeitschrift fur Tuberkulose (Janeiro e Março de 1913, Junho de 1915 a Fevereiro de 1917).

Klinische Beitrage zur Klinik der Tuberkulose (1911) pag. 373, 1913 pag. 95 1914 pag. 311 e 359, 1915 pag. 363 até 372 e pag. 541 a 568).

Internationales Centralblatt fur die Tuberkulose Forschung (N.º 8 Junho e N.º 18 Agosto de 1914).

Tuberculosis, orgam da Associacao Internacional da tuberculose en Berlim (1905, 1907, 1909, 1910 e 1912).

Der Standder Tuberkulose Bekämpfung (1903 1911, 1912 e 1914).

Bericht über die 1 *versammlung der Tuberkulose Artzte*, 1903.

Relatorios do Congresso Internacional de Medicina de Paris (1900).

Relatorios do Congresso Internacional da Tuberculose de Paris (1905) vol. 2 pag. 180, 292, 297 e 380 e vol. 4.º pag. 347 e seguintes.

Etat de la lutte antituberculeuse en Allemagne (1905) pag. 298 e 308.

La lutte antituberculeuse en France Paris 1905, pag. 3 e seguintes.

Dr. Clemente Ferreira. — *Relatorio sobre o Congresso Internacional da Tuberculose de Paris em* 1905— S. Paulo, 1906.

Relatorto do Congresso Internacional da Tuberculose em Washington (1908) 2.º Vo. pag. 355.

Transactions of the Fifteenth International Congres sur Hygiene and Demography (1912 Vol. 3.º pag. 338).

Dr. Araoz Alfaro. — *La Tuberculosis infantil en Buenos Aires* 1903

Dr. Araoz Alfaro. — *La Tuberculosis infantil en la Republica Argentina* (relatorio ao 2.º Congresso Medico Latino-americano 1907).

Ar oz Alfaro. — *La lucha contra la tuberculosis* 1913.

Araoz Alfaro. — *Valor pratico de la cuti-reaccion a la tuberculina* (1915)

Araoz Alfaro. — *Tuberculosis larvadas y tuberculino—diagnose* (1915).

Dr. Luiz Morquio. — *Proteción a la primera infancia* 1916.

Dr. Luis Morquio. — *Asistencia de los lactantes enfermos* 1916.

Dr. Mamerto Acuna. — *Tuberculose infantil, sua frequencia em nosso paiz sua prophylaxia* (1916).

Professor Combe (Lausanne). — *La tub rculose de l'enfant* 1914.

Knopf. — *The duties of School Teachers. Education in general and of the Public Press in the combat of tuberculosis.*

Dr. Wilhelm Weinberg. — *Die Kind r d r Tuberculösen* 1913

Dr. Robert Philip. — *Adress on the presence and Prevalence of tub rculosis in Chilhood* 1912.

E. Aine. — *Etude sur la tuberculose pulmonaire ulcereuse du premier age* 1914.

Jeanneret de Lausanne. — *La tuberculose de l'enfant* 1915.

Kelynach. — *Tuberculosis in infancy and childhood* 1908 Londres.

Dr. René Göppert. — *Protection et Assistence de la premi re enfance.* Paris 1914.

André Mesureur. — *Quelques problemes d'assistence a Paris* 1916.

Feer. — *Tratado di Pediatria.*

O. Cozzolino. — *Trattato di Pediatria.*

L. Concetti. — *L'hygiene del bambino.*

Kerley. — *Practice of Pediatrics.*

Rollier. — *L'école au soleil. — La cure solaire.*

Sahli. — *Le traitement de la tuberculose par la tuberculine.*

Pfaundler e Schlossmann. — *Handbuch fur Kinder krankheiten.*

Bandelier e Roepre. — *Lehrbuch der spezifischen Diagnostic und therapie der Tuberkulose.*

Becr. — *Die Behandlung der klinischen Tuberkulose mit die—Rosenbachrs—chen Tuberkulin—* Berlim 1913.

Dr. Paul Carton. — *La cure de soleil et d'exercices chez les enfants*-1917.

ASISTENCIA DEL NIÑO TUBERCULOSO

POR EL DR. PEDRO ERNESTO DUPRAT

Médico del Hospital Fermín Ferreira (Tuberculosos). — Laureado de la Sociedad de Medicina. — Profesor Extraordinario de Clínica de Enfermedades Contagiosas en la Facultad de Medicina de Montevideo. — Ex-Médico Asistente y Jefe de Clínica en el Hospital de Niños.

Señor Presidente: Señores Congresistas:

Las sociedades contemporáneas han realizado un gran progreso reconociendo, al fin, al indigente el derecho a la asistencia: no es más una caridad que se otorga, es un deber que se cumple. ¡Cuánto mejor sería, sin embargo, hacer Medicina profiláctica, más bien que Medicina curativa! ¡Cuánto mejor sería—concretándonos a nuestro asunto—prevenir la Tuberculosis, más bien que esforzarse luego por curarla, vanamente en tantos casos!

No extrañará, pues, a nuestro ilustrado auditorio, que desarrollemos el informe con que el Comité Ejecutivo de este Congreso nos ha honrado, dividiendo nuestra exposición en dos grandes capítulos:

I. Prevención de la tuberculosis infantil.

II. Asistencia del niño tuberculoso.

CAPITULO PRIMERO

I. PREVENCIÓN DE LA TUBERCULOSIS INFANTIL

A. Las doctrinas

Vivimos en plena pandemia tuberculosa. Raro es el país cuya mortalidad por tuberculosis ha decrecido de un modo sensible en los últimos decenios. (1)

(1) Mosny (la famille des tuberculeux, «Ann. d'hyg. publ. et de méd. lég.» avrilmai, París 1902) dice que la mortalidad inglesa por tuberculosis que fué de 2,679 por millón en 1857-60, descendió a 1,321 en 1869-98.

Antes se decía: los hijos de tuberculosos nacen infaliblemente tuberculosos y a pesar de todos los cuidados morirán tuberculosos. Esta doctrina desesperante de la *infección concepcional*, espermática y ovular (*morbi seminalis*, de VAN HELMONT) es felizmente inexacta. (1)

Los pretendidos casos de *herencia del grano*, atribuídos a la contaminación de la esperma, o del óvulo son, sobre todo, argumentos falaces, razonamientos por analogía con lo obtenido por PASTEUR en el gusano de seda infectado por la pebrina. Su misma excepcionalidad no haría más que confirmar la regla: LA HERENCIA DE LA TUBERCULOSIS *in ovo*, LA HERENCIA DEL GRANO COMO ES CORRIENTE DECIR, NO EXISTE PRACTICAMENTE.

Lo que puede existir es la infección *in útero, la infección congénita* o heredo-contagio (*morbi connati*) producido por inoculación transovular o transplacentaria del feto. Pero esto es también bastante raro. Los casos de PEHU y CHALLIER, habitualmente citados y algunos más a que hacen referencia los que de este asunto se ocupan, sólo contribuyen a confirmar lo antes expuesto.

PETER ha planteado la cuestión en otro terreno: « *On ne naît pas tuberculeux, mais tuberculisable. Celui qui será tuberculeux naît avec une faiblesse de constitution qui le predispose au développement du tubércule* ».

LANDOUZY (2) en 1891, en el mismo orden de ideas, decía: « *Ce n'est plus la bacillose qui est en jeu, mais la tuberculinose... C'est cette intoxication héréditarie tuberculineuse qui fait que ces enfants... naissent dystrophiques... par altération plasmatique et vitale de l'oeuf altération qui fera de tous ces fils... des mal réagissants, préparés a tous les contagions...* »

---

gracias a las sociedades de templanza y a las de alojamiento para obreros. Sanarelli (Tuberculosis ed evoluzione sociale, Milán 1913) afirma que esta disminución es anterior a toda campaña antialcohólica y que se debe sobre todo a la inmunización que va adquiriendo lentamente la raza anglosajona.

(1) Experiencias de Vignal en la Clínica de Partos de Tarnier.

(2) « Revue de Médecine », París 1891.

Es a propósito de estos niños también que CHARRIN, (1) estudiando por procedimientos exactos (calorimetría, análisis químicos, pesadas múltiples, toxicidad urinaria) su nutrición concluía: « *La maison se construit mal et il ya des fissures de toute part. Ces enfants présentent une moindre resistance et une prédisposition a l'infection* ».

Lo que se heredaría, sería, pues, la predisposición, el terreno tuberculizable.

Tal era el concepto que reinaba soberano hasta hace poco. No se había querido pensar que el organismo de los generadores tuberculosos se defiende, que crea antitoxinas, sustancias inmunizantes; que éstas pueden neutralizar el veneno bacteriano, que lo atenúan por lo menos; que este veneno atenuado puede actuar a modo de vacuna y que puede, por lo tanto, provocar en el descendiente un cierto grado de inmunidad activa. Si así no fuera, se argumenta, todas las familias de predispuesto habrían desaparecido y, por otra parte, la cuestión de la trasmisión hereditaria de una predisposición, es decir, de una falta de inmunidad natural y congénita, está lejos de estar probada. (2) Por el contrario, hechos clínicos numerosos tienden a hacer admitir la doctrina de la inmunidad hereditaria; independientemente de estos hechos clínicos las experiencias de MAFFUCCI, (3) por ejemplo, demuestran, que los polluelos nacidos de padres tuberculosos resisten mejor que los testigos la infección tuberculosa y sobreviven mucho más que ellos.

Cuando se examinan desapasionadamente estos hechos, se comprende que la vida social contemporánea con sus innúmeras circunstancias tuberculizantes, puede concluir por transformar la débil inmunidad heredada, en una sólida vacunación específica, proceso que se realizará tanto mejor cuanto que

---

(1) Congrés de la Tuberculose—París 1898 y « Sémaine Médicale » 1902.

(2) Experimentalmente todas las investigaciones tendientes a demostrar la presencia de sustancias predisponentes específicas en los fetos de madres tuberculosas, han resultado negativas o dudosas (G. Sanarelli. loco citado).

(3) Maffucci. Centralbl. f. allgm. Path. und path. Anat. 1894.

el organismo está predispuesto, no a adquirir la tuberculosis, sino predispuesto, preparado por herencia para perfeccionar su inmunidad. El hijo de un tísico se tuberculiza, no porque sea un vencido de antemano (un predispuesto) sino porque el grado de su inmunidad hereditaria es todavía insuficiente para hacer de él un refractario.

Confesamos sin rodeos que esta doctrina, que es un solemne reto a las ideas reinantes, nos seduce porque nuestras lecturas y nuestra práctica han concluído por convencernos de que los pretendidos predispuestos, los pretuberculosos, es decir, todos aquellos sujetos que tienen un terreno favorable a la germinación del bacilo de KOCH como pretende la teoría clásica, son en la gran mayoría de los casos sujetos bacilíferos, tuberculosos latentes, como los llama acertadamente el PROF. ARAOZ ALFARO (1) (de Buenos Aires). Vale decir que son sujetos enfermos: están atacados de una decadencia orgánica y funcional que les da una apetencia especial por la tuberculosis (teoría clásica); están afectados de una flogosis tuberculosa que se traduce precisamente por esa decadencia fisiológica y somática y que sería el paso previo para la tuberculosis de KOCH (teoría de FERRÁN).

Como dejamos evidenciado y cualquiera que sea el criterio que nos sirva de guía, no nos queda duda de que se admitirá con nosotros que tales sujetos son enfermos y que, por lo tanto, deben ser tratados como tales.

Es menester dar término a las vanas declamaciones sobre el « terreno tuberculizable »; es necesario no engañarse más con la « pretuberculosis », porque los pretendidos predispuestos son, en la gran mayoría de los casos, bacilíferos susceptibles de curación completa, si se les permite realizar acabadamente su autoinmunización que los hará admirablemente

---

(1) El Prof. Araoz Alfaro dice « ... yo sostengo que debemos hablar de tuberculosis latente cuando, habiendo ya lesiones anatómicas bacilares, no presenta el sujeto ninguna manifestación ostensible de enfermedad ». (Sobre el diagnóstico de la tuberculosis infantil y especialmente de las formas latentes y larvadas. Conferencia en la Fac. de Río Janeiro 1917).

refractarios; es preciso que el médico (1) se preocupe de buscar sistemáticamente y de tratar con perseverancia las tuberculosis latentes y larvadas, que son habitualmente en el hombre las primeras manifestaciones curables de la infección bacilar.

Así se ayudará, lo mejor y lo más eficazmente posible, el proceso de autodepuración, por el cual la humanidad se defiende por sí misma y automáticamente de la tuberculosis. (2)

Después de escritas estas líneas casi nos sentimos tentados de concluir que es imprescindible la creación de clínicas de tisiología, donde el médico pueda adquirir una preparación especial, en materia de tuberculosis. (3)

B. Profilaxis de la tuberculosis en la infancia

TROUSSEAU, en 1861, decía: « La tuberculose n'est jamais plus fréquente que pendant les premières années de la vie, et les médecins suivant longtemps les services consacrés aux enfants a la mamelle savent que le plus grands nombre de ces petits malades succombent à des affections tuberculeuse de la poitrine ».

En la « Cuna del Hospital Ténon », Landouzy (1886), comprueba que « un tiers des enfants autopsiés, de 3 mois a 2 ans étaient tuberculeux », y en los Congresos de la Tuberculosis de 1888 y de 1891, confirmando sus trabajos, anuncia una mortalidad de 22 % por tuberculosis en los niños menores de dos años. Para Hutinel el 1/3 de los niños de uno a dos años autopsiados en « Enfants Assistés » presentan lesiones tuberculosas y, añade, que de 2 a 3 años y, sobre todo de 3 a 4, la proporción es todavía más fuerte KOSSEL (de Berlín) encuentra un 16 % de tuberculosos en niños menores de 2 años

(1) Kuss. Le rôle du médecin praticien dans la prophylaxie de la tuberculose humaine IV Congres. des Praticiens de France, Paris mai 1914.

(2) Sanarelli (loco citato).

(3) Esta Clínica ya funciona en nuestra Facultad de Medicina. pero desgraciadamente a asistencia a este curso no es obligatoria.

y DENNING (de Tubingue) 22 %, HELLER (de Kiel) 21.50 %, BOLLINGER (de Munich) da el máximo con un 36 %.

Los números que corresponden a la mortalidad anual por tuberculosis en la ciudad de Montevideo, según la edad y sexo, se encuentran reunidos en el « Resumen Anual de Estadística Municipal », que con toda habilidad publica nuestro laborioso e ilustrado compatriota el DR. JOAQUIN DE SALTERAIN.

Esos números, que confirman, en general, los que acusan las grandes capitales europeas y americanas, nos permiten suscribir de plena conformidad la proposición de HESS (1) « *las defunciones originadas por la tuberculosis en el primer año de edad, no son excedidas en ningún otro período de la vida* ». En verdad, esto no podía ser de otro modo, ya que BEHRING probó con tanta autoridad como insistencia, que *es casi siempre en el período de la lactancia que la infección tuberculosa se produce*, aunque ni la clínica ni la anatomopatología hayan admitido su exclusivismo sobre la vía digestiva como puerta de entrada del contagio.

Por otra parte, el trabajo de mi ilustre y querido maestro el PROF. MORQUIO (2) (de Montevideo), sobre cuti-reacción a la tuberculina, el primero (que nosotros sepamos) publicado en América sobre tan importante tópico, y el artículo tan instructivo del eminente maestro argentino PROF. ARAOZ ALFARO sobre el mismo asunto, (3) así como las investigaciones tan completas de BASS (4) en los Estados Unidos en el Asilo « Home for Hebrew Infants », demuestran acabadamente que es posible despistar numerosas tuberculosis infantiles insospechadas.

---

(1) La significación de la tuberculosis en la infancia y la niñez. Dr. Alfred F. Hes (New York) « The Journal of the American Medical Association (Edición Española). Vol. I N.º 2. Chicago, Illinois (U. S. A.) Enero 15 de 1919, página 65.

(2) « Revue de la Tuberculose », París abril 1909.

(3) Bass M. H. Cutaneous and intracutaneous tuberculin test in infants and children « American Journal Dis. Children », mayo 1918 página 5.

(4) Araoz Alfaro. Valor práctico de la cuti-reacción a la tuberculina. « La Prensa Médica Argentina ». Buenos Aires, Junio 10 y 20, de 1915.

Sería interesante, y lo proponemos de paso como un asunto de estudio al Congreso que seguirá a éste, estudiar la cutireacción en los niños acabados de nacer, lo que sería sumamente fácil en las Maternidades, donde se podría conocer a fondo el estado patológico de los genitores, el de la madre cuando menos.

Concretando: si los niños nacen sanos o a lo sumo predispuestos (aunque los genitores sean tuberculosos), como se desprende del paragrafo doctrinario anterior, si es casi siempre en el período de lactancia que la tuberculosis se produce, y esto tanto más cuanto mayor es la facilidad de contagio y mayor la cantidad (absoluta y relativa) de gérmenes infectantes que recibe, y si recordamos de paso que la *reinfección* parece jugar en la enfermedad activa del adulto un rol activísimo, aunque no quite valor a la noción más antigua, pero bien establecida de la *reviviscencia* posible de un foco latente, se comprenderá que nuestra primera proposición fundamental no puede ser otra que la siguiente:

La preservación del niño tiene una importancia considerable en la lucha antituberculosa.

Que se hable de terreno predispuesto, o de inmunidad insuficiente (¿ y por qué no de las dos cosas ?) el hecho cierto e indiscutible es que el niño puesto en presencia fácil y frecuente del *medio contagiante* adquirirá la tuberculosis. Por consiguiente, fluye de nuestra proposición anterior y como primordial y básica consecuencia la de que es menester separar al niño recién nacido del ambiente infectante: *El niño recién nacido debe ser separado, tan precoz y tan completamente como sea posible, del medio contaminante.*

Esta proposición estaría, se dice, en abierta oposición,—cuando la madre es tuberculosa—con el derecho universalmente reconocido que tiene el niño al pecho de la madre. Pero no es menos cierto que el criterio clásico acepta resignado las premisas de que *la madre tuberculosa no debe amamantar a su hijo porque es perjudicial para ella; de que el niño no debe ser amamantado por la madre tuberculosa porque es inmenso el riesgo que corre de tuberculizarse.*

Las excepciones a estas premisas en que se apoyan los que aceptan el criterio moderno que—como medio de combatir la tuberculosis—quiere *más que la lucha contra el contagio, la lucha a favor de la inmunización*, no justifican bastante a nuestro juicio el que, a pretexto de que la leche de la madre tuberculosa puede vehicular sustancias inmunizantes (?) ésta lacte a su hijo con objeto de ayudarlo a adquirir más fácilmente la codiciada inmunidad. (1)

Si nosotros aceptamos con entusiasmo la doctrina de la inmunidad y, por consiguiente, la lucha por la inmunización, no lo hacemos en nombre de una teoría más o menos seductora—porque las teorías por más que lo sean son impotentes para rebatir los hechos cínicos concienzudamente observados—sino porque esa lucha es más científica que la lucha desesperada contra el contagio, cuyos pobres beneficios no es posible disimular.

Pero, así como en la profilaxis de las infecciones eberthianas a nadie se le ocurrirá abandonar la higienización de las aguas, de los servicios sanitarios del subsuelo, etc., a pretexto de que la vacunización T. A. B. conduce a análogos resultados con gastos menores, pienso que nadie querrá aconsejar el abandono de la lucha contra el contagio, máxime cuando la vacuna antifímica está aún por descubrir, si bien los trabajos de la escuela de FERRÁN, merecedores de los mayores elogios, permiten prever éxitos halagüeños en días tal vez no excesivamente lejanos.

El PROF. ROCHARD en el Congreso de La Haya de 1884, con envidiable elocuencia, desarrolló tres aforismos que ojalá tuvieran siempre presentes los dirigentes de América:

1.º Todo gasto hecho en nombre de la higiene es una economía:

2.º Nada es más dispendioso que la enfermedad, sino la muerte:

3º. Para las sociedades el despilfarro de la vida humana es el más ruinoso de todos.

---

(1) Conferencia de la tuberculosis. Bruselas 1910.- Cita del eminente tisiólogo valenciano don J. Chabas. « Revista de Higiene y de Tuberculosis ». Valencia, enero, febrero y marzo 1914.

No nos detendrán, por lo tanto, los miramientos económicos, para proponer los medios de llevar a la práctica nuestras conclusiones.

Es evidente que esos niños hijos de tuberculosos, predispuestos o afectos ya de flogosis tuberculosa (FERRÁN) o de tuberculosis latente (ARAOZ ALFARO), necesitan ser alimentados a pecho exclusivo, o ayudado inteligentemente. Proponemos establecer *Colonias de lactantes* o Preventorios en los que los recién nacidos fueren lactados durante seis meses por lo menos por nodrizas (o por sus madres cuando estuviere bien averiguado que no son tuberculosas), y ayudados con alimentos lácteos preparados convenientemente en una «cocina especial» del establecimiento. Pasados los seis meses, podría iniciarse un destete más o menos rápido, evitando en lo posible que coincidiera con la estación calurosa. En estas Colonias o Preventorios se admitirían los más enclenques, los más tarados, aquellos que necesitaran una vigilancia médica frecuente. Los menos afectados podrían, a imitación de la obra de GRANCHER, ser distribuídos fuera de las aglomeraciones urbanas (1) y dependiendo, por ejemplo, de «Dispensarios Especiales», a donde se les llevaría regularmente para que el médico especialista contralore su desarrollo.

Refiriéndonos a nuestro país, cada Capital departamental debiera tener, por lo menos, uno de estos Dispensarios y sería de éstos de donde se enviaría a los más atrasados a la Colonia o Preventorio (cuya ubicación más conveniente estudiaremos después). Y exigimos este mecanismo porque tenemos la convicción formada de que el Dispensario antituberculoso aislado es un organismo equivocado, como lo son las Gotas de

---

(1) Entre las causas de tuberculización humana, dice Sanarelli (loco citato), aparece en primer lugar la densidad de la población. Las investigaciones de Lannois y Rénon (en Ténon) establecen de un modo indiscutible que en el medio urbano la tuberculosis castiga sobre todo a los recién llegados. Sin embargo, estos recién llegados, atacados predominantemente, eran más robustos, más resistentes que los habitantes de la ciudad y a pesar de su robustez serían más frágiles a la tuberculosis, porque los otros ya han comenzado a inmunizarse.

Leche que funcionan independientemente. Es preciso que el dispensario (como la Gota de Leche) esté en conexión estrecha con el Sanatorio, con la Colonia, con el Hospital, único medio de asegurar la unidad científica con la unidad administrativa indispensable para la eficacia de la acción técnica.

Esto mismo lo había establecido ya LEON BOURGEOIS, (1) aunque con mayor precisión, como es natural, diciendo: « Le dispensaire sera le centre de notre action prophylactique et le point de mise en mouvement de notre action hospitalière... Il appelera a lui tous les malades... et ce sera affaire au personnel du dispensaire de le diriger là ou il convient... »

Después de los 2 o 3 años de edad, cuando ya la alimentación es más fácil porque puede ser más variada y el niño es menos susceptible desde el punto de vista digestivo, se le podría devolver a su hogar—si las condiciones de éste se han modificado por una acción combinada y simultánea (indispensable) de los organismos encargados de la lucha en el adulto.

Si esto no fuera posible, o si el estado de salud del niño lo requiriese todavía, sería preciso continuar reteniéndolo en una sección de mayorcitos del mismo establecimiento.

No creo necesario añadir nada respecto de las condiciones que deberán reunir las nodrizas y las casas que éstas habiten cuando se les entregue el niño a criar; así como tampoco me parece oportuno insistir sobre el derecho que tiene el hijo de la nodriza a la mitad del pecho de la madre,—puesto que el niño dado en cría a domicilio debe ser siempre un niño prácticamente sano,—y a la vigilancia y asistencia médica gratuita.

CAPITULO SEGUNDO

II. ASISTENCIA DEL NIÑO TUBERCULOSO

Toda la discusión desarrollada a propósito del lactante es perfectamente aplicable a los niños mayorcitos.

---

(1) Rapport au Conséil de Survéillance. 10 Février 1906.

Los trabajos, antes citados, de MORQUIO, ARAOZ ALFARO y BASS, comprueban la enorme frecuencia de la cuti-reacción positiva en los niños mayorcitos y demuestran concluyentemente que esta frecuencia crece paralelamente a la edad, pudiendo adquirir proporciones catastróficas entre los 6 y 15 años (hasta 80 %).

Este colosal aumento de la morbilidad tuberculosa por encima de los dos años de edad, coincide, es cierto, con una apreciable disminución de la mortalidad (1) la cual no vuelve a hacerse imponente hasta unos diez años más tarde, para seguir siendo cruelmente devastadora hasta los 40 o 50 años más o menos.

En las tablas de mortalidad por tuberculosis por año, sexo y edad, de las ciudades de Nueva York, Chicago, Filadelfia y en las de Montevideo, se nota un crecimiento brusco del número de defunciones por tuberculosis alrededor de los 12 años de edad y este crecimiento está a cargo casi exclusivo del sexo femenino—cuya mortalidad por esta causa predomina, entre nosotros, hasta la edad de 25 años. Entre los varones el crecimiento de los fallecimientos, algo más tardío, aparece alrededor de los 15 años.

Es, pues, en el quinquenio 11-15 años que comienza lo que podríamos llamar el segundo período de actividad mortífera de la tuberculosis, frente al cual estamos obligados:

1.º A preparar a los niños tarados o infectados que están más o menos próximos a ese período (3 a 10 años) para que puedan salvarse.

2.º A asistir convenientemente a los que, ya enfermos, atraviesan ese temible quinquenio, para que, por lo menos, no contagien a otros.

Para los primeros el Sanatorio marítimo es el ideal; para los segundos, esta clase de establecimientos es también útil en algunos casos, pero el Hospital será, en general, su último albergue en su breve paso por la vida.

Evidente es que del Hospital podrán ser devueltos al Sanatorio o directamente enviados a él, aquellos enfermitos que,

(1) Hess, loco citato.

habiendo mejorado, parezcan poder obtener algún beneficio de la cura sanatorial.

Este grupo de NIÑOS INTERNADOS no excluye, como es natural, otro grupo de NIÑOS VIGILADOS o externos, a los cuales convienen la *colocación bajo custodia* en el campo o a orillas del mar, las *colonias de vacaciones*, las *escuelas al aire libre*, y los demás establecimientos análogos, tan útiles como necesarios.

Este grupo de NIÑOS VIGILADOS se reclutará directamente en los medios infectantes cuando el estado del niño no requiera la internación, y se completará con aquellos que devuelva el Preventorio o Sanatorio por considerarlos ya en condiciones de reintegrarse a la vida común sin peligro para los demás, sin perjuicio para sí mismos.

Hemos querido llamar NIÑOS VIGILADOS a éstos, porque, como lo ha probado deslumbradoramente la Cruz Roja Estadounidense en Francia, sin *vigilancia paramédica*, no hay lucha antituberculosa posible.

La Liga Uruguaya contra la Tuberculosis, en sus dos primeros años de existencia, consiguió hacer disminuir sensiblemente la mortalidad por tuberculosis en Montevideo. ¿A qué se debió este fenómeno? Pues a que el DR. JOAQUIN DE SALTERAIN visitó con frecuencia los conventillos, los inquilinatos, y persiguió con denodado altruísmo, del que nunca le quedaremos suficientemente gratos, los focos infectantes de la Capital: llevó personalmente su consejo siempre y su auxilio pecuniario en muchos casos; hizo obra de higienista y de hombre de corazón; y en esta lucha no basta, digámoslo de una vez, el dinero, se requiere: abnegación, nobleza de sentimiento, dedicación y, por encima de todo, corazón, mucho corazón. Y, desgraciadamente, nada de eso se reglamenta ni se presupuest .

Por eso, junto al esfuerzo estadizado, es preciso saber crear el esfuerzo desinteresado; por eso nuestros hermanos del Norte, con su espíritu eminentemente práctico, se han apresurado, antes de iniciar mismo la campaña antituberculosa en Francia, (1) a crear *escuelas de visitadoras* donde se instru-

(1) L. Gninon. «La Presse Médicale», N.º 11, 1919.

yen verdaderas monitoras de higiene que saben dar el consejo práctic y útil y la palabra de aliento indispensable en cada hogar indigente.

Estas visitadoras tendrían por misión primordial en nuestro proyecto, vigilar a los niños en custodia, seguir de cerca a los niños egresados del Sanatorio, para conducirlos al médico inspector, al Dispensario, o reintegrarlos al (Sanatorio cuando notare el menor atraso en ellos.

Entre nosotros funciona un Dispensario para niños sostenido por la Liga Uruguaya contra la Tuberculosis, y en el Hospital de Niños (PROF. MORQUIO) y en el Hospital Fermín Ferreira funcionan servicios de niños tuberculosos.

Como lo hemos probado, estos organismos aislados conducen a un verdadero « gaspillage », de recursos sagrados, porque pertenecen de derecho a los pobres.

Es indispensable gastar más, pero emplearlo mejor.

Hemos hablado de la colocación en custodia de lactantes y de niños mayorcitos, de la multiplicación necesaria de los Dispensarios, de las colonias de vacaciones, de las escuelas al aire libre, etc. Todos estos son organismos bien conocidos de la ilustrada Asamblea que se digna escucharnos: sería incorrecto molestarla describiendo su organización, su funcionamiento, sus fines.

En cambio, nos parece oportuno detenernos a estudiar la ubicación que en nuestro país conviene dar al Preventorio y Sanatorio.

En nuestros trabajos obre « Climatoterapia Nacional » (1) tuvimos ocasión de demostrar que la porción de nuestra costa comprendida entre Montevideo y la desembocadura del Río de la Plata—que nosotros llamamos zona paraoceánica ofrece todas las características eficaces de la Cote d'Azur, en las playas próximas a Montevideo (Ramírez, Pocitos, Malvín, Carrasco, Santa Rosa, Las Toscas, *Carrasco, punto climático*

(1) Duprat. Montevideo 1916. Trabajo laureado por la Sociedad de Medicina de Montevideo.

intermedio), si bien se diferencia de aquellas por algunos caracteres QUE SON LOS QUE PRECISAMENTE LE DAN SU ALTO VALOR TERAPÉUTICO. Y en lo que respecto a la porción de esta zona más alejada de Montevideo (Punta Negra, Piriápolis, Punta Ballena, Bahía de Maldonado, Punta del Este, arroyo San Carlos, Bahír Maldonado *punto climático intermedio*), las características climatéricas se asemejan sorprendentemente a las de Arcachón y Biarritz.

No queremos dar a nuestro trabajo de entonces más valor del que buenamente pueda tener, pero no podemos menos de recordar que en él no sólo demostramos las analogías climatéricas antes mencionadas, sino que también demostramos su eficacia terapéutica.

Por otra parte, en nuestro país, donde las elevaciones mayores del suelo alcanzan penosamente los 500 metros (Sierra de las Animas. Departamento de Minas), no es permitido hablar de curas de altitud. Además, como las regiones boscosas son también verdaderas rarezas en nuestro suelo, podemos afirmar que los dos principales factores de regularización de los climas terrestres (grandes elevaciones del terreno, salvas frondosas) no existen, y que, por lo tanto, la climatología del interior del país está sujeta a grandes y bruscas variaciones termo-báricas diurnas, *variaciones que, como es bien sabido, son verdaderos enemigos de los tuberculosos* no acostumbrados a ellas.

No renegamos naturalmente, de las *curas de campo*, pero las aconsejamos, como ya lo hemos insinuado, para las colocaciones en custodia, porque a ellas enviaríamos, según dijimos, a los niños tarados, a los prácticamente sanos, y porque en todo momento es facilísimo cambiar el paciente si ese aire no le sienta (como se dice vulgarmente); lo que—parece hasta superfluo escribirlo—no es posible realizar en un establecimiento costoso.

Podemos añadir que en nuestra práctica de 10 años de tuberculosis infantil en el Hospital Fermín Ferreira (de Montevideo), ubicado muy cerca de la costa no hemos encontrado un solo caso en el cual la terminación fatal o la agravación

haya podido inculparse lealmente a la vecindad del clima marino.

No puede, por lo tanto, extrañar que aconsejemos que el Preventorio y Sanatorio que urge tanto en nuestro país, sea construído sobre la costa; sobre cualquier punto de nuestra magnífica costa paraoceánica, pero de preferencia en Carrasco por su relativa vecindad a la Capital, lo que redundaría en serias economías para el aprovisionamiento y sostén del establecimiento.

Una nueva proposición fluye de cuanto queda dicho:

El Preventorio y Sanatorio destinados a los niños tarados por la tuberculosis en el Uruguay será construído como un establecimiento marítimo.

Podrá parecer extraño que aconsejemos reunir en un solo establecimiento a los que hallaran en él el modo de resistir al contagio (Preventorio) y a los que buscan la salud (Sanatorio). No debe esto causar extrañeza: las lesiones cerradas no son contagiosas, y las lesiones ósteo-articulares y ganglionares abiertas no lo son en la práctica por dos razones: porque su virulencia es mínima, y porque, fuera de las horas de exposición al sol, están cubiertas por curaciones antisépticas que se destruyen rigurosamente después de haber servido.

Quedaría el peligro de los pulmonares y laríngeos; pero, por definición, estos últimos y aquellos pulmonares abiertos no pueden tener cabida en el Sanatorio: es precisamente para los pacientes de esta clase que debe reservarse el Hospital.

No debe, tampoco, olvidarse el valor profiláctico indiscutible del aire marino. (1) Es este el criterio que impera en los establecimientos costaneros franceses y también en Italia, donde se ha comprendido tan perfectamente esta acción tan preservadora del contagio, ejercida por el aire marino, que se han construído sobre su extenso litoral, un número de sanatorios tal vez diez veces mayor que en Francia.

Esta es, todavía, una nueva y poderosa razón, para decidirnos por el Preventorio y Sanatorio Marítimo.

---

(1) Calot. Les maladies qu'on soigne a Berck. París 1900; Duprat « Climatoterapia Nacional ». Montevideo 1916.

¿Qué resultados pueden esperarse de la cura sanatorial? Vamos a reproducir, complementándolas, las conclusiones de nuestros trabajos, (1) que a este asunto se refieren. Ellas dan exacta respuesta a la pregunta que acabamos de hacernos.

Tuberculosis pulmonar y visceral.

1.º Los niños afectados de congestiones pulmonares tuberculosas apiréticas o muy poco febriles, sin fenómenos de reblandecimiento, aunque tengan algunos signos bronquiales difusos (bronquitis de los gruesos bronquios y bronquitis del vértice, del PROF. HUTINEL) *curan todos*, salvo casos excepcionales, en un período de 8 a 10 meses, en término medio, cualquiera que sea la estación del año en que comience el tratamiento; frecuentemente necesitan un año o más, excepcionalmente menos de 8 meses.

2.º Los niños afectados de lesiones tuberculosas pulmonares infiltradas, sin fiebre o poco febriles, sin hemoptisis o con ligeras tendencias hemoptoicas (niños mayorcitos), mejoran siempre, curan rara vez por completo; pero, puestos en mejores condiciones higiénicas curarían posiblemente casi todos.

3.º Los niños con lesiones análogas a las anteriores, pero febriles y con tendencias hemoptoicas (niños mayores), mejoran algunas veces; no hemos visto curar ninguno hasta ahora en un período de seis años.

4.º Los niños con lesiones pulmonares avanzadas, en los estados corrientemente llamados segundo período (al final) y tercer período, permanecen generalmente estacionarios, aunque también son muchos los que hemos visto agravarse, sin que esta agravación sea tan rápida como la que hemos comprobado en los pacientes de la ciudad.

---

(1) Duprat. « Climatoterapia Nacional ». Montevideo 1916.
Tratam. Helio-marino de la tuberculosis infantil. Comunic. al I Cong Médico Nacional. Montevideo, Abril 1916.
Trat. de la tuberculosis pulm. en los niños. Montevideo 1917.

5.º Los niños afectados de tuberculosis laríngea, intestinal o meníngea, complicando o no una tuberculosis pulmonar, han fallecido siempre.

Los niños de las categorías 1.ª y 2.ª serían los clientes obligados del Sanatorio; cuando los de la 2.ª empeorasen pasarían al Hospital. Los niños de las categorías 3.ª, 4.ª y 5.ª, constituirían la población obligada del Hospital; cuando los de la 3.ª mejorasen pasarían al Sanatorio.

Tuberculosis ósteo-articulares

6.º Cuando la articulación no está deformada, la cura helio-marina da una curación completa del punto de vista funcional.

7.º Cuando la articulación está deformada, a la cura helio-marina es preciso agregar el mantenimiento en buena posición (simple decúbito dorsal o ventral en el mal de Pott, con extensión contínua o sin ella; extensión contínua en las osteo-artritis de los miembros inferiores; inmovilización enyesada en posición útil para las de los miembros superiores). La curación se obtiene a veces con el restablecimiento de la función, aunque en pocos casos alcanza a ser total, y otras veces (las más) con aquilosis completa.

8.º Cuando hay supuración, conviene inmovilizar con aparato de yeso, añadiendo a la cura helio-marina, las punciones evacuadoras y las inyecciones modificadoras (aceite gomenolado a 33 %, alterado con éter iodoformado a 15 %).

9.º Cuando las lesiones osteo-articulares están supuradas y abiertas, junto a los medios indicados puede convenir el empleo de pequeñas intervenciones tan económicas como sea posible (curetajes, secuestrectomías).

Por las razones ya indicadas, estos enfermos pueden ser asistidos, aún los de la 9.ª categoría, en el Sanatorio, siempre que no ofrezcan lesiones viscerales que exijan la hospitalización.

Tuberculosis ganglionar

10. Las lesiones ganglionares pequeñas (micropoliadenitis, adenitis ligeramente deformantes sin periadenitis), curan

todas en general de un modo completo con la cura helio-marina e higieno-dietética sin necesidad de hacer intervenir medicamentos activos.

11. Las lesiones ganglionares grandes, (macrapoliadenitis, adenitis deformantes sin periadenitis), mejoran bastante pero no llegan a desaparecer. Añadamos que la röentgenterapia bien aplicada tampoco lo ha conseguido.

12. Cuando aparecen ganglios reblandecidos (sin periadenitis) conviene hacer punciones evacuadoras simples o acompañadas de inyecciones modificadoras (aceite gomenolado a 33 %, éter iodoformado a 15 %).

13. Cuando se producen lesiones de periadenitis (adherencias a la piel) es porque el ganglio se ha infectado secundariamente (vía sanguínea o linfática, punción séptica): es frecuente en tales casos ver que el ganglio se abre al exterior a pesar de las punciones y mismo, estamos tentados de afirmarlo, a consecuencia de ellas.

14. Las lesiones ganglionares abiertas pueden exigir pequeñas intervenciones para apresurar su cicatrización siempre lenta (curetages, escisión de colgajos de piel, etc.).

Los enfermos de estas cuatro últimas categorías pueden ser considerados como curables totalmente, en un plazo variable, siempre que el estado general mejore concomitantemente con el estado local.

Tuberculosis peritoneal

15. La peritonitis tuberculosa, cuando el estado general no ha sido tocado, y cuando ella es la lesión inicial y no se presenta complicado a la tuberculosis intestinal, puede curarse completamente por la simple cura helio-marina.

Estos resultados que sintéticamente ofrecemos a la consideración de los que se dignan escucharnos, así como el conocimiento bastante exacto que creemos tener de nuestras costas, nos hicieron pedir al Primer Congreso Médico Nacional reunido en esta Capital en 1916, un voto que declaraba la conveniencia y urgencia de construir un Preventorio y Sanatorio Marítimo para la profilaxis y asistencia de la tuberculosis infantil.

CONCLUSIONES GENERALES

I. La preservación del niño tiene importancia considerable en la lucha antituberculosa.

II. El niño recién nacido debe ser separado tan precoz y tan completamente como sea posible del medio contaminante. Esta misma medida deberá aplicarse, y con idéntico rigor, a los demás niños.

III. Para llenar esta necesidad impostergable se requieren múltiples organismos de prevención y asistencia (colocación en custodia, colonias de vacaciones, escuelas al aire libre, jardines de infantes, dispensarios, colonia de lactantes, preventorios y sanatorios marítimos, hospitales,) cuyo funcionamiento armónico sólo puede obtenerse mediante la unidad administrativa que asegure la unidad científica indispensable para la más amplia eficacia de la acción técnica.

IV. Es de suma utilidad y conveniencia, por lo tanto, que el Estado asuma la dirección de la lucha creando una entidad central de profilaxis y asistencia antituberculosa.

V. Las Obras privadas, lejos de ser innecesarias, serían preciosos e irreemplazables auxiliares de las organizaciones oficiales, siendo su principal cometido el de enseñar las prácticas higienicas, llevando al mismo tiempo a las hogares maltratados por la miseria y por la enfermedad, la palabra de consuelo que alivie sus dolores y los aliente en la ruda pelea por la vida.

Para esas Obras dejamos todo aquello que no se presupuesta, porque el desinterés y la abnegación no se pagan, y todo aquello que no se reglamenta, porque la nobleza del corazón y la belleza de alma desbordarían lujuriosamente de la frialdad esquelética de un articulado.

VI. Los factores climatológicos son bastante bien conocidos en el Uruguay y su acción curativa sobre las diversas manifestaciones de la tuberculosis infantil siendo indiscutible, nada se opone a que aprovechando los datos que

se poseen, se construye en lugar apropiado un Preventorio y Sanatorio para la cura helio-marina de la tuberculosis infantil.

Estas conclusiones que no hacen más que dar expresión a las ideas que flotan en el medio científico universal, no pueden menos que ser aceptadas, y si lo son, proponemos a vuestra sanción el siguiente

VOTO

El Segundo Congreso Americano del Niño, considerando que toda lucha antituberculosa falla por su base si no se dedica preferente atención a la tuberculosis infantil; exhorta a los Gobiernos de América a iniciar con toda premura una enérgica campaña por la profilaxis y asistencia del niño tuberculoso.

NOTA: Este voto fué aprobado, y por moción del doctor González del Solar (Director de la Asistencia Pública de Buenos Aires), se añadió el siguiente párrafo:

Considerando que esta campaña debe hacerse teniendo en vista una amplia y sólida base económica, aconsejamos una centralización que unifique todas las actividades que hoy están empeñadas en la lucha y una cooperación privada que debe ser estimulada por todos los medios y sin restricciones de ninguna especie.

El autor aceptó complacido esa adición, por cuanto todo lo que se aconseja en ella se encuentra expresado en el texto de su trabajo y en las conclusiones.

DISCUSIÓN

DR. ARAOZ ALFARO (*Argentina*). — Me permito aplaudir con entusiasmo el informe del Dr. Duprat, tan luminoso como ilustrado.

Quiero subrayar simplemente algunos puntos que ha señalado y cuya importancia quiero hacer resaltar.

Uno es la importancia de desechar la designación de *pretuberculosos* dada a los niños débiles, anémicos, etc. Está bien demostrado que tales sujetos no son sino tuberculosos latentes o larvados, como lo he demostrado yo mismo en muchos miles de exámenes y de reacciones a la tuberculina.

Otro punto, que parece de detalle, pero que es importante, es la importancia de las *visitas domiciliarias*, hechas lo más frecuentemente posible, y por personas inteligentes, cultas y abnegadas, a los domicilios de los tuberculosos.

El Dr. Duprat ha insistido pues,con razón, en la importancia de las *nurses* visitadoras, sobre cuya necesidad hemos también insistido en la Conferencia de profilaxis antituberculosa de Córdoba con el Dr. Bonorino Udaondo.

En cuanto a la serie de medidas propuestas por el Dr. Duprat en su brillante informe, son todas ellas muy justas y muy atinadas, y las apoyo con todo mi aplauso, así como al voto que el formula.

Dr. Aguilar. — Créo que las invitaciones a los poderes públicos son platónicas y que conviene agregar una exhortación a los hombres de fortuna para que contribuyan con grandes cantidades a la lucha antituberculosa.

Dr. Araoz Alfaro (*Argentina*). — El Dr. Aguilar sostiene que pedir a los gobiernos es hacer votos platóricos; pero mucho más platónico es, señor Presidente, exhortar a los ricos a dar dinero.

Si los gobiernos no tienen dinero, como ha dicho el Dr. Aguilar, es por que no lo quieren, o porque no han sabido procurarse los recursos, y ordenar sus presupuestos. Si se hubieran preocupado de crear el seguro general contra la enfermedad y la invalidez, tendrían ya todos los recursos necesarios.

Dr. Gonzalez del Solar. — Recuerda a este propósito que en la Conferencia anti-tuberculosa de Córdoba se reconoció que toda lucha en este sentido debía basarse sobre una base económica amplia y sólida, una centralización que unifique todas las actividades, y una cooperación privada que debe ser estimulada en lo posible. Propone y redacta una ampliación del voto del Dr. Duprat, en este sentido.

Dr. Fontecillas. — Da noticia del funcionamiento en Chile de los Dispensarios anti-tuberculosos, sostenido por la « Asociación de señoras contra la Tuberculosis », los que se mantienen con fondos fiscales y particulares.

Menciona después la labor de la « Liga contra la Tuberculosis » que mantiene un sanatorio para niños pre-tuberculosos.

Créo que los gobiernos no disponen del dinero necesario para combatir la tuberculosis porque el sistema tributario es defectuoso. La tuberculosis es uno de los muchos resultados de la miseria económica e intelectual, y depende, en consecuencia, de nuestra defectuosa organización actual.

Agotada la dicusión se pone a votación el voto formulado por el Dr. Duprat, ampliado por el Dr. González del Solar:

« El 2.º Congreso Americano del Niño » considerando que toda lucha antituberculosa falla por su base si no dedica preferente atención a la tuberculosis infantil, exhorta a los gobiernos de América para que inicien

con la mayor premura la campaña de profilaxis y asistencia del niño tuberculoso » (Dr. Duprat).

« Considerando que esta campaña debe hacerse teniendo en cuenta que ella exige una base económica amplia y sólida; una centralización que unifique todas las actividades que hoy están empeñadas en la lucha; y una cooperación privada que debe ser estimulada por todos los medios y sin restricciones « (Dr. González del Solar).

Este voto es aprobado.

A TUBERCULOSE INFANTIL EM SÃO PAULO

PELO DR. CLEMENTE FERREIRA Ficha 122c.

Presidente da Liga Paulista contra a Tuberculose,
Director da Secção de Protecção á Primeira Infancia
do Serviço Sanitario de São Paulo

A capital paulista nunca arregimentou-se no grupo das cidades mais flagelladas pela peste branca, mesmo quando suas condições hygienicas, em virtude da carencia ou deficiencia de sua aparelhagem sanitaria, se mostravam pouco lisonjeiras, exhibindo ella, a par de uma mortalidade geral accentuada, algarismos obituarios por molestias infecciosas bastante elevados.

Como advento e progressos de sua organização hygiotechnica, com o aperfeiçoamento de seu arsenal de hygiene defensiva e offensiva, com a renovação e modificação das construcções e das habitações e melhoramentos edilicios, foi gradualmente recuando o dominio das infecções e parallelamente se fez sentir um certo declinio da taxa mortuaria pela tuberculose, que nos derradeiros annos tem oscillado em torno dos coefficientes de 12 e 11 sobre 10.000.

Em grande parte o facto é devido a que se trata de um centro urbano que, a não ser o nucleo central, é todo de construcção relativamente recente e de edificações novas, obedecendo já ás exigencias modernas da sciencia sanitaria, e tanto é isto verdade que os dados estatisticos e elementos numericos colhidos por nós, no tocante á procedencia dos pacientes

tratados no dispensario « Clemente Ferreira », fazem sobresair a predominancia dos casos da terrivel molestia na parte antiga, no quarteirão vetusto e colonial da capital paulista.

Se passarmos ao exame do que occorre com relação á tuberculose infantil, veremos que os dados, aliás bem escassos, que existem sobre este particular, parecem indicar uma frequencia muito restricta da doença nas primeiras idades 0 a 10 annos.

Assim compulsando e analysando os poucos documentos numericos insertos nos annuarios demographicos, a partir de 1906 até 1915, encontrámos as seguintes porcentagens sobre os obitos geraes:

1906	7 %	1911	5,8 %
1907	4,7 „	1912	6 „
1908	5,9 „	1913	4,4 „
1909	6,5 „	1914	6 „
1910	4,6 „	1915	3,6 „

algarismos notavelmente inferiores aos registados nas grandes capitaes européas e mesmo em Buenos Aires, no continente sul-americano.

Os numeros absolutos, que nos documentos estatisticos officiaes symbolizam a mortandade infantil de 0-10 annos pela tuberculose pulmonar e as fórmas mais habituaes nessa idade, longe estão de dar a medida da frequencia do terrivel mal durante tal periodo da vida, como os factos e as observações da derradeira decada tendem a pôr em evidencia nos diversos paizes mundiaes.

Tivemos a curiosidade de recolher dados estatisticos a contar de 1903, o foram os seguintes os algarismos que nos foi possivel reunir no attinente a este interessante ponto:

1903. Obitos totaes por tuberculose na idade de 0-10 annos, na cidade de S. Paulo-19, sendo:

	obitos
Por tuberculose pulmonar	7
„ „ meningeana ..	3
„ „ abdominal	9

1904. Obitos totaes por tuberculose-26, sendo:

	obitos
Por tuberculose pulmonar	10
„ „ meningeana	3
„ „ abdominal	10
„ „ gangliar	2
„ „ de outros orgãos	1

1905. Obitos totaes por tuberculose-29, sendo:

	obitos
Por tuberculose pulmonar	11
,, ,, meningeana	2
,, ,, abdominal	11
,, ,, gangliar	2
,, ,, generalizada ...	3

1906. Obitos totaes por tuberculose-27, sendo:

	obitos
Por tuberculose pulmonar	12
,, ,, meningeana	6
,, ,, ossea	3

1907. Obitos totaes por tuberculose-20, sendo:

	obitos
Por tuberculose pulmonar	5
,, ,, meningeana	4
,, ,, abdominal	6
,, ,, gangliar	1
,, ,, de outros orgaõs	3
,, ,, generalizada...	1

1908. Obitos totaes por tuberculose-22, sendo:

Por tuberculose pulmonar	11
,, ,, meningeana	3
,, ,, abdominal	3
,, ,, gangliar	4
,, ,, generalizada...	1

1909. Obitos totaes por tuberculose-28, sendo:

	obitos
Por tuberculose pulmonar	21
,, ,, meningeana ...	3
,, ,, abdominal	2
,, ,, de outros orgaõs	2

1910. Obitos totaes por tuberculose-22, sendo:

	obitos
Por tuberculose pulmonar	15
,, ,, meningeana ...	2
,, ,, abdominal	4
,, ,, generalizada...	1

1911. Obitos totaes por tuberculose-26, sendo:

	obitos
Por tuberculose pulmonar	14
,, ,, meningeana ...	6
,, ,, abdominal	6

1912. Obitos totaes por tuberculose-27, sendo:

	obitos
Por tuberculose pulmonar	16
,, ,, abdominal	6
,, ,, meningeana ...	2
,, ,, de outros orgaõs	2
,, ,, generalizada...	1

1913. Obitos totaes por tuberculose-25, sendo:

	obitos
Por tuberculose pulmonar	16
,, ,, abdominal	6
,, ,, meningeana ...	2
,, ,, generalizada...	1

1914. Obitos totaes por tuberculose-37, sendo:

	obitos
Por tuberculose pulmonar	27
,, ,, meningeana	4
,, ,, abdominal	2
,, ,, de outros orgaõs	4

1915. OBITOS TOTAES POR TUBERCULOSE-23, sendo:

	obitos
Por tuberculose pulmonar	10
„ „ abdominal	9
„ „ meningeana ...	1
„ „ de outros orgaõs	3

1916. OBITOS TOTAES POR TUBERCULOSE-18, sendo:

	obitos
Por tuberculose pulmonar	11
„ „ abdominal	3
„ „ meningeana ...	2
„ „ de outros orgaõs	2

Em resumo, no transcurso de 14 annos (1903-1916) occorreram em S. Paulo, 350 obitos por tuberculose na idade de 0-10 annos, sendo:

	obitos
Por tuberculose pulmonar	186
„ „ abdominal	83
„ „ meningeana ..	43
„ „ gangliar (inclusive escrofulas)	10
Por tuberculose ossea	6
„ „ de outros orgaõs	13
„ „ generalizada...	9
Total	350

Inquestionavelmente constituiria um facto excepcional, em perfeito dissidio com o que consigna a observação nos demais paizes e nas diversas cidades de outras nações, o reduzidissimo numero de obitos infantis por tuberculose, provado como está hoje que a tremenda endemia victima em larga escala os primeiros annos da vida, pelo menos de 1 anno em diante, revestindo fórmas diffusas, generalizadas, nomeadamente na *idade da lactancia*, em que a inexorabilidade da mórte pela infecção bacillar de Koch foi tida até recentissima data como um dogma intangivel, por avultado numero de pediatras e de tisiologos.

O enorme algarismo, que annualmente figura nos archivos demographo-sanitarios como representativo dos obitos por broncho-pneumonías, meningites e enterites chronicas, principalmente depois de 1 anno e 1/2—quer dizer que numerosos casos de tuberculose infantil são rotulados sob essas denominações, sabendo-se, como se sabe, que as localizações broncho-pulmonares, meningiticas e intestinaes do bacillo de Koch são nessa idade mascaras frequentes, disfarces communs da terrivel infecção.

As broncho-pneumonias do sarampo e da coqueluche são muitas vezes moeda da tuberculose, pois de longa data constitue conhecimento banal que esas infecções são molestias eminentemente provocadoras da eclosão do bacillo da tuberculose. De 1903 a 1916 os obitos por broncho-pneumonias no periodo da vida de 0-5 annos avulta em escala crescente, attingindo

668 em 1916, o que parece traduzir que em muitos casos se trata de broncho-pneumonias por intervenção do germen da tuberculose, pois em taes condições a infecção de Koch reveste a mascara broncho-pneumonica, como é de notoriedade geral, não se sabendo muitas vezes quando acaba a broncho-pneumonia commum e quando começa o processo broncho-pulmonar tuberculoso.

As athrepsias, as gastro-enterites chronicas são, por igual, em vultuosa quóta de casos, fórmas larvadas da tuberculose infantil. Disso podemos dar testemunho, baseados em factos numerosos observados no serviço de Consultorio de lactantes do Serviço Sanitario de São Paulo.

As difficuldades do diagnostico da tuberculose broncho-pneumonica no periodo de 2 a 4 annos de vida explicam porque frequentes vezes escapam á estatistica da tuberculose casos clinicos que se disfarçam sob as roupagens illusorias das localizações hilo-pulmonares.

E o que vem corroborar as asserções acima acerca da inverosimilhança de tão mesquinhos algarismos significativos da mortalidade infantil por tuberculose em São Paulo vem a ser a proporção avultada de tuberculoses gangliares, hilares, de infecções latentes, que as investigações radiologicas e as reacções biologicas vêm, de certos annos a esta parte, collocando em dominante relevo.

Desde 1908 inscrevemos todos os filhos dos tuberculosos assitidos pelo dispensario « Clemente Ferreira » da Liga Paulista contra a Tuberculose e que são conduzidos ao Instituto para pesquizas diagnosticas. Foram inscriptas, até o cabo do anno transato, 252 crianças desde 16 mezes até 15 annos, tendo reagido á tuberculina 107 ou 42,4 % de contaminados; muitas dellas apresentavam á exploração radioscopica ganglios e sombras hilares e ás vezes pontos obscuros nos apices.

De	0-2	annos	reagiram	5	ou 4,6	%;
De	2-4	„	„	9	„ 8	%
De	4-6	„	„	21	„ 19	„
De	6-8	„	„	25	„ 22	„
De	8-10	„	„	20	„ 19	„
De	10-12	„	„	15	„ 14	„

A mais alta percentagem de reactivos recaiu entre os de idade de 4-8 annos.

Os nossos algarismos são, em todo caso, bem inferiores aos assignalados pelos principaes tisiologos e pediatras da Europa e America do Norte, e mesmo aos de ARAOZ ALFARO e JULIO BAUZA na Argentina e no Uruguay. Os numeros que mais se lhes aproximam são os que regista LUCIEN LEANNERET na Suissa.

Em summa, cairiamos em erro se assentassemos a frequencia da tuberculose infantil em São Paulo nos dados estatisticos consignados nos documentos demographo-sanitarios em os quaes deixa de figurar não pequena quóta de obitos de broncho-pneumonias tuberculosas, de meningites bacillares e mesmo de tuberculoses intestinaes, cuja natureza não é reconhecida, cujo diagnostico não é especificado por muitos clinicos e praticos geraes.

Os coefficientes de reactores ás prôvas biologicas, as revelações que diariamente nos fazem as pesquizas radiologicas, instruem-nos com mais segurança sobre as proporções que assume a tuberculose na infancia, em que as formas diffusas no periodo de lactancia e as modalidades latentes-e larvadas depois do 2.º anno se apresentam reiteradas vezes, exigindo um estudo serio e profundo da questão, de molde a solucionar os problemas da prevemção e da assistencia ás crianças tuberculosas.

A defeza hygienica, a protecção prophylactica e a assistencia racional nessa momentosa phase da vida, nesse periodo melindroso da existencia, correspondem a necessidades imperativas, a reclamos fundamentaes da saude collectiva, do porvir sanitario desta cidade e do Estado de São Paulo.

Os asylos de lactantes, as instituições de abrigo para as crianças de peito, as obras—typo GRANCHER—para as crianças da 2.ª e 3.ª infancia, os sanatorios de preservação para os meninos na idade escolar, como o Sanatorio de Bragança da « Obra de preservação dos filhos dos tuberculosos pobres », as escólas para crianças debeis, as escólas ao sól, de Rollier, as colonias, de ferias em sitios de clima adequados, os sanatorios diurnos constituem uma solida linha de defeza, representando outros

tantos apparelhos de indiscutivel efficiencia na organização tutellar e de real influencia modificadora das crianças enfraquecidas e ameaçadas.

A'criança já tuberculosa temos que proporcionar adequadas instituições de assistencia, como as escólas hospitaes, as escolas-sanatorios, os hospitaes ou sanatorios maritimos em Santos ou outro ponto do littoral paulista, os sanatorios de campo e de altitude nos Campos do Jordão—estancia climatica de primeira ordem,—os hospitaes especiaes para crianças bacillares, como os de Ormesson em França e o de Vicente Lopez y Planes, proximo a Buenos Aires, installado e mantido pela benemerita Sociedade de Beneficiencia.

Com este armamento bem apparelhado e sabiamente coordenado poderemos lutar efficientemente contra o tributo mortuario que o flagello tuberculoso impõe á infancia, subtrahindo ao temeroso incencio opulento combustivel e defendendo das garras do insaciavel Minotauro numerosas victimas futuras, condemnadas sem isso a impiedoso morticinio.

EL NIÑO EN EL HOGAR DEL TUBERCULOSO

POR EL DR. RAMON IRIBARNE

Fichas 67-122c.

A cargo de uno de Los Dispensarios de la Liga Argentina contra la Tuberculosis. Asociación que entre otros fines tiene los siguientes: Estudiar esta afección en todas sus formas, las causas que la producen y los medios de evitarlas. Estudiar su profilaxis indicando las maneras sencillas y eficaces de practicarla al alcance de todos, combatir las causas directas o indirectas que la producen. Divulgar por medio de conferencias populares y publicaciones, instrucciones profilácticas, que deben ser por todos cumplidas, en beneficio propio, de la familia y de la sociedad. Hemos procurado estudiar en que condiciones se encuentran los niños que viven con los tuberculosos pobres que asistimos en el Dispensario.

La Tuberculosis se trasmite al niño directa o indirectamente del hombre o animal enfermo, pero deriva mucho más frecuentemente del contagio humano que de la alimentación.

En las cifras publicadas por el Presidente de la Liga Dr. Araoz Alfaro, resalta la diferencia considerable del tanto por ciento de cuti-reacciones positivas que encontró en los niños aparentemente sanos que no tenían tuberculosos en su familia, y en los que las tenían.

Así entre los primeros figuraban tan solo 7.5 % de reacciones positivas en niños de 1 a 6 años, cifras que se elevan al 39 % en los que tenían antecedentes familiares de tuberculosis.

En general aceptamos como un hecho que el lactante se contagia y muere cuando vive en contacto con un tísico, es un organismo que no tiene defensas contra la tuberculosis; infectado, la enfermedad no se detiene en la etapa primera, lesión de inoculación, sinó que rápidamente hace la lesión de difusión, etapa secundaria, que le produce la muerte. Cuando asistimos de tuberculosis a un niño menor de un año rápidamente encontramos en su hogar al enfermo causante del contagio.

Los Tuberculosos que tratamos concurren frecuentemente en grado avanzado de enfermedad, y es raro que podamos encontrar enfermos que tengan hijos vivos menores de 1 año,y sin traer las cifras que nos daría la estadística que llevamos —cifras que se pueden interpretar de diversas maneras—traemos la opinión que nos hemos formado, y diremos que es raro encontrar tísicos que tengan hijos vivos menores de 1 año, sea porque no estan ya en condiciones enjendrarlos o porque si los han tenido estos han fallecido al poco tiempo con diagnósticos muy diversos—lo que se explica fácilmente recordando que la tuberculosis del lactante puede revestir las formas clínicas más variadas, que es necesario estar prevenido de ese polimorfismo y del hecho común que en la autopsias se encuentran siempre lesiones que el examen clínico más atento no reveló durante la vida—el hecho concreto y exacto es: que los que ya estando tísicos tenían hijos menores de un año estos habían fallecido de afecciones que rara vez se consideraron tuberculosas.

Como excepción, podemos referir muy pocos casos felices en que hemos constatado algunos que dieron cuti-reacción positiva en el primer trimestre de vida y hoy tienen de 5 a 6 años de edad, por lo que aceptamos que aunque muy raro puede existir la tuberculosis latente o aparentemente latente en el niño menor de un año.

En los mayores del año nos encontramos con niños generalmente ruberculizados cuyas condiciones generales demuestran un estado de nutrición muy deficiente y en esto hallamos una diferencia con los tuberculizados que tratamos en los consultorios externos de nuestro hospitales, los segundos estan en general en mejor estado de nutrición, nos explicamos el hecho por las pésimas condiciones en que vive el hijo del tuberculoso pobre. No resalta la gran mortalidad en estos niños mayores del año, el hecho evidente es el deficiente estado de nutrición.

———

Entre nosotros la mayor parte de los enfermos son atendidos en los Dispensarios y en los consultorios externos de los Hospitales; viven en la misma pieza con el resto de la familia; en una investigación que hicimos (1) estudiando las condiciones de salubridad que presentaban las viviendas de 373 enfermos de tuberculosis abierta del pulmon, encontramos una vez que nueve niños vivían en la misma habitación con el padre tuberculoso avanzado y llegamos a la conclusión que las habitaciones de nuestros tísico seran focos intensos y permanente del contagio, por ser cuartos pequeños, humedos, obscuros, sin ventilación.

Cuando el padre es el enfermo, en general podemos asegurar que el niño recibe una alimentación muy deficiente y aunque raro, es posible encontrar algunos que han pasado la mayor parte del día con una taza de mate cocido.

Viviendo en contacto con un tísico, los peligros de infección, exacerbación y reinfección existen diariamente repetidas veces, y si agregamos que esos niños se desarrollan en un medio

(1) Tuberculosis y Habitación en Buenos Aires, G. Araoz Alfaro y Ramón Iribarne. Actas del Congreso Nacional de Medicina 1916.

antihigiénico, se alimentan mal, que muchas veces hacen trabajos que no corresponden a su edad, encontraremos un organismo en malas condiciones de defensa para resistir el contagio seguro en ese medio.

Considerada la tuberculosis como una infección que se adquiere en la infancia, se tiene tendencia a dividir con Hamburger la profilaxia de la tuberculosis en el niño, en profilaxia de exposición para los dos primeros años de la vida y profilaxia de disposición para los años posteriores, creemos que lo necesario e indispensable es procurar evitar el contagio y poner al organismo en las mejores condiciones higiénicas en todas las épocas de la vida, tan necesaria es la lucha directa contra el microbio como la indirecta que se dedica a vigorizar y aumentar las defensas orgánicas.

Los medios para evitar esta infección que se adquiere en la infancia son las que se establecen en todos los proyectos de lucha contra la tuberculosis y no entraremos en esos detalles; tan solo diremos que en líneas generales lo fundamental es separar al niño del tísico y particularmente del que no toma o no quiere tomar las precauciones indispensables, y ponerlo en las mejores condiciones higiénicas para aumentar sus defensas.

Pero esas medidas no podran ser tomadas mientras los gobiernos no resuelvan estudiar y dirigir la lucha contra la Tuberculosis. Se hace sentir la necesidad que el Estado organice definitivamente la asistencia social.

ESCUELAS AL AIRE LIBRE

POR LA STA. PILAR LLACHE

Directora de la Escuela al « Aire Libre »

Ficha 126.

Habiendo recaido en mi el honor de presentar un trabajo bajo sobre *Escuelas « al aire libre »* lo acepté pues me creo en el deber de tratarlo en mi carácter de Directora de la única escuela de esta naturaleza en el país.

Sin embargo tengo el convencimiento de que es tema conocidísimo entre las personas a quienes me dirijo, y, además de que no se necesita argumento para convencer a nadie sobre la bondad de ese sistema de escuela pues al enunciar el sistema, deja convencido. Basta con decir una escuela *al aire libre* para darle forma al generoso ideal de asistencia al niño.

Este asunto además sería mejor tratado por médicos, higienistas y pedagogos y no teniendo yo ninguno de estos títulos me limitaré a exponer aquí la asistencia que al niño se le presta y los resultados obtenidos en la escuela que a mi, con la valiosa cooperación de las autoridades escolares, me cupo el honor de fundar el día 16 de Junio de 1913.

Al establecer la escuela « *al aire libre* » se persiguieron dos fines: primero, beneficiar los niños débiles físicamente y segundo, continuar la acción de la enseñanza mientras se hallaran bajo un tratamiento especial.

Queda fuera de duda que la escuela realizó ambos fines. El mejoramiento es demostrado por su mayor habilidad muscular, físico elevamiento, energía, desemvolvimiento mental, moralidad y aumento de atención.

Los alumnos tienen el espíritu más lucido y un físico más armónico al terminar el período escolar que a su comienzo.

Además esta escuela viene a llenar una necesidad sentida por el Hospital para niños y la Escuela común. Ambos son tributarios de la *Escuela « al aire libre »* pues los niños que salen del Hospital solicitan la entrada a ella, como medio de continuar su restablecimiento físico mientras se alimenta también su espíritu con la enseñanza que en ella se dá.

La escuela común también manda aquellos niños que son ser normales su debilidad los coloca en condiciones de inferioridad como escolar siendo allí obstruccionistas para la tarea del maestro.

Esos niños enviados a la escuela « *al aire libre* » recobran su personalidad física y moral y los que hubieran sido irremisiblemente rezagados, después de unos meses de permanencia en la Escuela « *al aire libre* » llegan a llenar el programa escolar normalmente siendo así esta institución importante factor de mejoramiento social.

Un resumen de los resultados con respecto al aumento de peso, talla, perímetro toráxico, capacidad respiratoria y fuerza muscular sacados del libro de exámenes físicos individuales que allí se hacen ofrecen el testimonio de la obra de la Escuela.

Con el objeto de abreviar tomemos únicamente de dicho libro los datos que nos ofrecen el primer trimestre del año pasado por ser ya completo dejando los otros siguientes por ser similares al enunciado.

El examen médico en los meses: Enero, Febrero, y Marzo, nos da 27 alumnos dados de alta: 17 varones y 10 niñas, con los siguientes resultados.

VARONES

Número total de varones		17
Promedio de peso al ingresar	kgms.	25,130
„ „ „ „ ser dados de alta	„	29,340
„ „ aumento	„	4,210
„ „ talla al ingresar	mts.	1,26
„ „ „ „ ser dados de alta	„	1,29
„ „ aumento	„	0.03
„ „ perímetro toráxico a total inspiración al ingresar		0,64
„ „ „ „ „ „ al ser dados de alta		0,6
„ „ aumento		0,22
„ de capacidad respiratoria al ingresar	lts.	1,09
„ „ „ „ „ ser dados de alta	„	1 63
„ „ aumento	„	0,54
„ „ fuerza muscular al ingresar	kgms.	27,940
„ „ „ „ „ ser dados de alta	„	35,760
„ „ aumento	„	7,810
„ „ tiempo escolar	meses	7.

NIÑAS

Número total de niñas		10
Promedio de peso al ingresar	kgms.	26,750
„ „ „ „ ser dados de alta	„	31,030
„ „ aumento	„	4,280
„ „ talla al ingresar	mts.	1'28
„ „ „ „ ser dado de alta	„	1,33

Promedio de aumento	mt.	0,05
„ „ perímetro, toráxico a total inspiración al ingresar	„	0,63
„ „ „ „ „ „ „ „		
dados de alta	„	0,66
Promedio de aumento	„	0,03
„ „ capacidad respiratoria al ingresar	lts.	1,12
„ „ „ „ „ ser dados de alta	„	1,58
„ „ aumento	„	0,46
„ „ fuerza muscular al ingresar	kgms.	23,300
„ „ „ „ „ ser dados de alta	„	32,900
„ „ aumento	„	9,600
„ „ tiempo escolar	meses	7

Este cuadro comparativo podría ser amplificado con las pruebas a que se podría someter la hemoglobina si la escuela estuviese dotada de un laboratorio de análisis, que nos ilustrara en el porcentaje de hemoglobina de cada niño, al ingresar, comparándolo al porcentaje de la misma substancia al ser dados de alta, pero al no existir los medios, por lo menos podemos constatar el aumento de la hemoglobina por el mejoramiento general aparente en el color de sus mejillas. Siendo que el color rojo de la sangre es debido a la presencia de los corpúsculos de substancia química conocida por hemoglobina. Como esta substancia juega un rol importante llevando el oxígeno del aire de los pulmones a todos los tejidos del cuerpo y la proporción en que la sangre la contenga, es un dato de mucho valor para comprobar el grado de anemia y condiciones de salud del niño.

El mejoramiento producido en este sentido es notable: los niños palidos al ingresar toman un color rosa que desde la primera semana se hace cada vez más intenso. Aumenta el brillo de sus ojos. El pecho hundido al ingresar, pronto se levanta.

En conclusión notemos que en términos generales en 7 meses de escuela todos los niños aumentan:

Peso	hasta	kgms.	4
Talla	„	mts.	0,05
Perímetro toráxico	„	„	0,03
Capacidad respiratoria	„	lts.	1 1/2
Fuerza muscular	„	kgms.	9

El resultado es alagador si se tiene en cuenta además que la resistencia de los niños es elevada. Así es que aunque en la población infantil de esta ciudad en el año 1915, por ejemplo se desarrolló la escarlatina, difteria tos convulsa, sarampión, roseola, etc., de los 100 alumnos de la escuela, hubo un caso de roseola y uno de tos convulsa, apesar de que son los niños débiles los candidatos para contraer enfermedades contagiosas.

El libro de registro individual de los niños, nos demuestra que el aumento es más rápido en los dos primeros meses y que en los siguientes progresan más lentamente.

Con el fin de conocer la opinión de los padres sobre la influencia de la Escuela en sus hijos, se les remitió el siguiente cuestionario después de varios meses de su salida y sobre un total de 114 altas dadas en el año hubo el siguiente resultado.

CUESTIONARIO

1. ¿ Cree Vd. que la salud de su hijo ha mejorado ?

96 contestaron que si, 18 sin diferencia.

2. ¿ Se alimenta mejor que antes ?

91 contestaron que si, 22 sin diferencia, 1 se alimenta menos.

3. ¿ Influyó satisfactoriamente sobre su niño la escuela al aire libro en su aptitud para el trabajo ?

104 contestaron que si, 10 sin diferencia.

4. ¿ Parece más alegre el niño ?

100 contestaron que si, 14 sin diferencia.

5. ¿ Es más obediente el niño ?

99 contestaron que si, 15 sin diferencia.

A estos datos suministrados por los padres pueden agregarse un centenar de cartas muy expresivas de los mismos que la dirección de la Escuela ha recibido y conservado en el archivo, cartas en las que los padres por iniciativa propia, y, a fin de manifestar su agradecimiento, nos envían expontáneamente.

Desde el punto de vista medicinal esos resultados han sido logrados por simples medios, a saber; estando constantemente al aire libre, la acción del sol, la buena alimentación, frecuentes ejercicios respiratorios siestas o reposo absoluto, esmerada limpieza corporal e instrucción escolar disminuida en el número de horas.

VIDA ESCOLAR

La vida es al aire libre y se ajusta a la norma:

Doble ración de alimentos, de oxígeno y de sol, media ración de trabajos intelectuales en parangón con los niños fuertes.

El tiempo escolar diario es desde las 9 h. que es la entrada a la escuela, a 17 h. que es la salida.

Rige el mismo programa de las escuelas comunes, desde 1er. año de estudios a 6.º pero es muy elástico. En ciertos casos no se llena, en otros, especialmente en geografía, ciencias, trabajos manuales, ejercicios físicos e higiene se excede, aprovechando las facilidades que proporciona el contacto con la naturaleza y las condiciones de la Escuela método superior al empleado forzosamente en el salón de clase.

Las fotografías que se adjuntan, tomadas del Establecimiento en los diversos momentos del día escolar facilitarán la descripción.

Por esas fotografías se notará, por ejemplo, que las lecciones de geografía son prácticas y que buscando las condiciones del suelo, se estudia el curso del arroyo, su cauce, su orígen, y así se aprende la geografía descriptiva con asombrosa facilidad llegando a interesantes deducciones. Se hacen como se verá por otra fotografía, mapas en relieve, sobre el suelo del jardín y se trazan las rutas que la marina mercante sigue en sus viajes entre el Uruguay y demás países del mundo llegando a aprender hasta los alumnos más pequeños las producciones de cada país y el intercambio comercial, pues cada alumno con su nave en la mano, llena de mercadería, cruza el Atlántico del gran mapa y hace la carga y descarga en los diversos puertos que toca; mientras los demás compañeros critican su trabajo alegremente.

Otras veces se ocupa el tiempo en la contemplación de las bellezas naturales y los respectivos comentarios sobre color y forma y hasta se llega a experimentar emociones estéticas.

La zoología se estudia utilizando los ejemplares que el jardín proporciona, así se llega a observar los pájaros desde que fabrican sus nidos hasta cuando la pareja de padres enseña

a volar a los pichones ya crecidos y de la misma manera se estudia la vida de las abejas, avispas, arañas, hormigas, caracoles, sapos, lombrices, etc. e incidentalmente se estudiaron víboras, murciélagos, cuervos, que fueron huéspedes del jardín por algunos días; a todos se les observa sus metamórfosis, instintos, etc. y se sacan siempre dos lecciones de cada ejemplar, una científica, la otra moral, llenas de encantos y atractivos, jamás hay que pedirles que atiendan llegándose hasta hacer la clasificación zoológica.

En cuanto a la botánica se dispone de ejemplares de muchísimas familias de plantas y se estudia el crecimiento de sus órganos; además se hacen trabajos de jardinería. Un jardinero municipal que concurre los lunes practica los trabajos más pesados y los más delicados y luego los niño siguen el trabajo de jardineros en el resto de la semana, regando con mangas y regaderas, limpiando canteros, removiendo su tierra, se hacen almácigos, etc. pues se dispone de las herramientas, como se verá por una de las fotografías que acompaña.

No hay necesidad de hacer comentarios sobre la bondad de esos trabajos de los niños, desde los puntos de vista higiénicos, científico, económico y moral. Ellos llegan a comprender los cuidados que las plantas exigen, conocen lo que las perjudica y concluyen por amar a la generosa tierra que tantos placeres les proporciona.

Además de los trabajos de jardinería y construcción de mapas a relieve, se hacen otros trabajos manuales empleando paja, rafia, esterilla mimbre, piolín, alambre, celuloide, etc. materiales estos que el aire libre no los desmerece y con los que se construyen canastos, asientos para sillas, red, hamacas, shares costureros, esponjeros, etc. etc. según la edad del educando. Las niñas cosen además.

El dibujo es copiado del natural y se colorea. Como se comprenderá es muy fácil encontrar modelos viviendo en un jardín. Es una asignatura ésta que agrada mucho y se coleccionan algunos lindos trabajos.

Al programa de cultura física, se le presta mucha atención, siendo todos los ejercicios propios para niños débiles. Cada media hora se suspende cualquiera ocupación que se tenga y

de pié se hacen ocho movimientos de respiración profunda con completa corrección a la voz de: *aspirar*, *inspirar* dadas por la maestra de clase. El programa de juegos metodizados con pelota medicinal o sin ella es el siguiente:

JUEGOS METODIZADOS

1.a *Parte*

1. Pasando la pelota de lado, (ambos sexos).
2. Pasando la pelota por las piernas, (varones).
3. Saltos con la pelota medicinal eliminando al contrario, (ambos sexos).
4. Carrera de carroza, (ambos sexos).
5. Dale leña, (varones) (rueda).
6. Mancha de los monos, (ambos sexos).
7. El picaflor, (canto baile)

2.a *Parte*

1. Pasando la pelota por encima de la cabeza, (ambos sexos).
2. Cambio de bando con pelota al aire, (ambos sexos).
3. Carrera de pelota rodando, 1.° de frente, 2.° de espalda.
4. Sobra el tercero, (ambos sexos) (rueda).
5. La banderita triunfante, (rueda).
6. Rueda con pelota al aire.
7. La primavera, (canto baile).
8. Valley boll.

Se sigue un curso completo de bailes gimnásticos y clásicos.

PROGRAMA DE BAILES

Baile inglés, holandés, dinamarques, Luis XV, alemán Wáshington, ruso, y por último se practica la expresión plástica de la música según la escuela de la Duncan.

Como medio musical el fonógrafo especial para escuelas al aire libre, que se podrá ver en una de las fotografías adjuntas donde los niños oyen la Leyenda Patria, declamada por el autor Dr. J. Zorrilla de San Martín, la víspera del 19 de Abril.

Los cantos variados, son bien escogidos.

Como continuación de cultura física se aconseja siempre que lleven bien alta la corbata y espalda estrecha. Con esta órden se corrige el pecho hundido y la espalda agobiada. No hay porque decir que esos bailes y ejercicios con música, proporcionan gran regocijo en los escolares, así como los conciertos con fonógrafo que se suelen improvisar cuando el mal tiempo obliga a refugiarse por un rato en el pabellón de un modo imprevisto y fuera de hora de trabajo escolar.

Los niños reciben dos buenas comidas: la de las 11 h 30 m. a 12 h 30 m. es la más importante del día muy abundante y nutritiva.

La mesa adornada todo el año con flores y provista de blancos manteles y servilletas presenta un aspecto emocionante y alegre con los 100 comensales lo que puede observarse en las fotografías. Una representa una comida en el jardín como pic-nik, la otra la merienda a las 15 h 30 m. en el pabellón. Los niños comen en compañía de la Directora y una auxiliar del Establecimiento practicando en la mesa todas las reglas de urbanidad.

Una parte importante es la siesta o reposo absoluto ensilencio obligado para estimular el sueño, que los niños ganan por espacio de una hora y media todos los días, de 13 h a 14 h 30 Una fotografía de las que acompaña representa la siesta en invierno, con sillones, envueltos en mantas; la otra es la siesta de Enero.

La auxiliar acompaña en la siesta a los niños y siguiendo la escuela su misión educadora, se corrigen los vicios de posición al dormir que al ingresar tienen algunos. En general se duermen tan profundamente que cuesta trabajo el despertarles de la reparadora siesta en medio de un baño de oxígeno y luz.

La enseñanza de la Higiene se da prácticamente y por conferencias sobre los temas: Fronteras de las enfermedades. Higiene moderna. Lucha contra alcoholismo, tabaquismo, etc. Estas conversaciones se hacen los viernes cuando los niños sentados expresamente en la mesa con un cuarto de hora de anticipación y mientras se espera la sopa, la maestra habla a todos en general produciéndose una verdadera sugestión en

cuanto se afirma que la mejor bebida es el agua pura que las limpias jarras de cristal contienen.

Prácticamente se consigue que los niños se bañen, tengan limpia la dentadura, traigan guardapolvo y pañuelo que muestran diariamente, que se laven antes de comer y después, que enjuaguen su boca después de cada una de las dos comidas tomadas en la escuela y por fín se extirpa la pediculosis pudiéndose citar el hecho que de 100 alumnos revisados en la última inspección general que hizo el Sr Médico Director, solamente en dos niños pudo constatar la presencia de parásitos. Esto constituye un verdadero éxito de la escuela si se tiene en cuenta la plaga del parásito en la población infantil de la escuela común.

Todo se consigue haciendo la revisión individual diaria y consiente de parte del personal y por repetidos consejos y estímulos. Se enseña y se exige que se combatan las boqueras, empeines, etc. y cuando se presentan un caso rebelde de enfermedad contagiosa en la vista, piel, uñas o cuero cabelludo, o enfermedades nerviosas llamadas contagiosas por imitación, se suspende al niño para que pueda curarse evitando la propagación.

Cuando un niño se siente indispuesto en la escuela, se le toma la temperatura, se le mira la garganta empleando el baja lengua individual, de madera, que se inutiliza al instante de ser empleado y si el niño no presenta síntomas alarmantes se le autoriza para no entrar a clase y tomar un sillón y manta para que se entregue al reposo absoluto en un lugar del jardín, sólo, elegido por él, pero indirectamente vigilado por el personal; so, oxígeno y tranquilidad son sus reconstituyentes. Generalmente después de unas horas el niño declara encontrarse bien y pide para volver al trabajo escolar. En caso alarmante se da aviso al Sr. Médico Director o se acompaña al niño hasta su domicilio.

DE LA ASISTENCIA DIARIA DE LA ESCUELA

Todos los que estamos familiarizados con la escuela común sabemos que inquiriendo del niño la causa de su inasistencia

a clase, éste argumenta su enfermedad: « no asistí ayer por hallarme enfermo » dice el alumno interrogado en casi todos los casos.

En la Escuela « *al aire libre* » hay una asistencia asombrosa, algunas veces no falta ni un alumno y en general la asistencia media anualmente considerada es de 92 por %.

¿ El niño siente predilección por la Escuela « *al aire libre* »?

Lo seduce y atrae a la escuela el contacto con la Naturaleza y la comunicación que con ella establece el maestro en la enseñanza y esos pic-nik diarios hacen en el niño olvidar aquellas pequeñas dolencias que se le hacían insoportables en la escuela común, dolencias que aprovechaba para presentar como disculpa por su inasistencia.

¿ O será que el malestar desapareció porque el delicado conjunto físico del niño debe estar, « cual racimo bien maduro, expuesto al sol » para alcanzar su armonioso y perfecto desarrollo ?

Acaso actúen los dos factores: por un lado, la predilección del niño por la enseñanza al aire libre, y, por otro, su salud restablecida por el tratamiento a que es sometido y quizas podría agregarse un tercer factor, a saber: el interés de los padres.

En consecuencia está probado por nuestra Escuela al aire libre, que ella fomenta la mayor concurrencia de los pequeños educando a los centros de enseñanza.

AMBIENTE ESCOLAR

El ambiente escolar debe ser objeto de observación para los que se interesan por la niñez.

Los niños aman a su escuela y sienten predilección cada uno por su clase, y la recuerdan, pues, una vez dados de alta, visitan la escuela con frecuencia durante todo un día y lo pasan prodigando cuidados a aquellas plantas que estuvieron a su cargo en otro tiempo. Los padres de los alumnos agradecidísimos la miran con devotísima admiración a juzgar por las frecuentes cartas que se reciben.

Para concluir diremos que la acción de esta escuela es muy compleja pues además de beneficiar la salud y dar la instrucción primaria, los niños son guiados cuando comen, duermen, viajan, hacen su aseo personal, etc. en una palabra, aprenden a vivir ordenadamente por enseñanza directa del maestro. Pues la escuela «*al aire libre*» saca durante el día al niño del seno del hogar para conducirlo a perfecto ambiente desde el punto de vista higiénico y moral prestándole la asistencia para acrecentar la salud del cuerpo y del alma y lo consigue a entera satisfacción del más exigente en este asunto. Luego al atardecer lo devuelve a la familia alegre y fuerte donde los sentimientos familiares prenden y se avivan al soplo de las caricias paternas y fraternales, pues no dudaremos que la familia entera recibe alegremente al niño que ha estado ausente todo el día.

Dicha escuela lo aleja de la familia lo necesario para elevarlo sobre el nivel de la masa y lo deja permanecer en ella el tiempo suficiente para que broten los tiernos afectos que forma el vínculo de la familia.

CONCLUSIONES

1.º Con este sistema de Escuelas el Estado cumple mejor su misión de reparación en la desigualdad de las clases sociales.

2.º Es así como el Estado prepara los *principios de la democracia*.

3.º Los desgraciados pertenecen a la especie tanto como los sanos y los vigorosos.

4.º Una generación particular no es un simple medio o un simple término de transición para las generaciones futuras; su miseria y sus sufrimientos propios pesan también en balanza como un peso independiente, cuando se trata de juzgar el valor de la vida.

5.º Tales son las razones que fundan la legitimidad y la importancia de la filantropía en la cultura del niño

6.º Los niños de las ciudades deben salir de ella diariamente con sus maestros y en santa procesión dirigirse al campo para

que sus cuerpos y sus almas sean vigorizados con los bálsamos que destila maestros y natura.

Admitidas estas conclusiones, es necesario reconocer como legales las siguientes.

PROPOSICIONES

La Escuela «*al aire libre*» debe ser la forma de escuela del porvenir.

No se debe esperar que el niño sea débil para mandarlo a la escuela «*al aire libre*».

A ella deben ir todos los que lo deseen.

Las Escuelas al aire libre deben multiplicarse en nuestra América, por la salud y por la raza.

Dr. J. Scoseria. — Estos aplausos que acaban de tributarse dicen con una elocuencia que yo no podría usar, la complacencia con que la Sección ha escuchado la lectura del trabajo de la Sta. Llache. Ese trabajo constituye el mejor alegato a favor de la escuela al aire libre, y muestra, en los resultados que expone, con cuanta dedicación y entusiasmo se ha dedicado a su organización la Señorita Directora. Y no podía ser de otra manera, puesto que, los que hemos tenido ocasión de visitar varias veces esa Escuela, la hemos visto en su obra, y sabemos cuanto es el cariño y cuántas las energías que ha puesto al servicio de esa noble causa. Por eso mi aplauso, como el que le ha tributado la Sección no podía ser más expontáneo ni más entusiasta.

Hecha esta manifestación de estricta justicia, debo, en mi carácter de Delegado de la Liga U. contra la Tuberculosis, y como su Presidente accidental, reparar un olvido que si no fuera tal, importaría una injusticia de que nunca he creido capaz a la Señorita Directora. Atribuyéndolo pues, a un olvido voy a subsanarlo porque creo que ello interesa para mantener el prestigio que necesitan las instituciones que viven, como la citada Liga, del concurso popular.

La Escuela al aire libre, primera y desgraciadamente única que existe en el país, fué fundada por la iniciativa de la Liga U. contra la Tuberculosis, la que propuso la fundación a las autoridades escolares, suministrando el local y cargando con los gastos de funcionamiento, debiendo atender la Dirección General de Instrucción Pública a los emolumentos de los maestros y a la provisión del menaje escolar. Resuelta la fundación de la escuela en las condiciones propuestas por la Liga, se llamó á concurso para proveer la Dirección, y la Sta. Llache obtuvo brillantemente el puesto. Ella tuvo que planear y organizar la Escuela; y como lo ha hecho y que

resultado ya obtenido, lo dice con elocuencia la comunicación que acabamos de oir.

El presidente Dr. G. Araoz Alfaro. — Ha de permitirme la asamblea que exprese mi felicitación entusiasta a la Sta. Llache por la hermosa exposición que acaba de hacer. Había ya visitado su Escuela, y, ahora, al oir la descripción de la obra y de sus resultados, emocionaba gratamente las impresiones que allí tuve. Los resultados que la Sta. Llache ha obtenido, y la manera como acaba de expresar sus convicciones, no pueden ser más elocuentes. Ella nos ha dicho que no era ni médico, ni higienista. Su trabajo nos ha mostrado que en cuanto a este punto, es todo eso y más aún: mujer inteligente y llena de abnegación para el niño.

El Dr. Sebastian B. Rodriguez felicita a la Sta. Llache y pide que se tenga en cuenta el voto porque las escuelas al aire libre se extiendan cada vez más.

LA ESCUELA COMO MEDIO DE PROPAGANDA CONTRA LA TUBERCULOSIS, LA SIFILIS, EL ALCOHOLISMO Y LOS QUISTES HIDATICOS, ETC.

Fichas 53(C)

Por el Doctor Sebastian B. Rodriguez

22c. 49, 5 140

CONSIDERACIONES GENERALES

Muchas enfermedades contagiosas que producen serios estragos en todas las poblaciones y que se derivan de la vida en común y social, con todos sus defectos, con todos sus peligros, con todos sus refinamientos y con todos sus placeres, han merecido en varias oportunidades en estos últimos tiempos una atención especial de los hombres de ciencia y de sano criterio, que han dado mérito a una serie de medidas previsoras para evitar su crecimiento y disminuir los efectos funestos sobre nuestro organismo.

Quiero referirme a la *tuberculosis* humana en todas sus formas, a la *sífilis* en general con todos sus derivados, al *alcoholismo* con todas sus terribles consecuencias, a los *quistes hidáticos* con todas sus generalizaciones, motivo especial estas cuatro primeras plagas sociales de mi exposición, citando solamente de paso aquellas otras que también deben ser motivo de atención por parte de los estudiosos y que ya las tenemos desarro-

lladas en nuestro medio ambiente, como ser los derivados del abuso del tabaco, de la morfina, cocaína, etc. etc. etc.

La lucha social entablada hoy en todos los países civilizados para combatir estas enfermedades y detener sus avances, comprende una serie de medidas y elementos de defensa que sería largo enumerar, además de innecesarios, por conocerlas ya este auditorio, pero seame permitido hacer destacar los inmensos beneficios que aún pueden obtenerse en esta lucha, si utilizamos para ello el ambiente escolar, en sus diversas fases: la escuela primaria en todos sus grados, la escuela normal y las escuelas de adultos.

Si queremos proceder con criterio científico y previsor, si deseamos establecer medios de defensa estables y productivos, de acción lenta pero segura, insisto una vez más en declarar publicamente que la base indispensable para iniciar esa lucha y hacer esa defensa colectiva, reside en la escuela y sobre todo en la escuela primaria donde se encuentra la agrupación infantil, base de todas las demás agrupaciones y punto de arranque para efectuar una instrucción sanitaria especial, que siendo individual primero, se generaliza despues y se extiende de la escuela al hogar y a la familia; de esta a la sociedad donde vive y de allí a todas las demás colectividades, a los hogares futuros y en una palabra al país entero.

La instrucción sanitaria efectuada con método en las escuelas primarias y normales salva totalmente los escollos con que se tropieza en la edad adulta, haciéndose con ella verdadera campaña profiláctica, porque la enseñanza higiénica hecha en dicho medio es la única fértil y segura en resultados positivos, pues es allí donde pueden infiltrarse con toda facilidad los preceptos concernientes al contagio y a los cuidados de protección individual.

Esta instrucción sanitaria efectuada en el ambiente escolar y en la edad de la infancia, además de ser práctica por los resultados eficientes que con ella se obtienen, posee también la ventaja de poder efectuarse con mayor facilidad, pues la avidez de saber, de querer conocerlo todo como puede muy bien observarse en los niños, esa curiosidad fébril y ese afán de preguntar todo y de que están anciosos los cerebros infantiles,

simplifica enormemente la tarea del maestro, pues la asimilación de conocimientos y el aprendizaje que se realiza es de resultados durables por haber sido efectuado en cerebros vírgenes e intelectos fácilmente impresionables y con una gran receptibilidad.

La educación sanitaria que se haga en la edad de la niñez, en esa agrupación infantil que acude sobre todo a nuestras escuelas primarias sería siempre y en todos los tiempos un factor en el progreso no solo de las ciencias médicas, sinó también y lo que es más importante, un factor poderoso que influirá favorablemente en la lucha social contra la tuberculosis, la sífilis, el alcoholismo, quistes hidáticos, etc. contribuyendo así a dar un gran impulso a la medicina preventiva que es la medicina del futuro y a la que todos aspiramos. Buscamos orientarnos en la lucha contra la invasión y propagación de las enfermedades contagiosas y trasmisibles,—pues bien—no olvidemos entonces que las mayores causas de difusión y contagio de dichas dolencias las encontraremos casi siempre en la ignorancia de las grandes agrupaciones sociales, en el bajo pueblo, y que esta ignorancia del pueblo es la causa fatal e inconciente de los errores de apreciación y de criterio en todas las cuestiones que atañen a la salud individual y colectiva.

No olvidemos que en todas las épocas y en todos los países del mundo, cuando el flagelo de una enfermedad contagiosa y epidémica hace presa de una población, donde mayores estragos produce, es siempre en las agrupaciones pobres, donde impera la ignorancia y la falta de recursos.

Vulgarizar los conocimientos médicos de esas enfermedades contagiosas, vulgarizar las prácticas higiénicas para evitar su difusión y propagación es contribuir a hacer medicina preventiva, es efectuar una lucha social contra esos males, y hacer desaparecer una de esas dos poderosas causas citadas.

Enseñar a los niños desde las bancas de la escuela a tener en cuenta los intereses individuales y colectivos para conservar sano su cuerpo por medio de la observación de preceptos de higiene preventiva apropiados a cada caso y a las diferentes enfermedades contagiosas, es hacer obra práctica y previsora, es darles la mejor lección de defensa social contra los

enemigos invisibles que nos asechan diariamente y es formar agrupaciones ilustradas en cuestiones sanitarias que seran nuestras sucesoras en el porvenir para perpetuar dicha lucha y para el mejoramiento de la raza.

La realización de este plan de defensa escolar para combatir el desarrollo de estas enfermedades, es perfectamente factible; para llevarlo a la práctica solo es necesario aunar esfuerzos y voluntades, hoy en días dispersos entre hombres y autoridades que se hallan bien intencionados para realizarlos y es a ello que tiende la exposición que paso a mencionar.

LA ESCUELA FRENTE A LA TUBERCULOSIS

El programa a desarrollarse en la escuela para detener los avances de la *tuberculosis* comprende las siguientes bases esenciales:

1.º La enseñanza de la Higiene preventiva anti-tuberculosa en las escuelas normales para tener preparado al magisterio nacional.

2.º La prosecución de dicha enseñanza en todas las escuelas primarias en general.

3.º Continuación de dicha enseñanza en las escuelas de adultos.

4.º Inspección sanitaria y rigurosa de todo el personal docente creado y por crearse.

La primer parte de este programa exige la intervención inmediatada de nuestro Consejo de Enseñanza Primaria y Normal, para intensificar más de lo que se hace actualmente la educación sanitaria de nuestros futuros maestos, para cuyo fin se hace indispensable la iniciativa inmediata de dicho consejo en ese sentido, secundada por el Cuerpo Médico Escolar y La Liga Uruguaya contra la Tuberculosis.

Para preparar a nuestro magisterio en cuestiones de higiene anti-tuberculosa pueden utilizarse en nuestro medio los siguientes elementos. Ampliación de los programas actuales en dicha materia; realización de cursos especiales en las escuelas normales dictados por profesores especializados en higiene pública y privada con lecciones prácticas y objetivas en las cuales

podrían también tomar parte los Médicos Escolares en la Capital y los delegados del Consejo de Higiene en los demás Departamentos de la República. La concurrencia a estos cursos debe ser obligatoria para todos los alumnos de las escuelas normales; para la prosecución o complemento de la enseñanza de dicha higiene al personal docente en actividad, debe utilizarse el sistema de las conferencias teórico prácticas también con carácter obligatorias y hacerlas extensivas a los profesores de enseñanza privada. La segunda parte de este programa o sea la enseñanza de esta higiene a los niños estaría basada en los siguientes medios educativos. Lecciones cortas de carácter práctico en estilo de conversaciones para facilitar la comprensión de los alumnos y de acuerdo siempre con la edad; utilización de las cartillas de lectura sobre dicha materia ya existentes u otras que se consideren más convenientes; los cuadros murales formulados por Médicos higienistas; los cuadros gráficos y numéricos que ayuden a gravar dichos conocimientos; leyendas alusivas en caracteres gruesos para colocar en las paredes de las clases; cuadernos de escritura con esas mismas leyendas como muestras de caligrafía; negativos fotográficos para dar lecciones con proyecciones luminosas; lecciones sobre objetos y sobre utensilios de la vida diaria referentes a la comida, a las bebidas, a las prendas de vestir y de comer como ser el mate, la leche el pañuelo, el plumero, la escoba y varios otros de donde pueden sacarse múltiples y provechosas deducciones de higiene profiláctica.

La tercera parte de este programa es la utilización de las escuelas de adultos para la prosecución de dicha enseñanza, sobre cuya finalidad no debo insistir y para la cual se pueden emplear los mismos elementos de educación citados ya para las escuelas primarias.

La cuarta parte de este plan comprende el diagnóstico precóz de todas las enfermedades que puedan tener los miembros del personal docente tanto de escuelas públicas como privadas y con particularidad el de la Tuberculosis Pulmonar o Laríngea. Se deben observar con toda rigurosidad las reglas de profilaxis pertinentes y que consistirán en los exámenes reiterados y periódicos de todos los profesores existentes y de los aspirantes

a dicho título con el objeto de evitar la entrada de maestros enfermos al Magisterio Nacional.

Completaría este plan de defensa, la creación de una asociación mútua entre maestros para la lucha contra la Tuberculosis, secundada necesariamente por el Estado.

LA ESCUELA FRENTE A LA SIFILIS

El desarrollo cada día más creciente que van adquiriendo en todos los países las enfermedades venéreas, obliga hoy más que nunca a colocar sobre el tapete de la discusión, la cuestión tan debatida de como se debe organizar una cruzada contra la sífilis, y dirigirla sistemáticamente en el sentido de iniciar esa lucha no solo en nuestro país sinó en una forma que realice una defensa internacional.

Nuestras autoridades sanitarias acaban de dar en nuestro país un gran impulso a dicha obra de defensa, con la creación e instalación de los dispensarios gratuitos contra la avariosis, pero eso no basta, pues consecuentes como debemos ser siempre en cuestiones médicas, y de medicina social sobre todo, con el principio archiconocido de prevenir más bien que curar, si bien justificamos y aplaudimos esa obra de protección y de cura para los ya enfermos, debemos exigir algo más, para cuya finalidad se impone desde luego la educación y la protección de la juventud, para que no tenga que pagar su tributo a dicha calamidad social.

Surge desde luego el medio escolar para efectuar esa educación y para utilizar la escuela como medio de lucha contra dicha enfermedad, tenemos que tratar resueltamente y en primer término el escabroso asunto de la educación sexual, que si bien es aceptada en general por la mayoría de los médicos levanta todavía muchas resistencias en las demás agrupaciones sociales y es de difícil ejecución en la práctica.

Es bien sabido que con el criterio actual de la medicina moderna las enfermedades llamadas venéreas han dejado de ser secretas y vergonzantes como todavía algunos las denominan, para entrar a formar parte del grupo de enfermedades simplemente contagiosas y desgraciadamente muy comunes.

Para proceder con método en esta cuestión, sobre la cual no hemos hecho nada concreto, al menos en estos países de América, aconsejo que se deben utilizar por el momento para iniciar esta lucha, las escuelas normales y de enseñanza secundaria o superior, así como las escuelas de adultos, iniciando en ellas cuanto antes la enseñanza sexual, con programas especiales en los cuales se trate con toda amplitud las cuestiones referentes al conocimiento de la profilaxis individual y colectiva de las enfermedades venéreas.

La enseñanza sexual en las escuelas que acabo de citar se impone desde ya, y cuanto más tardemos en implantarla tanto más tendremos que arrepentirnos; esta enseñanza debe ser realizada por elementos ajenos a la escuela, por médicos higienistas que deberán desempeñar su cometido con un programa preparado de antemano y utilizando para ello los siguientes medios: Conferencias o lecciones sobre higiene sexual y de puericultura; confección de cartillas sobre el mismo tema redactadas por especialistas en la materia o monografías como las del profesor FOURNIER; diagramas y cuadros numéricos que pongan de manifiesto los estragos producidos por la avariosis. Utilizar el teatro y el cinematógrafo como auxiliares de dicha enseñanza; el primero por medio de obras literarias que respondan a esa finalidad y el segundo llevando a la película y de allí a la pantalla cinematográfica las múltiples escenas de la vida real que pintan de una manera inequívoca los peligros de la sífilis en el presente y en el futuro.

Completaría esta enseñanza de los maestros normalistas tanto hombres como mujeres, las visitas a las Salas-cunas y a los Asilos Maternales y de Huérfanos para poder apreciar en la vida real entre otras muchas cosas los resultados inmediatos de la infección sifilítica en la descendencia.

Entiendo que este Congreso debe secundar esta iniciativa, que no es nueva, puesto que ya ha sido formulada en otras oportunidades y activar las gestiones tendientes a organizar la educación sanitaria de la avariosis y la enseñanza sexual en nuestras escuelas normales y superiores porque esta es la única manera de hacer eficiente la acción de ella sobre las generaciones del presente y del futuro.

Escritas estas líneas he visto que se ha presentado en el Consejo de Enseñanza Primaria un proyecto para reglamentar esta enseñanza en las escuelas; sería de desearse que la idea hiciera camino.

LA ESCUELA FRENTE AL ALCOHOLISMO

La escuela primaria en primer término y las demás escuela en general poco o nada han hecho hasta el presente en nuestro país para combatir el abuso de las bebidas alcoholicas, que es el cáncer que corre gran parte de todas nuestras clases sociales y una de las causas mas seguras de nuestra despoblación y de degeneración de la raza.

Nuestras autoridades escolares deben con toda premura secundar las nobles miras de los actuales legisladores y dela Liga Nacional contra el alcoholismo que están empeñados en reprimir por diversas medidas coercitivas el desarrollo de este vicio, aprovechando el vasto escenario de la escuela que a diario les brinda mil oportunidades para ello y desde el cual puede proclamarse con toda seguridad la abstención del alcohol.

La escuela primaria para convertirla en el primero y más poderoso baluarte contra el alcoholismo tiene que empezar por ser el punto de partida para inculcar la abstención absoluta de toda bebida espirituosa y condenar la moderación en beber alcohol a todos los niños que acuden a ella, pues en esta cuestión, y sobre todo en la infancia, no deben admitirse término medios, por la sencilla razón de que la abstención evita todo peligro mientras que la moderación los conserva.

La templanza proclamada y ejecutada en otros países, puede aceptarse con toda confianza para los fines del presente y del futuro, porque ya ha sido puesta en práctica y ha dado resultados favorables. Debemos hacer pues sin más demoras lo que sobre este particular han hecho ya en Inglaterra, Norte América, etc. seguros que obtendremos los mismos éxitos, pues to que los niños son los mismos en todo tiempo y lugar.

La escuela a la vez que nos puede servir para formar esos hábitos de abstención puede ser útil también para el fomento de la enseñanza antialcoholica, la cual partiendo de la escuela

normal debe extenderse a la primaria; educar primero a los maestros para que estos a su vez puedan despues con la palabra y el ejemplo inculcar en los cerebros infantiles los hábitos de templanza y las enseñanzas que se derivan del abuso del alcohol.

La lucha contra el alcoholismo en la escuela primaria puede pues sintetizarse en dos partes principales.

1.º Formación de sociedades de templanza.

2.º Organización y desarrollo amplio de la enseñanza anti-alcoholica.

Las sociedades de templanzas escolares si bien han merecido alguna crítica por parte de quienes están interesados en mantener el expendio del alcohol, han salido siempre triunfantes en dicha discusión; pues no hay duda alguna que supone una gran ventaja para el porvenir de nuestras generaciones, el hecho de desarrollar hábitos de abstención en una edad en que dichos hábitos pueden ser duraderos y provechosos, pues ya sabemos desgraciadamente lo que se puede obtener con la prédica de la templanza en la edad adulta, y más sobretodo cuando ya están familiarizados con el alcohol.

Por lo demás, si no aprovechamos la edad escolar para desarrollar estas costumbres ¿ cuando lo haremos ? « La inmensa mayoría de la población infantil masculina que acude a nuestras escuelas primarias pertenece a las clases modestas y de gente obrera y una vez que salen de ella alos doce o catorce años es para ir al taller, a las fábricas, etc. no vuelven más a ningún centro de instrucción y no encontrarán ya a más nadie que se ocupe de ellos y les señale el peligro.

El hábito de templanza desarrollado en el niño así como la enseñanza anti-alcoholista hecha en esa edad produce un doble resultado; desvía al adolescente del vicio y puede producir una acción benéfica en el hogar, cuando este se halle contaminado, pues la conducta del hijo puede producir en muchos casos una reacción favorable en los padres ya sea por el ejemplo o por la emulación.

Para completar la influencia decisiva que tendría la escuela sobre el alcoholismo, hay que reglamentar de nuevo y hacer obligatoria la enseñanza de la higiene anti-alcoholica por me-

dio de programas especiales tanto para las escuelas normales como para las primarias las cuales comprenderían: el estudio del alcohol; su composición y diversas clases de bebidas; sus efectos sobre el hombre; su acción fisiológica y patológicas; saber lo que es alcoholismo agudo y crónico; descripción de las alteraciones que sufren todos nuestros órganos. Efectos del alcohol sobre las familias; herencia alcoholica; efectos del alcohol sobre la sociedad-morbosidad y mortalidad; degeneración de la raza, etc. etc. Esta enseñanza para que tuviera mayor repercusión, al menos en las escuelas normales, convendría que fuera hecha despues de las horas de clase y por personas preparadas y extrañas a la escuela.

En las escuelas primarias convendría también designar un tiempo determinado en los horarios para realizar dicha enseñanza, destinando por lo menos una media hora por semana para ese fin. Los alumnos de los grados superiores deben llevar un cuaderno especial para la transcripción de los ejercicios relativos a la enseñanza anti-alcoholica y los de las clases inferiores deben utilizar también cuadernos con máximas y preceptos en contra del uso del alcohol, como muestras de caligrafías; en uno y otro caso el uso del cuaderno tiene varias ventajas de órden pedagógico y práctico para inculcar con más eficacia las lecciones del maestro y para que con su lectura en el seno de la familia pueda extenderse dicha enseñanza, más allá de la escuela.

Agreguemos a todos estos elementos de educación, todos lo demás que ya hemos indicado para la tuberculosis y la avariosis, como ser cuadros murales, conferencias luminosas, etc. y tendremos completo el plan de campaña para que la escuela sea una ayuda poderosa para combatir el funesto vicio del alcohol.

LA ESCUELA FRENTE A LOS QUISTES HIDATIVOS

La sociedad de medicina de Montevideo hace ya varios años inició una campaña en contra de este mal, alarmada por el incremento cada día mayor que ella iba tomando en nuestro país. Se hicieron publicaciones diversas, se confeccionaron carteles

murales, se dieron conferencias especiales sobre su etiología, medios de propagación, etc. por médicos delegados de dicha sociedad que salieron a campaña donde está más desarrollado este mal, aprovechando las reuniones y ferias ganaderas en los grupos rurales, obteniéndose con ello relativos beneficios. Entiendo que en ese entonces se olvidó el factor escuela como elemento de lucha para intensificar dicha propaganda y sobre todo la escuela rural, las escuelas de nuestra campaña, donde utilizando esos mismos medios empleados por la sociedad de medicina para hacer vulgarización científica, hubiéramos podido con toda seguridad obtener resultados más positivos y duraderos.

Yo he visitado muchas escuelas de nuestro interior del país, en departamentos alejados de la Capital y en ningún local escolar he podido ver esos cuadros murales citados, tan ilustrativos, y en cambio los he visto en muchas estaciones de ferrocarriles y en muchas casas de comercio de la campaña, y aún habiéndolos las maestras no saben utilizarlos.

Insisto en que esos carteles no deben faltar en ninguna escuala rural para que ellos puedan ser motivo semanal o quincenalmente de una lección práctica sobre los medios de defensa contra la invasión de esta terrible enfermedad que tantos estragos produce entre la pobre gente de nuestros ranchos.

Esta misma enseñanza debe efectuarse en todas las escuelas de adultos de las capitales de nuestros departamentos así como en todos los pueblos del interior donde ellos existan.

Se da por sentado que para efectuar esta propaganda en la escuela el Magisterio Nacional debe estar preparado para ello, pues no es posible exigir que los Médicos puedan difundirse por todos los puntos apartados del país para hacer dicha propaganda, razón por la cual las escuelas normales y los liceos de enseñanza secundaria de todas las capitales de los departamentos deben incluir en sus programas la enseñanza sanitaria de la difusión contra los Quistes Hidáticos hecha en dichos casos por médicos que son los más preparados para ello.

Llegaremos pues a la conclusión de que tanto la escuela normal como la primaria de los radios rurales deben aunar sus esfuerzos para propender a la lucha contra esta enfermedad,

lucha que iniciada en el medio escolar se verá despues proseguida en la modesta vivienda de nuestros paisanos, en las casas de comercio de la campaña, en los grandes establecimientos ganaderos, etc.

CONCLUSIÓN

Creo haber considerado tanto de una manera sintética como analítica las bases en que me apoyo para sostener la influencia grande e insustituible que tiene la escuela para iniciar y sostener una eficaz propaganda en contra de las enfermedades trasmisibles objeto de esta comunicación y de muchas otras.

El Uruguay como todos los países de América es un país en el cual la Tuberculosis, la Avariosis, el Alcoholismo, etc. hacen terribles extragos, por lo general en aquella parte de la población y en la edad en la cual es más útil y mas indispensable el hombre para el desarrollo material de todas las industrias. El progreso Nacional, el aumento de la población y el bienestar del país, están pues intimamente ligados al saneamiento de esa misma población. El Gobierno está pues interesado y podemos decir sin ambajes, obligado a efectuar ese saneamiento, educando el pueblo en los peligros y modos de contraer esas enfermedades. Así lo ha entendido el Gobierno del Perú que acaba de sancionar en estos últimos meses (Setiembre de 1918) una ley declarando obligatorio en todas las escuelas del país el estudio de la profilaxis palúdica, enfermedad que allí está muy difundida y reina en carácter endémico; esta es la manera de atacar un mal de raíz y de hacer obra previsora y útil.

Voy a terminar esta exposición pidiendo a este Congreso que imite la conducta del Perú y que me acompañen a realizar el siguiente voto: Que se declare obligatoria en todas las escuelas de América la enseñanza sanitaria para la profilaxis de la *tuberculosis, la sífilis, el alcoholismo, los quistes hidáticos y el paludismo.*

Se pone a votación el voto formulado por el Dr. Sebastián B. Rodríguez.

«*Que se declare obligatoria, en todas las escuelas de América, la enseñanza sanitaria para la profilaxia de la tuberculosis, la sífilis, el alcoholismo, los quistes hidáticos y el paludismo*«.

Aprobado.

PROFILAXIS DE LA TUBERCULOSIS EN LAS ESCUELAS

Por el Dr. Federico Susviela Guarch

141.
Fichas 53(c). 122c.

Señores: Todos debemos una contribución al esfuerzo común empleado para combatir las enfermedades, especialmente infecto-contagiosas más comprometedoras de la existencia humana y en este concepto no hemos podido inhibirnos del deber de ocuparnos en el 2.º Congreso Sud Americano del Niño, en la comunicación que ha de entretener vuestra benevolencia, de la tuberculosis escolar y su profilaxia.

No es esta la primera ocasión en que nos es dado contribuir al estudio de la tuberculosis, de su tratamiento y de su profilaxia.

Para hacerlo de una manera metódica, comenzaremos por «el diagnóstico biológico, la curación de la tuberculosis y las medidas sociales empeñadas para combatirla». (1)

Mas tarde (2) haciendo conocer el hermoso trabajo presentado al Congreso Internacional de Medicina de Londres (1913) por el Dr. Rollier, sobre la cura de la tuberculosis principalmente quirúrgica, y mostrando el número de 922 enfermos curados entre 1303 enfermos asistidos como exhortación dijimos:

«Sea el sol de nuestra patria, ya que es símbolo de luz y de fuerza en nuestra bandera, el «Solarium» que en la cima de nuestro cerros o en las márgenes de nuestras costas, irradie con las fuerzas ya conocidas de la Hidroterapia los bienes de la salud y de la vida en nuestros pobres desgraciados tuberculosos.

---

(1) Diario de El Plata en Montevideo, 7 de Setiembre de 1917.
(2) El Siglo de Montevideo, 7 de Setiembre de 1915.

Hoy, ante este congreso, el 2,0. Congreso Americano del Niño, cuyas proyecciones, honran sin duda, la tarea intensa de sus colaboradores siguiendo el órden de las medidas médico-sociales nos ocuparemos, de la profilaxia de la tuberculosis de los niños y de la importancia profiláctica en la vida escolar.

El gran interés social, aconseja convertir la tuberculosis en sus orígenes, precisamente en los primeros años de la vida, en la escuela, como uno de los medios más seguros entre otros, para preservar la sociedad. La vida activa del hombre depende de su niñez !

La cuestión de la tuberculosis en la infancia, se demuestra de una manera evidente estudiando la mortaldad acusada por los exámenes de cuerpos médicos, de acción perfeccionada y por los anatomos patologos, con las enseñanza de sus autopsias.

Sobre la frecuencia de la tuberculosis pulmonar en los niños durante la vida escolar en diferentes países; París, Londres, Viena, Berlín, Suecia, Estocolmo, Bruselas, Grecia, Altona, Birgton, Ausgburg, Kassel, Dusseldorf, Halle, Dortmund, Wiborg, hallamos un promedio de tuberculosis en los alumnos de 0,07 a 5 %.

Pasando de la tuberculosis pulmonar, a la de las grándulas bronquiales y a la escrofulosis tenemos aquí, prescindiendo de otras vastas informaciones:

STEINKAUS, siguiendo sus reglas, examina en Dortmund 27.842 alumnos y encuentra 689 niños sospechosos o afectados de tuberculosis pulmonar, 85 con otras formas, 837 escrofulosos, en totalidad 1.611 enfermos. De esto deduce la conclusión de que la tuberculosis forma el 50 % en la totalidad de las enfermedades escolares, siendo ella por consiguiente la enfermedad dominante en la infancia.

Siguiendo los resultados del examen por la reacción de la tuberculina, PIRQUET; se expresa así: según el resultado de la reacción cutánea, la tuberculosis es rara en el primer año, o apenas más frecuente como síntoma clínico, no viniendo a ser propiamente observada en los dispensarios de niños, sinó en los hospitales. Con la edad aumenta el número en los casos latentes, alcanzado hasta los diez años las cifras de 70 a 80 por ciento. Los niños de 14 años son 90 % tuberculosos.

Pasemos á los datos de las autopsias.

Albrech (Viena) ha examinado desde luego la marcha de la tuberculosis en las vías linfáticas con grande precisión y reconocido toda la importancia del grupo de los nódulos linfáticos submaxilares. Tanto él como Ghon (Praga) encuentra en 95 % de los casos autopsiados el primer foco en el pulmón.

De la misma manera que Albrech reconoce Orth la grande propagación de la tuberculosis en los niños. Pero él observa que además de la infección por la vía aérea se tiene la infección por la leche. Las investigaciones bacteriológicas en los cadáveres, revelaron comó causa de la enfermedad, no el tipo humano, sinó el tipo bovino.

También Hamburger, encontró en las autopsias en el hospital de Niños de Viena, 40 % con alteraciones tuberculosas.

El porcentaje es muy diferente según las edades. En la edad de 7 a 10 años, alcanzó a 63 % en la edad de 11 a 14, llegó a 70 %. En 617 niños fallecidos en el hospital *no de tuberculosis*, comprobáronse alteraciones accesorias de esta enfermedad en 17 % de los casos.

Naegeli de Zurich sobre la base de 500 autopsias y Burkhard de Dresden, encuentra hasta los 18 años en 90 a 95 % de los casos, señales de tuberculosis. En años más tarde aumenta este número hasta 97 %. Steinhaus de Dortmund, encuentra alteraciones tuberculosas en 3/4 partes de los niños muertos en la edad escolar.

Pristley nos dice, que en Inglaterra, las autopsias dan un 30,40 % de tuberculosis. Además se tiene casi el mismo número de niños de escuela atacados de la enfermedad. En la edad de 5 a 15 años, la tuberculosis es la causa de muerte de 20 % de los niños.

Herbitz, comprobó en Cristianía la presencia de tuberculosis accesoria en 66 % de los casos autopsiados en la edad de 2 a 14 años.

El Dr. J. G. Fernandez, en mil autopsias practicadas por él en el hospital de niños de Buenos Aires, encontró lesiones tuberculosas en un 33 %, dato contenido en la instructíva conferencia del Dr. Horacio Gonzalez del Solar, sobre protección a la infancia dentro de la edad escolar.

Después de esta comprobación en cuanto a la existencia de la tuberculosis en un gran porcentaje de los niños en edad obligatoria escolar, parece escusado repetir la necesidad de rastrear la tuberculosis en la vida del niño, en la escuela como lugar preferente de examen, con el fin de prevenir al adulto y preservar así la sociedad.

No presentamos esta premisa como novedad, dada la práctica no suficientemente generalizada, pero yá existente en diferentes países.

En cuanto a la protección a la infancia, contra la tuberculosis, refiriéndonos al Uruguay, debemos recordar, que nuestro país, avanzado siempre en su cultura y progresos, y jamás retardado respecto de sus hermanos los países sud americanos, no ha dejado de consagrarse a la defensa infantil, contra sus enfermedades en general y contra la tuberculosis en particular.

Ya el Dr. José Scosería, director de nuestra Asistencia Pública, en su gráfica ilustrada y precisa comunicación leída ante el IX Congreso Médico Latino Americano en 1909, en Río de Janeiro, «Sobre la protección a la infancia en la lucha contra la tuberculosis», nos dice: la defensa y protección del niño, comprende la aplicación de los principios de higiene general y profilática durante la lactancia, la edad pre-escolar, el período escolar y la adolescencia y ha dado lugar a numerosas iniciativas tendientes a corregir los factores determinantes de la tuberculosación del niño. La sociedad ha querido proteger al niño que es su porvenir.

También el Dr. Scosería enumera las obras para la defensa y protección del niño, señalando entre estas los beneficios y el alcance de la Colonia escolar para niños débiles o predispuestos a la tuberculosis, fundada en Montevideo por la benemérita Comisión de Caridad y Beneficencia Pública que funcionaba ya en 1908 y principios de 1909.

Por otra parte nuestra sociedad ha contado con los esfuerzos, contra la tuberculosis en general, de nuestra Liga Contra la Tuberculosis recuerdo y honra de su benemérito fundador Joaquín de Salterain.

Finalmente, respecto a las enfermedades escolares y por consiguiente contra la tuberculosis, actúa la Comisión de Mé-

dicos Escolares. Enumeramos, con debida justicia, toda esta acción meritoria. Pero tratándose de despistar la tuberculosis y ejercer la profilaxia consiguiente, objeto a que se referirán nuestras conclusiones debemos preguntarnos, cabe para ese fin entre nosotros una acción confunta y simultánea de los elementos, la Asistencia Pública, la Liga de la Tuberculosis, la Comisión de Médicos Escolares;

En una publicación anterior dedicada a la Liga de la Tuberculosis, exhortábamos en ese sentido de acción conjunta. Hoy, dada la preferente atención a la tuberculosis escolar, y la necesidad de especializarla, en el examen más inmediato sin excusar la útil colaboración de los elementos concurrentes, pensaríamos en el resorte de la Comisión de Médicos Escolares.

Pero, este resorte, se encuentra aquí y allí, donde se ha establecido lejos del perfeccionamiento deseado en cuanto al número del personal y la acción sistemática de sus exámenes. Por esta causa, creemos en la necesidad de una organización, eficazmente dedicada a despistar la tuberculosis en la escuela y en la aplicación de los medios profilácticos destinados a salvar de la tuberculosis al adulto, con el consiguiente beneficio para la humanidad.

Con esta organización permítasenos una repetición anterior, «habíamos creado una institución avanzada en los progresos de la defensa social y de la Asistencia Pública, la más radical por aplicarse a salvar en su orígen los gérmenes de la sociedad y la más fecunda por estar destinado a preparar la fuerza humana del porvenir, aquella que ha de enriquecer la vida de la nación, actuando robusta y sana en las manifestaciones de toda su actividad física y moral.-

He aquí, las conclusiones que presentamos al Segundo Congreso Sud Americano del Niño.

El Segundo Congreso Sud Americano del Niño, reconoce la existencia de la tuberculosis durante la vida escolar, en progresión constante como se halla demostrada por observaciones clínicas y datos anátomo-patológicas, en estadísticas bien verificadas. Reconoce la necesidad consiguiente de un examen sistemático especializado del niño durante los años de su per-

manencia en la escuela y por tanto la urgencia de la profilaxia del niño en esa edad, respecto del adulto y de la sociedad.

En consecuencia, formulo el siguiente voto:

1.º Que se organicen por parte de las autoridades correspondientes, comisiones médicas especiales y exclusivamente destinadas a despistar la tuberculosis en la vida escolar.

2.º Verificados los exámenes comprobatorios por los medios de diagnósticos más seguros. los niños sospechosos o atacados deberán ser eliminados de la escuela y ser atendidos en las instituciones apropiadas en cada país, no sólo para evitar el contagio. sinó también para devolver al Estado, organismos sanos y robustos como lo exige la fuerza inmanente de la nación.

Se pone a votación el voto formulado por el Dr. Susviela Guarch:

«*Que se organicen, por parte de las autoridades correspondientes, condiciones médicas especiales y exclusivamente destinadas a despistar la tuberculosis en la vida escolar. Verificados los exámenes comprobatorios por los medios de diagnóstico más seguros, los niños sospechosos o atacados, deberán ser eliminados de la escuela, para ser atendidos en las instituciones apropiadas de cada país, no solo para evitar el contagio, sino también para devolver al Estado, organismos sanos y robustos, como lo exige la fuerza inmanente de la Nación*».

Aprobado.

LA ESCUELA EN LA PROFILAXIS DE LA TUBERCULOSIS

Por el Doctor Genaro Giacobini Ficha 53(c). 122c. 141.

Es innegable el rol que desempeña la salud pública en el funcionamiento de las sociedades, en especial en la niñez, que representa el vigor físico-orgánico de la raza del mañana y por cuyos desvelos debemos velar con fundamento científico, con

clarividencia de sentimiento humano, en cuyas expresiones la escuela, centro de cultura física y moral tiene tan trascendental significado histórico.

Mis observaciones facultativas constatadas en el ejercicio civil de la profesión, en especial en los fueros de la pediatria y relacionados con la ciencia pedagógica, hablan a mi espíritu intensamente en el sentido de que es menester hacer efectivas todas las normas de la higiene pública y del racionalismo fisiológico, para la integración corporal y espiritual del niño y evitar la degeneración de la raza.

Puntualizando las consideraciones científicas que se desprenden de la tesis que desenvuelve, veo una relación de causalidad entre las terribles enfermedades que diezman al linaje que como ser la tuberculosis se intensifica en un cuadro patológico y estadístico de las defunciones con caracteres sombríos para la higiene pública del país, tomando como terreno de desenvolvimiento la decadencia orgánica del ser, la evolución de una niñez desamparada del nutrimento fisiológico necesario para su completa vigorosidad física y por la falta de las previsiones sociales y científicas, aplicadas a las instituciones públicas que combatan eficiente y racionalmente el virus patogeno, virulento y terrible de las enfermedades.

Es innegable que si queremos hacer la terapia y la profilaxia de esas enfermedades cruentas debemos intensificar la resistencia orgánica del ser y el capítulo más trascedental de esos propósitos es vigorizar el organismo del niño, que lleva en latencia la capacidad de desenvolvimiento psico-biológico que irá expresando a medida que siga las pautas de la trayectoria de su vida individual.

Es innegable a la luz de la verdad científica, la importancia que para el vigor de la raza tiene el régimen dictético en la época de la lactancia en el niño y el desenvolvimiento del adolescente y del mismo en edad escolar.

Niños anémicos, mal alimentados que asisten a las escuelas, en quienes se observa una marcada o disimulada abulia de sus facultades físicas y espirituales, en quienes se van expresando insidiosamente caracteres de enfermedad que posteriormente se han de intensificar en su cuadro patógeno y morboso, y

como aún no han evidenciado con caracteres somáticos expresivos la dolencia que los aqueja, pasan inadvertidos a la inspección médica y al tratamiento médico previsor y curativo.

Niños que van a la escuela sin el desayuno, y pasan las largas horas de la clase en el mecanismo de la atención escolar y del esfuerzo intelectual, sin tonificar su organismo ya tarados por una anemia que les va minando y preparando el terreno al terrible flagelo del Kock.

En las consideraciones que planteo se entrevé el factor de la miseria como una determinante de grande importancia al fenómeno que estudiamos.

Niños abandonados en el hogar sin el tutelaje de la higiene alimenticia indispensable a la vitalidad fisiológica del organismo, niños en fín, a quienes la sociedad debe llevar el concurso más amplio de la previsión sanitaria para poder consolidar los grandes ideales del sentimiento educacional y humano y los derechos de todos los hombres a vivir la vida fisiológica de la existencia.

Es conveniente en consecuencia que la inspección médica escolar, intensifique su obra en la escuela, examine los alumnos de la misma del distrito escolar respectivo, y de acuerdo con tal examen puntualizar el consejo facultativo o el tratamiento que los casos requieran de acuerdo a la situación económica de los padres de los niños débiles o enfermos, y a las conclusiones a que arribo a la consideración del Segundo Congreso Americano del Niño.

Todo lo, que se insinue en obsequio a los intereses psico-orgánicos del niño en la escuela es de grande interés en su desenvolvimiento ulterior dado que en la escuela se desenvuelve su vida en edad que podríamos clasificarla de crítica, después que pasase en él los peligros inherentes a la primera infancia en un cuadro lúgubre de mortalidad que en el país se intensifica en una estadística cada vez más creciente. Es precisamente la tuberculosis la que más estragos hace en la infancia y grande razón podríamos dar a BONAGET al sostener que la tuberculosis es una afección cíclica de la infancia.

Se comprenderá en consecuencia y no escapará al elevado criterio de los señores Congresistas, la necesidad de ir a las

fuentes más puras de su estudio; donde el niño se desenvuelve bajo la fiscalización del Estado en un ambiente colectivo y en cuyas modalidades está concentrado el porvenir físico, moral e intelectual de las futuras generaciones a escrudiñar, por así decir los más sútiles signos de puntualización para hacer resueltamente las medidas de previsión médica y la terapéutica racional que los casos requieran.

La lucha contra la tuberculosis ha de hacerse interesando al espíritu del niño en la edad escolar contra ese terrible flagelo de la humanidad; es decir creando la conciencia sanitaria infantil contra la tuberculosis.

Es menester encarar el problema en función a la escuela y los atributos psicológicos del niño interpretando en su propia individualidad espiritual la grande importancia, que el problema representa cuando el niño tiene perfecta conciencia y auna su esfuerzo en el sentido de hacer la profilaxia a su terrible flagelo.

Es menester educar a la infancia en el sentimiento de la previsión de las medidas higiénicas que la ciencia aconseja, tendencia que creará en el espíritu infantil, una preciosa fuente de recursos que esgrimidos con método y disciplina llevará a la niñez a precaverse infinitas veces de los estragos de ese funesto mal.

Si el niño en la escuela va conociendo los rasgos generales de una racional profilaxia contra la tuberculosis, llevará esos conocimientos a aplicarlos y a difundirlos en el hogar, tendrá la sociedad una entidad consciente de la elevada función que a todos incumbe por el desenvolvimiento psico-fisiológico de las generaciones.

Es menester estimular a la intelectualidad del niño en la edad escolar, en el perfecto conocimiento del problema en cuestión; es indispensable colocar al mismo en el perfecto dominio de las facultades que disciernen la conservación y el perfeccionamiento de la especie humana, colocarla en el escenario social como una entidad activa que coopera a la magna obra de la previsión contra la diseminación de la terrible tuberculosis.

De ahí la importancia grande que tiene a los fines expuestos, la realización de conferencias populares dedicadas a la infan-

cia para la profilaxia y efectividad de tales ideales, difundir en las esferas de las colectividades los puntos escenciales de esa campaña, y cuya consecuencia será hacer inteligente y conscientemente su contribución científica contra dicha enfermedad.

La escuela que debe idealizar toda obra de cooperación y solidaridad humana, tiene su grande rol; y desde ese punto de vista médico-pedagógico social, entiendo que en la misma podríamos plantear la eficiencia moral de ese aserto.

Explicar a la niñez en las escuelas, los terribles estragos de la tuberculosis, hacerle comprender los medios de contagio y diseminación del mal, las medidas de profilaxia, previsión contra la misma, en un lenguaje de fácil comprensión, preparará a la infancia en esta obra de reparación higiénica de la sociedad contra los flagelos que la azotan.

Tendrá el maestro uno de sus más eficientes concursos culturales y contribuirá a la obra de la previsión médico escolar, y el médico escolar su grande aliciente en la lucha abierta contra la infección, así como han conseguido estirpar la viruela en el país. Es el concurso que puede prestar la escuela en la obra reedificante de la higiene pública y consolidar sobre bases incontrovertibles una perfecta conciencia escolar en la previsión de la tuberculosis tratamiento y curación.

Con estas puntualizaciones presento a la consideración del Segundo Congreso Americano del Niño, las siguientes conclusiones:

1.º Instituyanse en los países americanos escuelas al aire libre para niños anémicos, a los que se provee de trajes de mucho abrigo que los preserven por completo del frío, con salas de descanso al aire libre.

2.º Creense bibliotecas al aire libre para la niñez escolar.

3.º Instituyanse en las escuelas de los países americanos la ficha de salud como preventivo de la tuberculosis infantil.

4.º Establecerá esa ficha científicamente las condiciones fisiológicas del alumno y su desenvolvimiento psico-orgánico.

5;º Los alumnos que al examen médico revelasen alguna tara de enfermedad o debilidad de constitución física, serían

participados a sus padres a los fines del tratamiento restaurador y facultativo.

6.º Los niños de familia pobre cuya constancia estaría revelada por la matrícula gratis, recibirían asistencia facultativa a cargo del médico del Consejo Escolar respectivo.

7.º A este efecto, el médico escolar atenderá absolutamente gratis, una vez por semana en el consultorio del Consejo Escolar, a los niños pobres con matrícula gratis que al examen médico efectuado revelasen condiciones, tara o depresión de su vitalidad psico-física que inician o predisponen a graves dolencias o enfermedades futuras.

8.º Los niños escolares que estuvieran colocados en las condiciones prescriptas del artículo anterior recibirán también absolutamente gratis los medicamentos respectivos.

9.º Créase a ese efecto para el cumplimiento y cooperación de los artículos enumerados, una caja de mutualidad sanitaria escolar en la que podrán participar con una cuota voluntaria de 10 centavos mensuales los alumnos de las escuelas del distrito que quieran hacerlo a tal objeto.

10. Auspíciese la creación de una conciencia sanitaria infantil contra la tuberculosis en los países americanos.

11. Una vez por mes los maestros de las escuelas explicarán a sus alumnos los estragos de la tuberculosis sus causas mediatas e inmediatas y sus medidas de represión científica, en el lenguaje fácil a la comprensión de los niños, y complementadas por medio de ilustraciones gráficas alusivas a la terrible enfermedad y su funesto flagelo.

12. Solicítese a tal efecto, la cooperación científica de los cuerpos médicos escolares en el sentido de que los médicos de los Consejos Escolares den mensualmente una conferencia de profilaxia contra la tuberculosis dedicada a los maestros de las escuelas del distrito respectivo.

SEGUNDA SESIÓN

MARTES 20 DE MAYO

Presiden los Dres. V. MERCANTE (*La Plata*) Y GENARO SISTO (*Buenos Aires*).
Secretario DR. V. ZERBINO.

ORDEN DEL DIA

COMUNICACIONES: « LA MORTALIDAD EN EL NIÑO DEL PRIMER MES ». *Dr. Luis Morquio* (Uruguay).

« LA MORTALIDAD INFANTIL EN EL URUGUAY ». *Dr. Julio A. Bauzá* (Uruguay).

« LA MORTALIDAD INFANTIL EN MONTEVIDEO (1887, 1916) ». *Dr. Joaquín de Salterain* (Uruguay).

« ANOTACIONES RELATIVAS A LA MORTALIDAD INFANTIL EN EL URUGUAY ». *Dr. Julio E. Etchepare* (Uruguay).

« MORBILIDAD Y MORTALIDAD INFANTILES.—MOVIMIENTO DE ONCE AÑOS DEL HOSPITAL DE NIÑOS ». *Dr. Alejandro Saráchaga* (Uruguay).

« CAUSAS DE LA MORTALIDAD INFANTIL EN LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES ». *Dr. Carlos S. Cometto* (Argentina).

« OBRAS REALIZADAS EN CORDOBA EN PRO DE LA INFANCIA ». *Dr. Benito Soria* (Argentina).

« LA LACTANCIA CON LECHE DE MUJER SIN AMA ». *Dr. Delio Aguilar* (Argentina).

« LOS PAISES QUE POSEEN ALTURAS, DEBEN UTILIZARLAS PARA DISMINUIR LA MORTALIDAD INFANTIL ». *Dr. J. Santos Fernández* (Cuba).

LA MORTALIDAD EN EL NIÑO DEL PRIMER MES (1)

POR EL DR. LUIS MORQUIO

Profesor de Clínica infantil en la Facultad de Montevideo.

90.109.

Desde el punto de vista de su mortalidad, la edad infantil debe dividirse en tres grandes períodos: el recién nacido, el lactante y segunda infancia hasta la adolescencia.

Considerando como recién nacido el niño menor de un mes, encontramos que su mortalidad que es la más considerable, está esencialmente vinculada a causas congenitales y a hechos en relación con las condiciones de su gestación y de su nacimiento.

La mortalidad del lactante es sobre todo una cuestión de alimentación: la mitad de los niños que fallecen antes de los os años tienen, como causa principal, alteraciones digestivas, toxi infecciones y alteraciones de nutrición, dependientes directa o indirectamente de la alimentación innatural, agravada por defectos de higiene y de régimen.

Después de los tres años, la mortalidad puede responder a enfermedades broncopulmonares, a enfermedades infecto contagiosas, cardiopatías de origen reumático, etc., pero es sobre todo la tuberculosis el factor principal; más de la mitad de los niños que fallecen en el Hospital, según nuestra estadística, que es semejante a la consignada, en diversos países, son víctimas de la tuberculosis.

Cada uno de estos períodos, responden a causas particulares, contra las cuales es menester aplicar remedios especiales y que se diferencian fundamentalmente.

En este estudio, vamos a concretarnos exclusivamente al recién nacido; esto no obsta para que lo consideremos como un tema de gran interés y de señalada importancia médico-social.

Para ello, vamos a tomar como base, los datos y resultados

---

(1) Comunicación al 2.° Congreso Americano del Niño. — Montevideo 18 al 25 de Mayo de 1919.

consignados en las estadísticas oficiales referentes a todo el país durante el último decenio 1908-1917, y aparte de las consideraciones generales que ellos pueden sugerirnos según nuestra práctica profesional, vamos al mismo tiempo a compararlos, con los resultados obtenidos en el mismo período en nuestro servicio de la Cuna del Asilo de Expósitos y Huérfanos. lo cual nos servirá para parangonar la situación de los niños en uno y otro caso, estudiar particularmente la patología de esta edad, con las deducciones y consideraciones que se derivarán de este estudio.

I

CANTIDAD

En el último decenio 1908-1917, han nacido en el Uruguay: 374,478 niños.

En este mismo decenio fallecieron:

Menores de 1 año: 40,001, lo que corresponde a 106 por mil, que es la cifra más baja consignada hasta el presente.

Menores de un mes: 12,854 que representa el 35 % de la anterior, y algo más elevada, que la obtenida en estudios anteriores, representada por una cuarta parte.

De manera que en este decenio, la mortalidad del primer mes, es poco más de la tercera parte, con respecto a la mortalidad del primer año, y relacionada con los nacimietos es de 34 por mil.

La mortalidad del primer mes, dividida por semanas, nos da el siguiente resultado:

Primera semana.	6,703
Segunda „	3,640
Tercera „	1,607
Cuarta „	904
	12,854

De donde resulta, que durante el primer mes la mortalidad va decreciendo por semana y que la mortalidad de la primera semana es ligeramente superior a la de las otras tres semanas reunidas.

Esto nos obliga a formular la misma conclusión que ya he mos hecho en un trabajo anterior y que está de acuerdo con la observación general.

El momento más peligroso para la vida del niño es el primer mes, y dentro del primer mes, la primera semana.

Fuera de este dato, lo demás no tiene gran valor. La estación, el mes, el año, son elementos que no acusan mayor diferencia, o por lo menos, ella no se manifiesta de manera uniforme, como para ser tenida en cuenta. Esto nos indica además que la mortalidad del recién nacido no está influenciada por causas climatéricas, sinó de una manera secundaria.

En el mismo decenio han ingresado a La Cuna, 4,720 niños menores de un mes, de los cuales han fallecido 402; es decir 85 por mil. Esto significa que la mortalidad en los niños abandonados es poco más del doble de la mortalidad general.

Para valorar este hecho hay que tener presente la organización de este servicio. Se sabe que el elemento que lo constituye está representado por niños expósitos y abandonados, ilegítimos en su mayoría, donde un 20 por ciento son débiles congénitos, que vienen en condiciones defectuosas de cuidados y de higiene, que muchos de ellos han sufrido tratamientos irregulares, razón por la cual presentan, con frecuencia, estados patológicos graves.

Apreciadas estas circunstancias como corresponde, resulta que la mortalidad general de nuestro servicio, constituído en su mayoría por recién nacidos, con una estadía mediana de un mes, es término medio de 15 %, lo que indica una cifra excelente que se obtiene gracias a la alimentación a pecho por amas, general para los niños menores de 4 meses, gracias a los cuidados y atenciones de orden higiénico y a la profilaxia general, a base de desinfección de los locales y de esterilización de todas las ropas que rodean al niño.

Resulta de nuestros datos, algunas diferencias comparativas, particularmente la que se refiere a la mortalidad por semana, que es la siguiente:

Primera	semana.	142
Segunda	„	92
Trecera	„	68
Cuarta	„	100
		402

Esto indica que la mortalidad no se produce en forma decreciente, como la que hemos visto en la mortalidad general, por dos razones:

1. Por que no todos los niños llegan recién nacidos, aún cuando la mitad sean menores de una semana.

2. Que los niños, que ingresan después de varios días del nacimiento, son frecuentemente enfermos por irregularidades alimenticias, por estados infecciosos o por falta de cuidados propios de la edad, todo lo cual origina estados patológicos de diversa forma e intensidad.

II.

PATOLOGIA

La patología del recién nacido es bien limitada; se reduce a unas pocas enfermedades que se presentan con bastante uniformidad. Nos referimos exclusivamente a las que son capaces de producir la muerte.

En las estadísticas no resulta siempre esa simplicidad; se incluyen modalidades que no corresponden; nos encontramos diagnósticos que comparados con nuestra observación hospitalaria, donde el examen se sigue con minuciosidad y de una manera completa, tenemos el derecho de considerarlos como dudosos o equivocados. Esta es la razón también, porque en el estudio de las causas patológicas vamos a comprarar los datos consignados en la estadística general, con los que refleja el movimiento de La Cuna, haciendo en cada caso las consideraciones más esenciales. En este examen no figuran los nacidos muertos, señalados aparte en la estadística de natalidad y de mortalidad y que aparece en proporciones bastante

elevadas; sin embargo, en un estudio sobre la mortalidad del recién nacido, no puede prescindirse de la mortinatalidad por que muchas de las causas pueden ser comunes y por que a ambas puede alcanzar las mismas consideraciones prácticas.

DEBILIDAD CONGENITA

La debilidad congénita es la principal causa de la muerte en el recién nacido. Consideramos como débil congénito el niño menor de 2.500 gramos, cualquiera que sea la causa que la ha originado. A este respecto hay categorías muy diversas; el peso es un factor de importancia, pero no absoluto.

Supongamos dos débiles congénitos de 1.800 gramos; en uno haremos de inmediato un pronóstico fatal, porque su aspecto, su motilidad, sus reacciones acusan falta de energías e inaptitudes para la vida; mientras que el segundo, es fuerte, resistente, permite hacer previsiones favorables si las condiciones de medio y de alimentación, son los convenientes.

El primero es un producto enfermizo, un heredero distrófico, con sus células impregnadas de toxinas o intoxinadas; el otro es un niño sano, cuyo nacimiento antes de término puede ser accidental. Entre estos dos ejemplos, podemos colocar infinidad de intermediarios que modifican la cuestión a cada instante, desde el punto de vista clínico.

En el origen de la debilidad congénita está la sífilis, la tuberculosis, el alcoholismo, las enfermedades de la madre, el embarazo accidentado, el embarazo gemelar, el surmenage por estados emotivos o fatiga física, etc. Pero estas causas influyen de una manera muy diferente; falta de uniformidad; dos hijos de sifilíticos pueden ofrecer una situación distinta, independiente de la enfermedad de sus congenitores; lo mismo puede decirse de la tuberculosis; cualquiera que sea el estado de la madre, un niño puede nacer normal y otro profundamente intoxicado.

En la estadística de todo el país, encontramos:

Sobre 12,854 muertos dentro del primer mes, 2,734 corresponden a la debilidad congénita, es decir, poco más de la quinta parte.

En La Cuna la proporción es mayor.

Sobre 402 fallecidos, corresponde a la debilidad congénita, casi la mitad.

Ahora bien: nuestra estadística de mortalidad por debilidad congénita es de 42.5 por 100, sobre 1.423 niños menores de 2.500 gramos que hemos asistido, en un período de 15 años. En esta mortalidad no se hace ninguna distinción de detalle; figuran 36 menores de 1.000 gramos que fallecieron todos; figuran también un buen número de fallecidos a pocos momentos después de su ingreso, como así mismo, muchos ingresados con estados patológicos y que han fallecido poco después.

Debe tenerse presente que los niños no nacen allí; que son trasportados a todas horas y en toda época, desde grandes distancias, generalmente en muy malas condiciones; la mayoría llegan enfriados, cianosados, lo que constituye uno de los peligros más graves del débil congénito, cuya vida depende sobre todo de los primeros cuidados y atenciones.

MENINGITIS

Aquí tratamos al mismo tiempo que la meningitis, la partida incluída en el diagnóstico de convulsiones. Consideramos que las convulsiones no son capaces por sí solas de producir la muerte, y que ellas son casi siempre la consecuencia de alteraciones cerebrales, meníngeas y de estados generales infecciosos o tóxicos. En cuanto a la meningitis, constituye una modalidad patológica excepcional en el niño menor de un mes. Se observa en estos momentos reacciones meníngeas ligeras de orden tóxico, o por la presencia de una otitis, a base de hipertensión, sin alteraciones celulares, pero es muy difícil encontrar verdaderas meningitis, capaces de producir la muerte. Hay que tener presente en esta edad la posibilidad de hemorragias meníngeas, sucediendo a traumatismo obstétricos o apareciendo expontáneamente que son frecuentemente curables.

Un concepto interpretativo diferente explica la falta de uniformidad en los datos estadísticos, así vemos en las cifras de la mortalidad general, que han fallecido 468 niños de meninfitis y convulsiones, mientras que nosotros consignamos solo

tres casos, lo que dentro de la relatividad general, acusa una diferencia considerable.

Dejamos constancia, pues, de que generalmente se trata de pseudo diagnóstico y que es una edad en la cual la infección meníngea, se realiza rara vez.

GASTRO ENTERITIS

Los desarreglos de alimentación que tan seriamente pesan en la mortalidad de la primera infancia, no tienen en este momento sino un valor secundario. Es muy raro, en nuestro medio, que el niño no tome pecho durante el primer mes; cualquiera sea su condición social. Los expósitos y abandonados son alimentados por amas.

Sin embargo, se observan alteraciones gastro intestinales con bastante frecuencia por alimentaciones indebidas suministradas en los primeros días, cuando la leche tarda en aparecer, o por medicaciones intempestivas a base de purgantes o de jarabes más o menos defectuosos. Estas prácticas indebidas pueden originar situaciones serias y hasta la muerte. Así nos explicamos muchos de los hechos consignados en la estadística, donde aparecen 1163 niños, fallecidos de gastro enteritis o estados gastro intestinales de diferentes carácteres, cuya cantidad equivale a la décima parte de la mortalidad del primer mes.

En La Cuna, donde las causas que hemos indicado se manifiesta de una manera evidente en los niños que allí concurren, muchos de los cuales vienen con diarreas, vómitos y estados tóxicos, provocados por la ingestión de sustancias indebidas o por malos cuidados, la mortalidad por desarreglos digestivos figura también en proporciones poco más o menos iguales.

SIFILIS

107 casos fallecidos en todo el país, de los cuales 12 pertenecen a La Cuna.

Es una proporción relativamente baja, pero que está lejos de demostrar por si sola, la frecuencia de la heredo sífilis, que

es considerable, y que puede manifestarse de diversas maneras.

Desde luego, ella debe jugar un gran rol, en los niños nacidos muertos, cuyas proporciones han sido en este decenio las siguientes:

En el Uruguay	13,088
En Montevideo	3,775

La mortalidad, que se toma en cuenta, es aquélla que comprende al niño considerable como viable, si hubiera nacido vivo, quedan pues eliminados los abortos que es otra de las importantes manifestaciones de la heredo sífilis. Esta mortinatalidad ha sido en el presente decenio sensiblemente igual a la mortalidad del primer mes (13,088 y 12,854).

Después la heredo sífilis, toma una importante participación en la debilidad congénita, cualquiera que sea su grado y forma.

Fuera de los casos en que la sífilis se manifiesta por estados graves, que impiden completamente la vida, o por debilidad congénita, es excepcional encontrarla durante el primer mes. Podemos observar niños que nacen ya con manifestaciones específicas o que estas aparecen a los pocos días del nacimiento, particularmente con penfigus, lesiones cutáneas o mucosas, que generalmente tienen aspecto grave por intoxicación general o por la presencia de situaciones viscerales, hepato esplénica, etc., pero lo que más caracteriza desde el punto de vista clínico la heredo sífilis, es la forma llamada precoz, que aparece en un niño más o menos normal, generalmente después del primer mes, y antes del 4.º mes; es esta modalidad que tanto interés tiene, no solo por su profilaxia y tratamiento, sino también desde el punto de vista de la alimentación, particularmente si no puede ser alimentado por la madre; es el caso de los niños expósitos y abandonados, a los que hay que agregar la ausencia de antecedentes, que complican seriamente la cuestión del diagnóstico.

De manera que lo importante para el caso, es señalar que la heredo sífilis, no obstante su frecuencia, solamente figura en una cantidad reducida, en la lista de defunciones, por las razones que acabamos de exponer.

TUBERCULOSIS

La tuberculosis no es una enfermedad del primer mes; por esa razón no figura en nuestra estadística, y algunos casos raros consignados en la mortalidad general, lo consideramos equivocados.

Es sabido que la tuberculosis congénita, la presencia de alteraciones de carácter tuberculoso o del bacilo de Kock en un niño nacido muerto, o más o menos viable, constituye un hecho excepcional, — que exige para ser considerado como tal, todas las garantías de un examen serio y rigurosamente hecho En un trabajo de conjunto publicado por PEHU y CHALIER en 1908 y donde se analizan todas las observaciones conocidas, se admiten 35 hechos de esta naturaleza (*Archives de Médicine des Enfants*). En 1915 un nuevo trabajo de estos autores eleva la cifra a 51, lo que quiere decir, que en 7 años de observación constante, sobre un tema de tanto interés, solo ha sido posible encontrar en todas partes, 16 nuevos casos de tuberculosis congénita: lo que demuestra su gran rareza, particularmente cuando se compara con la tuberculosis del primer año, que es de 3 a 4 %.

Encontrándome en condiciones de apreciar bien el hecho, puesto que a mi servicio de La Cuna concurren con frecuencia recién nacidos de madres tuberculosas, en la Maternidad, en la Casa de Aislamiento y otras procedencias, no he encontrado hasta ahora un solo caso de tuberculosis congénita, no obstante la atención con que seguimos la cuestión. Hace pocos meses creíamos estar en presencia del primer caso: un niño débil congénito, nacido de una madre profundamente tuberculosa, llega al servicio momentos después de nacido. Desde el día siguiente notamos un estado toxi-infeccioso grave, con fiebre alta, sin que hubiera nada que óbservar al cordon umbilical, a los pulmones, al abdómen, etc. En la autopsia xistían fenómenos de congestión generalizada, propias de los estados septicemicos, pero no encontramos ninguna lesión de carácter tuberculoso; supusimos que podría tratarse de una septicemia por el bacilo de Kock, pero la cultura de la sangre,

de los órganos, los exámenes histológicos, las inoculaciones al cobaye, etc. resultaron completamente negativas.

Cuando el niño se separa de la madre, inmediatamente de haber nacido, no es tuberculoso, aún cuando la madre tenga graves lesiones y esté profundamente infectada, al extremo de fallecer días después, como lo hemos visto con frecuencia. Este niño es frecuentemente débil congénito, otras veces es un niño de aspecto sano pero fragil, otras veces un niño que puede marchar normalmente, si las atenciones y cuidados son buenos. En cambio si el niño ha vivido algún tiempo con la madre, aún cuando se trate de pocos días, el contagio se produce fácilmente y la enfermedad no tardará en aparecer, después de un período de incubación variable, para hacer una evolución rápidamente mortal. Es así como hemos visto numerosos casos, de los cuales son bien significativos, los comunicados recientemente por nuestra ayudante la Dra. UGÓN; se trata de dos niños, uno separado de la madre tuberculosa a los 13 días y el otro a los 19 días, falleciendo de infiltración pulmonar tuberculosa con cavernas a los dos y tres meses, no obstante la lactancia a pecho, en un medio completamente sano.

La cutireacción negativa, repetida hasta el tercer mes de la separación, según las indicaciones de COMBE, dentro de un estado general satisfactorio, permite afirmar que el contagio no se ha producido.

SEPTICEMIAS

En realidad es esta la forma terminal de la gran mayoría de las enfermedades del lactante, pero en los niños recién nacidos, las septicemias se producen con gran facilidad e intervienen en todos los casos de muerte. La penetración a la sangre de los gérmenes patógenos o de sus toxinas a veces específicas, más frecuentemente banales, es favorecida por la actividad circulatoria, por la débil resistencia y sobre todo por la vía umbilical ampliamente abierta a la circulación general.

Estas septicemias, pueden tener además, origen cutáneo, mucoso, respiratorio, etc.; pueden constituirse formas agudas

subagudas y crónicas; pueden manifestarse por localizaciones gastro intestinales, broncopulmonares, renales o meníngeas, o simplemente por caquexias: casi siempre terminan por la muerte.

En la estadística de todo el país solo figuran 103, de los cuales 70 corresponden a La Cuna; esto evidencia un defecto en el diagnóstico, que confunde la realidad de los hechos.

TETANOS

Esta enfermedad es una de las más interesantes y más graves del recién nacido; ninguna como ella expresa la necesidad de rodear al pequeño ser, de cuidados higiénicos, como también confirma más que nunca, la conveniencia de estudiar los medios de combatir la mortalidad infantil, por que ella es en muchos casos, esencialmente evitable.

En este período de 10 años, han fallecido en el Uruguay, 605 niños de tétanos, — lo que representa 60 por año — cantidad excesiva y deplorable. En nuestra estadística solo la encontramos 7 veces, lo que se explica por un mejoramiento en las atenciones de los niños pobres de la capital; la mitad de los niños que ingresan a La Cuna han nacido en la Maternidad.

ERISIPELA

Las mismas consideraciones anteriores pueden repetirse aquí, aún cuando se trata de una enfermedad que se observa con menos frecuencia, pero que casi siempre tiene como origen una infección del ombligo.

La mortalidad general nos revela 18 casos, con uno solo correspondiente a La Cuna; es de observarse también, que es esta una modalidad, si bien grave, susceptible de curarse en muchos casos. Es conveniente consignar que desde el punto de vista de las infecciones de origen obstétrico: algunos puramente locales como la conjuntivitis purulenta, el muguet, etc., y otras a repercusión general como el tétano, la erisipela, la septicemia, etc. puede asegurarse que se ha obtenido un gran mejoramiento en este último decenio, gracias a la mayor atención que reciben los recién nacidos pobres y los destinados al Asilo de Expósitos y Huérfanos.

MAL FORMACIONES

En la mortalidad general, figuran 542 fallecidos por malformaciones durante el primer mes y 832 durante el primer año. Es una cantidad considerable, donde también debe jugar un rol, los elementos patógenos: sífilis, tuberculosis, alcoholismo, etc., que ya hemos referido.

En La Cuna, solo hemos visto 5 casos, capaces de matar al niño antes del primer mes: dos labios leporinos completos, un anencefalocele, una malformación cardiaca y una extrofia de la vejiga.

BRONQUITIS Y BRONCO-PNEUMONIA

En la estadística general figuran 1008 casos de defunciones de niños menores de un mes, por afciones respiratorias de las cuales 73 corresponden a La Cuna. El recién nacido es esencialmente sensible al frío, tanto más cuanto menor sea su peso. Ocurre con frecuencia, sobre todo en el medio pobre, que en el momento del nacimiento no se toman con el niño las precauciones debidas para evitarle un enfriamiento, particularmente en el invierno. Esto sucede también en los medios acomodados con bastante frecuencia, sobre todo si hay trabajo o alarma durante el parto. Después no se mira en general, con la atención que corresponde, los peligros de este orden, en la práctica corriente de los cuidados del niño cuando se le baña, cuando se le muda los pañales, cuando se le viste etc., demorándose largo tiempo, en habitaciones que generalmente no reunen las condiciones de comodidad y abrigo necesarios.

Todo esto origina enfriamientos que se traducen por corizas, por bronquitis, por broncopneumonias, que adoptan generalmente el tipo de la bronquitis capilar, frecuentemente mortal. El cuadro clínico puede ser simple y claro, permitiendo un diagnóstico fácil a tiempo, para hacer el tratamiento debido, a base de baños calientes, abrigo, etc. — que puede dar excelentes resultados cuando se interviene a tiempo, — o confuso inadvertido, causando la muerte por sorpresa.

Queremos hacer mención de la *muerte súbita* del recién nacido que se produce generalmente de la siguiente manera: un niño de una semana o poco más se encuentra bruscamente muerto en la cuna, sin que nada lo hiciera preveer; momentos antes había mamado; en algunos casos se notaba que el niño estaba abatido, se quejaba, no mamaba bien, pero como frecuentemente en esta edad, existen estas situaciones vinculadas al momento del nacimiento, más o menos difícil, se interpreta en ese sentido; la coloración cinosada de la cara, el quejido, el abatimiento, la dificultad de alimentación, pueden depender de sufrimientos obstétricos que se prolongan a veces varios días después del nacimiento. En la autopsia de los niños que fallecen súbitamente, hemos encontrado constantemente una intensa congestión pulmonar, afectando totalmente ambos pulmones, revelando una bronquitis capilar de carácter sobreagudo. Los trastornos funcionales no han existido o son muy vagos; la dispnea pasa desapercibida, la tos no existe, si se le ausculta momentos antes pueden encontrarse estertores finos, más o menos perceptibles.

Esta muerte súbita, es originada por el frio, despertando una reacción congestiva e inflamatoria del aparato respiratorio, esto se vé en los medios pobres y en los niños que asistimos en La Cuna que han sido expuestos al frio y transportados generalmente en malas condiciones, momentos después de su nacimiento, pero también la hemos visto en los medios mejor acomodados, por olvido de las precauciones necesarias y convenientes para el recién nacido.

OTRAS ENFERMEDADES

En la mortalidad general figuran en este grupo 5,812 defunciones que representan algo menos de la mitad de los fallecidos menores de un mes, en el país, durante este decenio. Los diagnósticos son de diversas categorías algunos de ellos disparatados; en la mayoría se ignora el motivo de la defunción.

Debemos tener en cuenta esta cantidad importante, de niños fallecidos, que deberían reforzar los capítulos que acabamos de analizar, algunos de ellos muy principalmente como la

septicemia, que es la causa de mortalidad más frecuente, pero la que ofrece al espíritu no preparado mayores dificultades de interpretación.

El conocimiento más perfecto de la patología del niño chico, nos obliga a simplificar las causas de la mortalidad que son limitadas y casi siempre precisas; teniendo esto la ventaja de estudiarlas mejor, para que surjan más claramente los medios preventivos que deban combatirla.

Esta es la razón por que en los niños fallecidos en La Cuna donde las comprobaciones se hacen de una manera bastante completa, solo existen 5 casos en que el diagnóstico diera lugar a dudas, — en todos los demás el diagnóstico ha sido formulado con el criterio clínico que hemos indicado.

III.

CAUSAS

Teniendo como base los hechos patológicos que acabamos de exponer, podemos analizar las causas ocasionales de la muerte del recién nacido, en la forma siguiente:

A. — Causas congenitales: debilidad congénita.

B. — Causas sociales: el abandono del niño;
la ilegitimidad;
la miseria;
la ignorancia.

C. — Causas médicas: atenciones al recién nacido;
infecciones, septicemias, etc.

A

CAUSAS CONGENITALES

Las enfermedades del padre y de la madre, antes de la procreación y durante la procreación tienen un valor considerable sobre el desarrollo y las condiciones de vitalidad del feto, que puede detenerse como consecuencia, en todos los momentos de su evolución o surgir un producto inferior cuya modalidad más característica es la debilidad congénita.

Entre estas causas debemos indicar en primer término la sífilis, cuya acción nociva sobre el embrión y sobre el feto es bien conocida. La tuberculosis que origina frecuentemente un producto débil y enfermizo, pesando seriamente en la etiología de la debilidad congénita. El alcoholismo es igualmente un factor de aborto, de mortinatalidad y de debilidad congénita. Estas tres enfermedades son los factores más poderosos de degeneración y destrucción de la especie; pesan seriamente sobre la plurimortalidad infantil, particularmente la que se origina en los primeros días del nacimiento.

No son las únicas. Las enfermedades crónicas de la madre: cardiopatías, nefritis, afecciones del hígado, dispepsia, etc. y todas las formas de intoxicaciones o auto intoxicación durante la gestación, pueden ejercer una influencia nociva sobre la vitalidad y desarrollo del feto, en grados muy diversos. Entre estas últimas debemos indicar particularmente los trabajos excesivos, el surmenage físico y moral como factores importantes; son bien conocidas las estadísticas de PINARD comprobadas en todas prtes, que demuestra la acción benefactora del reposo en los últimos 15 días del embarazo, obteniendo como término medio, un aumento de peso de 350 gramos. Esta es una razón también que contribuye a explicarnos el hecho de que en los niños expósitos, sea raro encontrar niños recién nacidos mayores de 3.000 gramos, y por el contrario, son muy frecuentes los débiles congénitos en todas sus modalidades.

Estas diversas causas se encuentran también como factores de los partos gemelares, donde la debilidad congénita y la muerte del recién nacido es frecuente.

Las causas congenitales pueden también intervenir originando fragilidades especiales independientemente del peso del nacimiento. Así hemos visto recién nacidos con peso superior a 3 y 4 kilos, sin embargo en condiciones de vida imposible; unos por malformaciones graves lo que es con ún otros por faltas de energías y vitalidad: verdaderos débiles congénitos, pero de peso normal o superior. En estos caso pueden observarse las taras hereditarias anteriores u otras, entre ellas la herencia nerviosa y la herencia consanguínea.

Existen también fragilidades especiales sin causas claras que lo expliquen que intervienen para detener la vida de un niño, más o menos normal, en forma inesperada y en diferentes momentos de la vida; el hecho se repite a veces con caracteres familiares.

No insistiremos en el análisis de todos los hechos, nos basta con haber indicado los más interesantes.

B

CAUSAS SOCIALES

Las condiciones sociales en que se desarrolla el nuevo ser crea un ambiente muy diferente para su vitalidad, ya sea en la vida intra uterina o en los momentos del nacimiento. La organización de la familia, la suficiencia económica, según ellas se satisfagan, son factores de primer orden en la mortalidad del recién nacido y que se exteriorizan de varias maneras, que analizaremos concretamente.

EL ABANDONO

Ya lo dijo TEÓFILO ROUSSEL: todo lo que tienda a separar la madre del hijo es una causa de sufrimientos y un peligro de muerte.

Desde luego, el abandono supone generalmente embarazo mantenido hasta el último en ocultación o con violencia, parto precipitado e irregular; niño lanzado súbitamente y expuesto a las contingencias del medio exterior. Es casi como llegan a nuestro servicio. Los sufrimientos morales o físicos de la madre se reflejan en el niño, en un producto inferior y frágil, generalmente agravado por la falta de esas primeras atenciones, tan esenciales al recién nacido.

Menos mal, cuando desde el primer momento, se somete el niño a los cuidados debidos y sobre todo a la alimentación a pecho; pero frecuentemente el niño llega después de haberlo mantenido durante varios días en una situación impropia; expuesto a enfriamientos y suciedades, e ingeriendo sustancias

que lo intoxican o que irritan su tubo digestivo en forma que más tarde hace reparación es difícil.

LA ILEGITIMIDAD

La ilegitimidad está esencialmente vinculada a la causa anterior o ella es generalmente causa del abandono del niño. Las estadísticas refieren que se mueren dos niños ilegítimos por uno legítimo. Es eso lo que nosotros encontramos en La Cuna donde una gran mayoría son ilegítimos y donde ya hemos visto, la mortalidad es el doble de la mortalidad general, interviniendo la ilegitimidad de una manera directa con un producto inferior, o de una manera indirecta por la falta de atenciones y cuidados naturales del recién nacido.

LA MISERIA

Basta enumerar esta causa para comprender toda la enorme influencia que tiene sobre la mortalidad infantil en general y particularmente sobre la que se produce en el momento del nacimiento o poco después. Excesos físicos, fatigas, estados morales, privaciones, insuficiencia alimenticia, intoxicaciones, etc. contribuyen seriamente para originar un ser defectuoso, frágil, o para determinar su muerte apenas nacido.

En nuesto medio, estos estados no han adquirido todavía grandes proporciones, pero ya empiezan a hacerse sentir y es conveniente tenerlos presente.

LA IGNORANCIA

Si bien es cierto que la mortalidad infantil, se produce sobre todo en los medios irregulares y deficientes, podemos también observarla, como consecuencia de la ignorancia, de los prejuicios o de los malos consejos, en los medios más o menos acomodados.

La alimentación, los cuidados, los vestidos, los baños, las salidas y todas las prácticas de puericultura, son nociones que deben tenerse presente y que la ignorancia de las madres o de

las personas que intervienen en los primeros cuidados del niño pueden influir para alterar la salud y comprometer la vida.

CAUSAS MEDICAS

Cualquiera que sea la condición del recién nacido no debe olvidarse que es un ser delicado, fragil, sensible al medio atmosférico y sobre todo a los agentes microbianos que encuentran en este organismo virgen, un excelente medio de cultura para su desarrollo y virulencia. Estas propiedades varían individualmente, pero la resistencia es tanto menor cuando más se aleje al nuevo ser de la situación natural.

ATENCIONES PROPIAS DEL RECIEN NACIDO

De una manera general se puede decir que la salud y la vida del niño chico está tanto más garantida cuando mejor y más adecuados sean las atenciones y cuidados que la rodean desde su nacimiento.

Las trasgresiones de orden higiénico, los enfriamientos, las sustancias que le hacen ingerir, como aceites, jarabes, etc. ejercen una perniciosa influencia sobre su organismo, cuyo valor puede ser capital.

En los servicios de lactantes, estas consideraciones tienen una gran importancia y se mide la bondad de estos establecimientos por la marcha de la mortalidad, que esta en relación con su buena organización.

INFECCIONES SEPTICEMIAS, ETC.

Ya hemos dicho que el recién nacido es sensible a las infecciones, que ofrecen el peligro de generalizarse para constituir estados septicémicos casi siempre graves y mortales.

De esta manera podemos ver infecciones simples y banales y otras de carácter específico, como el tétano, la erisipela, el muguet, etc. Estas infecciones se originan en el ombligo, en la piel, en las mucosas para provocar reacciones locales o para penetrar al torrente circulatorio directamente o por intermedio de sus toxinas.

La importancia de este hecho resulta facilmente comprensible; basta solo recordar la forma más significativa y más grave de estas manifestaciones: el tétano, para convencernos de la necesidad de garantir el recién nacido contra contaminaciones esencialmente evitables.

Todo lo que rodea al niño desde su nacimiento debe estar sujeto a la más extricta limpieza, particularmente la toilette del cordon, que es el punto vulnerable y por donde penetran un gran número de las infecciones graves, simples o específicas. Si éstas se producen de una manera excepcional en los primeras semanas se desarrollan en medios impuros y defectuosos desde el punto de vista higiénico. A este respecto es esencialmente importante señalar de que los servicios de lactantes, particularmente donde concurren expósitos y huérfanos; reunan con la alimentación a pecho los medios necesarios de hacer efectivo una rigurosa profilaxia y una completa asep sia, por un personal competente y por una completa esterilización de las ropas y de todos los útiles que rodean o que están en contacto con el niño. La forma con que se practican estas necesidades son el barómetro de la bondad de estos servicios, representada por la curva de su mortalidad. A este respecto nuestra Cuna puede señalarse con un resultado bastante favorable y con una mortalidad de 15 por ciento, pero también es cierto que cuando por cualquier circunstancia se aflojan los resortes de su organización, la mortalidad aumenta y con ella también la curva de mortalidad.

IV

REMEDIOS

Si algún interés tiene el estudio de la mortalidad, ninguno como el que se refiere a la primera infancia y particularmente al recién nacido por que el nos enseña cuanto bien puede hacerse para reducir la proporción que puede ser considerable. Del examen de las causas aparecen indicaciones diferentes, unas más accesibles que otras; unas vinculadas directamente a la

acción médica, otras dependientes de una acción social, o colectiva y otras reclaman la intervención de leyes especiales y prácticas administrativas; es del conjunto de estas actividades y energías que surgen los remedios que debemos utilizar para combatir la mortalidad excesiva en el niño del primer mes.

El estudio completo de esta cuestión nos obligaría a dar a este trabajo una extensión mayor de la conveniente en este momento; nos concretaremos a las consideraciones más esenciales sobre los principales elementos que sirven de base a la profilaxia.

EUGENISMO

Siendo la mortalidad del recién nacido, principalmente función de un producto inferior, tarado congenitalmente, es justo que esta causa sea la primera a considerarse.

Los principios sustentados por la Eugénica, esa ciencia y propaganda iniciada por GALTON y difundida hoy por todo el mundo, deben ser aplicados en la medida posible, como base del perfeccionamiento de la raza, según las ideas de DARVIN y como base también de asegurar para el futuro, un ser humano integral, en el concepto físico, intelectual y moral.

Es cierto que ignoramos todavía muchas cuestiones relacionadas con la herencia y que esta se manifiesta por falta de uniformidad y contradicciones que son desconcertantes, pero también es cierto, que hay principios generales que presiden al de senvolvimiento normal del producto de la gestación, que permiten formular reglas tambien generales para la acción preventiva.

No se discute que la sífilis, la tuberculosis, el alcoholismo, son factores de destrucción y de degeneración de la especie; que cuando no matan en el seno materno engendran seres inferiores, de fragil vitalidad; basta recordar que el débil congénito que causa la tercera parte de la mortalidad en el primer mes, tiene principalmente por origen estas enfermedades. No contamos la mortinatalidad imputable también a estas causas y que equivale a poco más de una tercera parte de dicha mortalidad.

Luego la indicación surge lógicamente: impedir la procreación a esos seres tarados por estados patológicos que tan grave influencia ejercen sobre el producto de la concepción y sobre las condiciones vitales del futuro ser.

En principio el problema parece resuelto; prácticamente su aplicación no es tan simple. Cual sería el límite de la tolerancia para una enfermedad determinada; que criterio se seguiría para fijar el momento en que la procreación puede efectuarse sin peligro ?

En algunos estados americanos, los principios de la Eugénica han sido legislados y se establece la limitación y la prohibición del matrimonio a los sujetos que ofrezcan enfermedades determinadas. Aún cuando no tengamos datos concretos al respecto, suponemos que el criterio a seguirse para la aplicación de estas leyes debe ser científico, pero resulta que de acuerdo con la misma ciencia que interpreta la herencia y con la clínica que analiza los hechos, la acción de estas enfermedades es esencialmente diferente y desigual en todos los momentos de su evolución.

De modo que es esta una concepción, una aspiración, a la que se debe llegar paulatinamente, pero por mucho tiempo todavía, la acción eugenética debe ser librada a la educación: a la propaganda y sobre todo a la acción médica, quien debiera medir en cada caso, el grado de responsóbilidad que corresponde y ejerce toda su influencia para impedir una unión considerada perniciosa a los efectos de la procreación.

PROTECCION A LA MADRE

La protección a la madre es el fundamento de toda propaganda y de toda acción, a favor de la salud y de la vida del niño. Si queremos que el niño viva, debemos prestar a la madre todo el apoyo necesario, para que ella llene su misión de acuerdo con la naturaleza, en todos los momentos de la gestación y después en todo el período de la lactancia.

En este momento, prescindimos de analizar como lo hemos hecho en otras ocasiones, los recursos y organizaciones que

pueden ponerse en práctica para asegurar la lactancia natural del niño, como uno de los medios mas eficaces para combatir la mortalidad de la primera infancia.

Tenemos exclusivamente en cuenta la madre menesterosa, que es la que ofrece el contingente más importante de morbilidad y de mortalidad en el recién nacido, generalmente imputable a la miseria y al abandono.

Si pueden mirarse como exagerados y hasta inconvenientes a la misma conservación del ser, las leyes restrictivas al trabajo del hombre, consideramos que la mujer debe ser garantida a este respecto de acuerdo con su naturaleza e inferioridad fisiológica; cuando las circunstancias la obligan a buscar en el trabajo y en el taller, los medios de subsistencia, debe protegerse en forma que no resulte perjudicada la maternidad que es el fin de la mujer desde el punto de vista social.

Las leyes que limitan el trabajo de la mujer, que imponen el descanso obligatorio antes del parto y después del parto completadas con las indemnizaciones correspondientes, no pueden ser miradas sino con grandes simpatías, por que al mismo tiempo que llenan una necesidad humana, benefician al pequeño ser que es el porvenir de la raza.

Cuando la mujer para ganar la vida, debe ser obrera, la maternidad peligra y más que todo, peligra la vida del hijo. La sociedad y el Estado están comprometidos que este mal resulte lo menos mal posible.

La ley sancionada en Francia en 1913, llamada ley Strauss, puede servir de modelo; por ella se establece que la mujer durante las cuatro últimas semanas de su gestación y las cuatro semanas que siguen al parto, debe interrumpir su trabajo; el patrón está obligado a una indennización diaria que aumenta si ella cría su hijo.

La mutualidad maternal es una institución muy generalizada, que tiende al mismo fin: previa una pequeña retribución de tres francos por año, la madre recibe durante las seis semanas que siguen al parto, doce francos por semana.

En Norte América se ha obtenido una considerable diminución de la mortalidad infantil con la protección maternal a domicilio de la madre pobre y asistencia bajo la dirección médi-

ca de nurses especiales, que vigilan los cuidados de la madre y del hijo durante las 3 o 4 semanas primeras, que siguen al nacimiento.

Otras instituciones públicas y privadas buscan realizar la protección de la mujer, pero vamos a referirnos especialmente a la madre soltera, por que es la que ofrece interés desde el punto de vista que nos ocupamos, recordando que el aborto, el infanticidio, el abandono del niño, la mortalidad del recién nacido, son hechos que le están esencialmente vinculados. Es esto la consecuencia en primer término del repudio familiar y social; y en segundo lugar, de la falta de medios de defensa.

No trataremos de sicutir lo primero, que eso está en las costumbres, en la educación y en las exigencias de una buena organización familiar, como base del bienestar social, pero producido el hecho, debemos extender la mano a esas desgraciadas, víctimas de la ignorancia o del error, para salvar a ella y salvar a su hijo, al mismo tiempo que debemos procurar que se repare el daño producido, responzabilizando al autor del hecho en la forma posible.

Las instituciones que permiten el refugio de la madre soltera durante todos los momentos del embarazo, llenan una necesidad de primer orden, organizada en forma de disciplina y de trabajo que redunda en beneficio y en comodidad para las asiladas.

Las maternidades secretas, tienen indicaciones más limitadas, pero ellas completan la obra de protección maternal.

La existencia de estas instituciones debe ser ampliamente conocida para que la ignorancia como ocurre con frecuencia, no sea un motivo para que el embarazo se mantenga dentro de la mayor violencia para ocultarlo y que llegado los momentos del parto, se busque en el infanticidio, la manera de borrar la falta cometida.

Producido el parto, la madre soltera debe conservar su hijo, lo que no es fácil dado el completo aislamiento en que generalmente se encuentra; como consecuencia el hijo va al asilo, y ella vuelve a sus tareas de servicio, para reincidir en breve término.

. . . . . .

Es el momento en que deben ponerse en práctica los medios de evitar el abandono del niño, buscando la conservación de la madre y del hijo, como acción moral y como acción humana. Este desideratum puede realizarse por el auxilio pecuniario a la madre, de acuerdo con la fórmula de LAGNEAU: *la madre paga como nodriza de su hijo*, que es salvadora cuando es solo la miseria lo que determina la separación de la madre y del hijo, pero que es insuficiente y sin resultado en la mayoría de los casos de madres solteras, por el aislamiento en que se encuentran. El procedimiento Húngaro llena finalidades esenciales con resultados prácticos de los más satisfactorios; consiste en la colocación en familia como pupila del Estado o de la Asistencia Pública durante el año, de la madre con su hijo. El Saúglinsheim de Berlin, es una institución admirable que satisface esta exigencia filantrópica, dando albergue y mantenimiento a la madre durante un año. En París, la fundación Lannelongue tiene también por objeto proteger la madre soltera a fin de estimular la maternidad con la lactancia de su hijo durante el período más necesario.

Todas estas instituciones son limitadas, unas más otras menos pero queda siempre una cantidad de madres que no pueden conservar su hijo y que lo destinan al Asilo de Expósitos.

Entre nosotros algo se ha hecho también en este sentido y aún cuando queda mucho por hacer, es conveniente señalar este progreso, esperando que sirva de estímulo para proseguir en una obra tan altamente humanitaria.

Nuestra Maternidad, inaugurada hace pocos años, ha venido a llenar una necesidad muy sentida; sus instalaciones amplias, su organización rigurozamente científica, son una garantía para la madre y para el hijo. Esta hermosa institución se completa con el servicio de asistencia secreta, con policlínicas obstétricas y con el servicio de protección maternal a domicilio.

El servicio de protección maternal, que funciona desde Mayo de 1915, tiene por objeto la defensa y el amparo de las madres devalidas, abandonadas o temporariamente imposibilitadas para atender a su cuidado y subsistencia durante el embarazo, el parto y el post parto.

La institución de la Pro-Matre anexada al servicio de protección maternal, constituye una obra de protección a la mujer próxima a ser madre, continuando esta protección mientras dure la lactancia del niño. Los fines principales son los de facilitar los medios de evitar el abandono del niño, orientándolas hacia el camino del bien y proporcionándoles la protección moral y material. Desgraciadamente los casos son numerosos y los recursos limitados, la mitad poco más o menos de estos niños van a formar parte de La Cuna del Asilo Dámaso Larrañaga (Expósitos y Huérfanos). Finalmente la « Bonne Garde » que tiene a su cargo un obrador, dependiente de la Asistencia Pública y cuyo fin es proteger a las jóvenes y madres solteras, proporcionándole un refugio temporario, hace gestiones a fin de que en casas de familias recomendables las tomen con sus hijos en calidad de sirvientas. En el caso de que la madre desee colocarse de ama o de sirvienta sin el hijo, corre por cuenta de la institución la crianza y vigilancia del niño.

La Cuna del Asilo Dámaso Larrañaga, es el refugio de los niños abandonados y es allí donde tenemos ocasión de apreciar las consecuencias de todas las miserias, representadas por el niño defectuoso, frágil, mal cuidado, enfermo, etc. La aspiración verdaderamente humana sería sustituir La Cuna, por procedimientos que la hicieran innecesaria, porque la separación de la madre y del hijo, debe ser siempre considerada como una gran injusticia, pero mientras las causas subsistan, debemos abrir ampliamente los brazos para que el niño no sufra, y debemos rodear estos servicios de aquellas garantías que se le deben exigir en beneficio de la conservación de la vida del niño. En este sentido luchamos constantemente, procurando vencer dificultades y deficiencias que nunca faltan y nuestros esfuerzos quedan compensados con resultados satisfactorios representados en una mortalidad de 15 por 100, sobre la existencia total.

Sin embargo el número de niños es considerable; la mediana anual es de 1.000; los niños quedan un mes, término medio, en el servicio y después salen a domicilio para continuar la lactancia a pecho por una ama. Resulta que las amas son cada vez más escasas y como consecuencia los niños se acumulan

en La Cuna en proporciones indebidas y peligrosas, lo que obliga al mismo tiempo a recurrir a las mamaderas complementarais, para satisfacer las necesidades alimenticias.

Es una razón mas que hace pensar en la necesidad de restringir el ingreso. Aun cuando el torno no está definitivamente clausurado, lo que hace poco favor a nuestra cultura y progresos, felizmente su funcionamiento es insignificante; además de su proceder inhumano, su principal obstáculo a la salud física y moral del niño, es que considerándose hoy de una manera indiscutible, que la protección del niño radica en la protección a la madre, mal puede realizarse esta aspiración, si desconocemos la existencia de aquella, y si ignoramos las causas del abandono; la profilaxia de un mal puede ser tanto más eficaz cuanto mejor se conozcan las causas que lo provocan y la forma en que se produce.

Siempre hemos creído y lo hemos practicado de acuerdo con esta manera de pensar, que una oficina de admisión bien organizada, con elementos propios, recursos necesarios e independencia suficiente, para evitar el abandono del niño en cuanto sea posible, procediendo siempre dentro de su mayor conveniencia, reduciría el ingreso a la mitad.

RECONOCIMIENTO DE LA PATERNIDAD

La ilegitimida es un factor considerable de muerte y es el principal causante del abandono del hijo. El reconocimiento de la paternidad obligatorio llena una laguna social que se siente de una manera intensa, cuando se actúa en los establecimientos de expósitos y huérfanos. Nuestra ley del 5 de Setiembre de 1914, sobre investigación de la paternidad, es una ley sana y previsora, pero para que constituya una verdadera garantía debe al mismo tiempo que ser aplicada en los casos necesarios, una severidad de acción y una prolijidad especial de los jueces a fin de evitar los fraudes y falsas declaraciones facilitados por su amplitud, — como ha sido puesto en evidencia ya varias veces.

Nuestra actuación en el Asilo de Expósitos y Huérfanos nos ha demostrado la necesidad de procedimientos rápidos y per-

manentes para hacer efectiva la responsabilidad de quienes han violado o engañado una mujer, que resulta madre, y que desprovista de toda protección entrega su hijo a la Asistencia Pública.

Para que esta responsabilidad sea real, consideramos que la acción debe iniciarse durante la gestación y sobre todo al nacimiento del niño. Entonces será fácil reconstruir el hecho, en la Maternidad o en el Asilo de Expósitos Estos establecimientos deberían estar organizados para realizar esta saludable obra de profilaxia social, iniciando la acción inmediatamente por intermedio de un personal apropiado ; sería la manera de evitar la impugnidad que rodean a estos hechos, haciendo responsable moral y materialmente al autor de la falta cometida, lo que podría rendir un resultado satisfactorio en un gran número de casos.

PUERICULTURA

Sabemos que una parte de la mortalidad del recién nacido es debido a falta de cuidados y de las atenciones propias de la edad. Diversos factores intervienen, pero entre ellos deben señalarse también la ignorancia de las verdaderas necesidades del niño, de parte de la madre, o de parte de las personas que la rodean en ese momento.

Aun cuando la puericultura comprende sobre todo, las prácticas de alimentación que constituye la base de la salud y la vida del niño, durante su primera infancia, es indudable que hay enseñanzas que deben tenerse presente durante la gestación, después durante el parto y particularmente en los primeros días del nacimiento del hijo. — Son estas enseñanzas, las que deben ser generalizadas, en toda forma posible para evitar los errores que se cometen y para evitar la muerte de un buen número de niños, fáciles de extraer de las estadísticas de mortalidad.

El médico tiene a este respecto una acción principal, pero es sobre todo la partera por su acción más inmediata y más constante la que debe rodear a la madre y al recién nacido de aquellas garantías mas esenciales que impidan los desarreglos

y las infracciones higiénicas fáciles, cuyos resultados pueden tener las mas graves consecuencias.

***

Llegado al término de este trabajo, nos convencemos una vez más de que si se quiere que la lucha contra la mortalidad infantil, que es el problema médico-social de la mayor importancia, rinda los resultados más eficaces, la organización debe ser hecha en forma que centralice todos los elementos que la constituyen, bajo una dirección común, con autonomía y medios suficientes para hacer frente a las exigencias de su cometido. — Es de esta manera que podrán utilizarse otros elementos empleados en otras partes, de acuerdo con las necesidades y con los medios de que se dispongan.

DISCUSIÓN

Dr. Sisto. — El Dr. Morquio, acaba de mostrarnos, con acopio de datos muy interesantes, las varias causas, que influyen sobre la mortalidad infantil. Su trabajo, metódico y completo, merece un sincero aplauso. Quiero, sin embargo, hacer resaltar una de las causas más graves que determinan esa mortalidad, y sobre la cual, el Dr. Morquio, ha llamado, también, la atención: me refiero a la causal *ignorancia*.

Esta no solamente es patrimonio de las clases pobres de la sociedad, en donde el analfabetismo y los prejuicios mantienen y propagan de padres a hijos, de vecino a vecino y de madre a madre, errores sobre la crianza y alimentación de los niños, que se traduce en afecciones mortales para los mismos. Eso se ve, también, en personas, que, por su posición social y su ilustración en otras cosas de la vida, parece que debían estar al abrigo de la imputación de ignorancia que les hacemos en este momento. Y sin embargo es así, y a diario tenemos que corregir, en esta clase de personas, errores graves sobre dicha alimentación y dicha crianza, que repercuten, también, dolorosamente sobre la salud infantil, debilitándola y poniéndola al borde de la muerte.

Hay un hecho, entre estos, respecto del cual, quiero, especialmente, llamar la atención, y gritarlo en voz alta, a ver si con ello hacemos desaparecer una cruel ignorancia en personas que, como algunos médicos, parece que debieran conocer estas nociones elementales de alimentación infantil en la primera edad: *me refiero al consejo médico de separar al niño del seno materno*. Con demasiada frecuencia, desgraciadamente, veo niños, en los primeros seis meses de la vida, que, por prescripción facultativa, han sido ablactados sin razón suficiente. Y los médicos especialistas que me escu-

chan, saben que eso es así, e investigando minuciosamente, no se encuentra la razón que lo explique y justifique. Es, tan solo, una ligereza del médico general, cuando no una ignorancia inexplicable, tratándose de facultativos que practican, dar tan erróneo consejo. Sabemos muy bien que son pocas, muy pocas, las causas suficientemente establecidas, que exijan la separación del niño del pecho materno. Por el contrario, está comprobado, hasta la evidencia, que madres, que por su aspecto y sus antecedentes, parecían no poder criar, han sido muy buenas nodrizas, cuando con ellas se ha practicado un tratamiento higiénico y terapéutico adecuado.

Hay que insistir y asegurarse de que nos encontramos en un caso raro de imposibilidad de amamantar, para recién decidirnos a reemplazar a la madre. Y peor, todavía, es el caso de separar al niño del pecho materno a leche abundante, fundándose en la excesiva gordura de la misma, o en el número de grumus, que se encuentran en sus deposiciones. Eso es un error de los más graves, que merece toda nuestra condenación, por cuanto revela una ignorancia increible, respecto del valor higiénico de la alimentación materna, que pone al niño a cubierto de todas las afecciones que gravitan, con tanta frecuencia, sobre su débil organismo, y que contribuyen al factor más importante de mortalidad, en esta primera edad de la vida.

Todas estas nociones, debemos difundirlas en todas formas y por todos los medios, en nuestros centros de cultura, llámense escuelas, asociaciones, maternales, centros femeninos etc. etc. Esta idea debe penetrar en todas partes donde haya una vida infantil que defender, y hay que hacerlo con fé y con constancia. Es así como prepararemos las generaciones nuevas en estos propósitos fundamentales, que tanto nos preocupan. Las cátedras de puericultura, constituyen un medio de primer orden, en el sentido de esta propaganda.

Por mi parte, así la he entendido; y en la República Argentina, dentro de mis medios y esfera de acción, he contribuído a que ellos se establecieran, concordando, en este modo de acción, con el ilustre pediatra, ya desaparecido, Dr. Antonio Arraya, quien, casi en la tumba, me escribía, pidiéndome que *no desmayara en esa campaña*, entendiendo que en ella estaba el verdadero centro de éxito redentor de la vida infantil, y que no cejara hasta ver en las escuelas normales de niñas, la cátedra de puericultura, que había de propulsar e irradiar la buena enseñanza, salvadora de muchas vidas, de niños que, de otro modo, serían víctimas, de la ignorancia y del prejuicio de que hemos hablado.

Hoy, la puericultura, constituye una rama de la enseñanza normal, y con ella, se han producido libros, folletos de propaganda, y aún sociedades de niñas que la cultivan con verdadero entusiasmo.

Hagamos, pues, enseñanza pucricultural; que ella penetre en todos los rincones de nuestra vida social femenina; que ella apasione a nuestra mujer y a nuestras autoridades; tengamos fé de que servimos una gran obra y un gran ideal, y así llegaremos a desterrar la ignorancia de nuestros pueblos, causa real y la más grave, de las que influyen, en su máximo porcentaje, sobre la mortalidad infantil.

DISCUSIÓN

DR. MERCANTE. — En el trabajo importantísimo leído por el Dr. Bauzá, que se presta a muchas conclusiones de orden legislativo, me parece advertir una relación inversa entre la mortalidad y el gasto de agua. En efecto, debe ser así. Como dijera que es artículo de lujo, creo que seguramente es así a causa del uso de los contadores. De esta suerte el contador resultaría un elemento contrario a la salud pública. ? Por qué ? Es que las ordenanzas al respecto, de la mayor parte de los municipios, cometen el error de cobrar a alto precio las primeras unidades (en Montevideo, diez centésimos, creo, que solo se reduce a la mitad despues de 200; en Buenos Aires 20 centavos) cuando, del punto de vista higiénico, debieran ser gratuitas o a precios mínimos, porque es el agua que gastan las clases menesterosas, y cubren las primeras necesidades de orden higiénico como las del baño, de la limpieza, del lavado. Por estas razones cabría en este Cogreso un voto que tendiera a que las leyes no estimularan la economía de los primeros cien metros cúbicos en las casas de familia. Yo pediría a la Comisión que estudiara el trabajo del Dr. Bauzá, formulara una proposición respecto al servicio de aguas por contadores.

DR. GONZALEZ DEL SOLAR. — Propone a este respecto esta moción: Teniendo en cuenta que las condiciones primarias de la vida higiénica de las clases populares, influyen de una manera directa en la salud del niño, el Segundo Congreso Americano del Niño declara: que ve con agrado la acción de los gobiernos que propende a legislar y reglamentar las cuestiones relacionadas con la vivienda, la vida barata, y el trabajo de las clases no adineradas.

DR. J. DE SALTERAIN. — El problema del consumo del agua en Montevideo, debe estudiarse especialmente, pues el régimen de aquel no está sujeto al impuesto. Será cara el agua, acaso; pero no hay que olvidar que viene de más de diez leguas de distancia, y, siendo agua filtrada, ¡singular aberración !, se emplea en el riego de una ciudad que tiene el mar que la circunda.

MORTALIDAD INFANTIL EN MONTEVIDEO

POR EL DR. JOAQUIN DE SALTERAIN 90.

La información numérica del presente estudio, ha sido tomada de las publicaciones oficiales que realizan la Dirección de *Estadística Nacional* y la del *Departamento de Montevideo.*

No concordando siempre las cifras de los resumenes recapitulativos (aunque no de manera muy sensible) de la *Dirección*

General de Estadística, con las publicaciones anuales, hemos preferido referirnos a estas últimas, aunque la tarea resultará mucho más laboriosa y difícil.

Ese expurgo, lo hemos llevado a cabo en el período comprendido, desde 1887 a 1903, despues de cuya época la organización de la *Estadística Municipal de Montevideo*, que tiene bajo su dependencia la *Oficina del Registro Civil*, de irreprochable funcionamiento, ha simplificado, por inoficiosa, la compulsa de las correcciones.

La división en pequeños períodos, que hemos aceptado, para el estudio de la mortalidad infantil, en sus lineamientos fundamentales, es análoga a la seguida, amen de otras autoridades: por la *Dirección del Ministerio del Trabajo en la República Francesa*, por el *Instituto Internacional de Estadística*, que marca rumbos en este género de investigaciones y, entre nosotros, por las *Direcciones de Estadística Nacional y Municipal* y por el *Registro del estado Civil*.

Es indudable que en este género de investigaciones, muy especialmente cuando se aprecia el diagnóstico de las enfermedades como causa de defunción, la exactitud matemática no es posible. Ya porque el criterio de los facultativos, por ilustrado que se suponga, está sujeto a errores involuntarios, como porque las autopsias que pudieran correjirlos en muchos casos, no se llevan a cabo siempre. Con todo, semejantes pequeñas deficiencias, en razón de su escasa frecuencia dentro de cantidades elevadas, no es probable que alteren la magnitud de los totales. La experiencia de otros países, así como las opiniones de los maestros, abonan semejante afirmación.

Así mismo, antes de abordar directamente el sujeto, debemos agregar dos palabras. Correctamente, el término de mortalidad infantil, comprende el número de fallecidos, desde el nacimiento hasta los siete años de la vida: tal es el significado literal del vocablo. Nuestra estadística pues, al extender hasta los nueve años el período de aquella época del desenvolvimiento orgánico, modifica algo lo que el uso común ha establecido, conformándonos así, más que con el rigorismo del lenguaje, con las exigencias de los estudios demográficos.

También hemos preferido, en general, exponer el mayor número posible de hechos y suprimir el comentario, salvo en aquellos casos indispensables, cuando sirve de antecedente ilustrativo o resulta, sin discusión casi, consecuencia lógica del sujeto.

I

Las cifras obtenidas, durante el período de los últimos treinta años, han sido:

A. MORTALIDAD INFANTIL DE MONTEVIDEO, POR EDADES, DESDE 1887 A 1916 INCLUSIVES

EDADES	AÑOS				
	1887	1888	1889	1890	1891
Menores de 1 año	887	931	1.290	1.249	1.234
De 1 a 2 años ..	473	433	468	501	422
„ 3 „ 4 „ ..	386	379	379	412	271
„ 5 „ 9 „ ..	439	371	232	258	263
	2.185	**2.114**	**2.369**	**2.420**	**2.190**

EDADES	AÑOS				
	1892	1893	1894	1895	1896
Menores de 1 año	956	990	854	891	858
De 1 a 2 años ..	394	361	297	293	348
„ 3 „ 4 „ ..	290	250	175	210	228
„ 5 „ 9 „ ..	212	160	205	177	180
	1.852	**1.761**	**1.531**	**1.571**	**1.614**

EDADES	AÑOS				
	1897	1898	1899	1900	1901
Menores de 1 año	850	805	758	821	891
De 1 a 2 años ..	210	255	259	269	293
„ 3 „ 4 „ ..	167	186	210	203	202
„ 5 „ 9 „ ..	122	103	124	128	149
	1.349	**1.349**	**1.351**	**1.421**	**1.535**

EDADES	AÑOS				
	1902	1903	1904	1905	1906
Menores de 1 año	931	965	737	746	899
De 1 a 2 años ..	334	399	407	271	531
„ 3 „ 4 „ ..	116	159	241	86	148
„ 5 „ 9 „ ..	132	128	261	112	139
	1.513	**1.651**	**1.646**	**1.215**	**1.717**

EDADES	AÑOS				
	1907	1908	1909	1910	1911
Menores de 1 año	887	863	1.009	1.199	1.146
De 1 a 2 años ..	309	318	366	479	395
„ 3 „ 4 „ ..	102	110	157	143	95
„ 5 „ 9 „ ..	155	107	178	199	126
	1.453	**1.398**	**1.710**	**2.020**	**1.762**

EDADES	AÑOS				
	1912	1913	1914	1915	1916
Menores de 1 año	1.385	1.217	1.106	1.412	1.041
De 1 a 2 años ..	497	348	275	433	412
„ 3 „ 4 „ ..	112	127	105	134	142
„ 5 „ 9 „ ..	142	108	128	129	172
	2.136	**1.800**	**1.614**	**2.108**	**1.767**

MORTALIDAD INFANTIL ABSOLUTA POR QUINQUENIOS

PERIODOS		FALLECIDOS	
1er. quinquenio	1887-1891	11.278
2.º „	1892-1896	8.329
3.º „	1897-1901	7.005
4.º „	1902-1906	7.742
5.º „	1907-1911	8.343
6.º „	1912-1916	9.425

MORTALIDAD INFANTIL ABSOLUTA POR DECENIOS

PERIODOS		FALLECIDOS	
1er. decenio	1887-1896	19.507
2.º „	1897-1906	14.447
3.º „	1907-1916	17.768

MORTALIDAD INFANTIL POR PERÍODOS DE 15 AÑOS

1er. período	1887-1901	26.612
2 „	1902-1916	25.510
Mortalidad infantil, total...		**52.122**

Según los anteriores guarismos, resulta que la mortalidad infantil absoluta en el espacio de tiempo estudiado, ha disminuído sensiblemente pues que, mientras se elevó durante el primer quinquenio a la cifra de 11.278, apenas llegó en el úl-

timo a la de 9.425. Esta disminución tiene mayor valor que el aparente, por cuanto contrasta con un positivo aumento de la población. La suposición de que ella coincide con el mejoramiento de los medios higiénicos, no puede ser calificada de arbitraria.

B. MORTALIDAD SEGUN LAS EDADES, ABSOLUTA Y PROPORCIONALMENTE AL NUMERO DE DEFUNCIONES (ENTRAMBAS POR QUINQUENIOS).

EDADES Menores de	Quinquenios	Defunc.	Prop. % sobre mortalid. total	EDADES años	Quinquenios	Defunc.	Prop. % sobre mortalid. total
1 año .	1887-1891	5.591	22.96	De 3 a 4	1887-1891	1.827	7.50
Id. id. id.	1892-1896	4.549	22.50	„ „ „ „	1892-1896	1.153	5.70
Id. id. id.	1897-1901	4.125	20.11	„ „ „ „	1897-1901	968	4.71
Id. id. id.	1902-1906	4.278	18.53	„ „ „ „	1902-1906	750	3.24
Id. id. id.	1907-1911	5.104	18.72	„ „ „ „	1907-1911	607	2.22
Id. id. id.	1912-1916	6.161	19.69	„ „ „ „	1912-1916	620	1.98
		29.808	**20.46**			**5.925**	**4.06**
De 1 a 2	1887-1891	2.297	9.43	De 5 a 9	1887-1891	1.563	6.42
„ „ „ „	1892-1896	1.693	8.37	„ „ „ „	1892-1896	934	4.61
„ „ „ „	1897-1901	1.286	6.27	„ „ „ „	1897-1901	626	3.05
„ „ „ „	1902-1906	1.942	8.41	„ „ „ „	1902-1906	772	3.34
„ „ „ „	1907-1911	1.867	6.84	„ „ „ „	1907-1911	765	2.80
„ „ „ „	1912-1916	1.965	6.23	„ „ „ „	1912-1916	679	2.20
		11.050	**6.89**			**5.339**	**3.65**

C. MORTALIDAD INFANTIL ABSOLUTA Y PROPORCIONAL AL NUMERO DE TODAS LAS DEFUNCIONES GENERALES POR AÑOS Y QUINQUENIOS.

AÑOS	MORT. INFANTIL	PROP. SOBRE TODAS LAS DEFUNCIONES	AÑOS	MORT. INFANTIL	PROP. SOBRE TODAS LAS DEFUNCIONES
1887	2.185	45.14	1892	1.852	43.51
1888	2.114	47.11	1893	1.761	43.47
1889	2.369	49.10	1894	1.531	38.04
1890	2.420	45.37	1895	1.571	40.37
1891	2.190	45.08	1896	1.614	40.40
Total....	**11.278**	**½ % 46.33**	**Total....**	**8.329**	**½ % 41.19**

AÑOS	MORT. INFANTIL	PROP. SOBRE TODAS LAS DEFUNCIONES	AÑOS	MORT. INFANTIL	PROP. SOBRE TODAS LAS DEFUNCIONES
1897	1.349	33.84	1907	1.453	29.17
1898	1.349	33.89	1908	1.398	29.09
1899	1.351	34.62	1909	1.710	31.28
1900	1.421	33.30	1910	2.020	32.78
1901	1.535	35.09	1911	1.762	30.22
Total....	**7.005**	**½ % 34.15**	....	**8.343**	**½ % 30.60**
1902	1.513	33.87	1912	2.136	33.71
1903	1.651	36.44	1913	1.800	30.90
1904	1.646	35.49	1914	1.614	27.37
1905	1.215	27.60	1915	2.108	32.56
1906	1.717	34.05	1916	1.767	26.18
Total....	**7.742**	**½ % 33.54**	**Total....**	**9.425**	**½ % 30.13**

D. MORTALIDAD INFANTIL PROPORCIONAL % SOBRE EL TOTAL DE NACIMIENTOS POR AÑOS Y QUINQUENIOS.

	1887	1888	1889	1890	1891	En 5 años.
Menores de 1 año ..	13.43	13.15	16.41	15.18	14.97	**14.71**
De 1 a 2 años.....	7.16	6.11	5.95	6.09	5.12	**6.04**
„ 3 „ 4 „	5.84	5.35	4.82	5.01	3.28	**4.80**
„ 5 „ 9 „	6.64	5.24	2.95	3.13	3.19	**4.11**
1/2	**33.09**	**29.86**	**30.13**	**29.44**	**26.58**	**29.67**

	1892	1893	1894	1895	1896	En 5 años.
Menos de 1 año ...	12.54	14.05	12.08	12.02	11.03	**12.32**
De 1 a 2 años.....	5.17	5.12	4.20	3.95	4.48	**4.58**
„ 3 „ 4 „	3.80	3.54	2.47	2.83	2.93	**3.12**
„ 5 „ 9 „	2.78	2.27	2.89	2.38	2.31	**2.53**
1/2	**24.30**	**25.00**	**21.65**	**21.20**	**20.78**	**22.56**

	1897	1898	1899	1900	1901	En 5 años.
Menos de 1 año ...	11.11	10.88	10.08	10.94	11.38	**10.89**
De 1 a 2 años.....	2.74	3.58	3.44	3.51	3.75	**3.39**
„ 3 „ 4 „	2.18	2.51	2.79	2.77	2.58	**2.55**
„ 5 „ 9 „	1.59	1.39	1.65	1.70	1.90	**1.65**
1/2	**17.62**	**18.24**	**17.98**	**18.93**	**19.61**	**18.48**

	1902	1903	1904	1905	1906	En 5 años.
Menos de 1 año ...	11.88	11.96	9.57	9.67	11.26	**10.88**
De 1 a 2 años	4.26	4.94	5.28	3.51	6.65	**4.94**
„ 3 „ 4 „	1.48	1.97	3.12	1.11	1.85	**1.90**
„ 5 „ 9 „	1.68	1.58	3.39	1.45	1.74	**1.96**
1/2	**19.31**	**20.47**	**21.39**	**15.76**	**21.51**	**19.70**

	1907	1908	1909	1910	1911	En 5 años.
Menos de 1 año ...	10.61	9.78	10.77	12.63	11.66	**11.13**
De 1 a 2 años	3.69	3.60	3.90	5.04	4.42	**4.07**
„ 3 „ 4 „	1.22	1.24	1.67	1.50	0.96	**1.31**
„ 5 „ 9 „	1.85	1.21	1.90	2.09	1.28	**1.66**
1/2	**17.38**	**15.85**	**18.26**	**21.29**	**17.93**	**18.19**

	1912	1913	1914	1915	1916	En 5 años.
Menos de 1 año ...	13.77	11.67	11.05	14.76	11.09	**12.46**
De 1 a 2 años	4.94	3.33	2.74	4.52	4.39	**3.97**
„ 3 „ 4 „	1.11	1.21	1.04	1.40	1.51	**1.25**
„ 5 „ 9 „	1.41	1.03	1.27	1.34	1.83	**1.37**
1/2	**21.25**	**17.27**	**17.99**	**22.05**	**18.82**	**19.06**

Lo mismo que la mortalidad infantil absoluta, ha disminuído también la relativa, así se la considere teniendo en cuenta el total de las defunciones, como el de los nacimientos.

Si tomamos en cuenta la relativa al número de defunciones por quinquenios, según las edades tenemos:

Para los menores de 1 año, la proporción sobre 100 fallecidos, que fué de 22.96 %, durante el primer período estudiado, (1887-1891) descendió en el último, (1912-1916) a la de 19.69 %.

Para los de 1 a 2 años: de 9.43 % a 6.89 %
„ „ „ 3 „ 4 „ „ 7.50 „ „ 4.06 „
„ „ „ 5 „ 9 „ „ 6.42 „ „ 2.20 „

Considerada, ahora, la totalidad de la mortalidad infantil, con relación a la general, obtenemos los resultados siguientes:

Proporción media en el primer período . . . . . 46.33 %
„ medio „ „ último „ . . . . . 30.13 „

Del mismo modo, la relación habida entre el número de nacimientos y la cantidad de fallecidos en los primeros años de la vida, ha sido:

En el primer período . . . . . 29.67 %
„ „ último „ . . . . . 19.06 „

Las crisis generales, por lo tanto, que obstaculizan el incremento de la vitalidad infantil, han actuado con intensidad decreciente, a punto tal que la economía de numerosas pérdidas resulta beneficiosa y elocuente.

E. NACIDOS MUERTOS Y PROPORCIONES DE ESTOS SOBRE LA TOTALIDAD DE NACIMIENTOS Y DEFUNCIONES, AÑOS Y QUINQUENIOS.

AÑOS	Natalidad	Nacidos muertos	Prop. sobre nativid.	Prop. sobre defunc.	AÑOS	Natalidad	Nacidos muertos	Prop. sobre nativid.	Prop. sobre defunc.
1887	6.603	336	5.08	6.94	1902	7.834	353	4.72	7.90
1888	7.079	338	4.77	7.53	1903	8.064	327	4.05	7.21
1889	7.860	309	3.93	6.42	1904	7.699	291	3.77	6.27
1890	8.218	462	5.62	8.66	1905	7.709	325	4.21	7.38
1891	8.239	423	5.13	8.71	1906	7.980	367	4.72	7.27
	37.999	**1.868**	**½ 4.91**	**½ 7.67**		**39.286**	**1.663**	**½ 4.23**	**½ 7.20**
1892	7.621	400	5.24	9.37	1907	8.356	364	4.35	7.30
1893	7.043	376	5.33	9.28	1908	8.819	404	4.58	8.37
1894	7.069	363	5.13	9.02	1909	9.363	374	3.99	6.84
1895	7.408	317	4.27	8.14	1910	9.486	404	4.25	6.55
1896	7.767	349	4.49	8.73	1911	9.824	433	4.40	7.42
	36.908	**1.805**	**½ 4.89**	**½ 8.92**		**45.848**	**1.979**	**½ 4.31**	**½ 7.25**
1897	7.653	350	4.57	8.80	1912	10.049	401	3.99	6.32
1898	7.394	332	4.49	8.34	1913	10.422	438	4.20	7.52
1899	7.513	370	4.92	9.73	1914	10.005	353	3.52	5.98
1900	7.503	331	4.41	7.75	1915	9.560	358	3.74	4.71
1901	7.824	400	5.11	9.14	1916	9.386	318	3.39	4.80
	37.887	**1.783**	**½ 4.70**	**½ 8.69**		**49.419**	**1.868**	**½ 3.77**	**½ 5.97**

La proporción pues, de nacidos muertos en lo relativo a la natalidad, desde la media de 4.91 por ciento, del primer quinquenio disminuyó hasta la de 3.77 que pertenece al último. Y en lo que se refiere a las defunciones, en tanto la proporción

del primer período estudiado, fué de 7.67 por ciento, apenas en el último llegó a la cifra media de 5.97.

A este respecto conviene observar que mientras en algunos países se considera nacido sin vida al sujeto fallecido antes del período de inscripción y este varía bastante, nuestras estadísticas clasifican como sobre-viviente a todo aquel que ha respirado, aún cuando sea por minutos. Por consecuencia, es posible, que las anteriores cifras, resulten comparativamente abultadas.

El extenso período estudiado, ofrece circunstancias singulares que deben de tenerse muy en cuenta para establecer conclusiones, sino definitivas, basadas por lo menos, en una serie de observaciones que comprenden las épocas de tanteo, digamos así, de la profilaxis higiénica y las de aplicación más organizada.

Durante ese largo trascurso de tiempo, de treinta años, han actuado con intensidad aguda, y con manifestaciones casi no interrumpidas, dos géneros de perturbaciones: las denominadas crisis morales, que tanto influyen en el dinamismo social, y las epidemias comunes que entre, nosotros, como en todas partes diezman en sumo grado a los organismos en vías de desenvolvimiento.

De las primeras, ya por haberse manifestado de una manera fortuita y anómala, así como por ser de orden biológico o histórico, mejor que higiénico, no tenemos porque estudiarlas.

Las últimas, que comprenden algunas de las enfermedades infecto-contagiosas, han producido una elevación sensible en las cifras de la mortalidad infantil, sobre todo en los períodos durante los cuales las medidas higiénicas o profilácticas no se aplicaban como en la actualidad. Entre aquellas, la viruela, y la difteria, como ningunas, ennegrecían los cuadros de las defunciones, haciendo irrupción la primera, en forma epidémica, casi siempre con intervalos de cinco a seis años, bastante regulares.

Respecto a la viruela, no estará demas señalar que los beneficios de la vacunación, preocuparon siempre a las autoridades del país, desde los albores de nuestra existencia como Estado libre.

Los antecedentes históricos de su profilaxis, son tan sugestivos y elocuentes, que no trepidamos en ponerlos de manifiesto, sirviéndonos en gran parte de los minuciosos apuntes que dejó escritos, sin terminar, el entusiasta propagandista Don Hermenegildo Aramendi, quién recorrió por espacio de más de veinte años, vacunando a las poblaciones, los sitios más apartados del país. Y lo hacemos con tanto más gusto, cuanto consideramos un deber de gratitud, recordar la memoria de tan humilde como abnegado trabajador, cuyas energías y servicios han sido fecundos, por más de un concepto.

Ya, en 1829, un decreto, subscripto por el entonces Gobernador, Señor Rondeau, prescribía el establecimiento, en la Capital, de una Comisión conservadora de la Vacuna «*por cuanto este precioso específico, beneficioso preservativo de la viruela influye más que ningún otro en el aumento de la población, y en la preservación y mejora de la constitución y la belleza.*

Meses después, con el propósito de vigorizar la difusión de la vacuna el mismo Gobierno, dictaba el Decreto que integramente, trascribimos, y en el cual, como se verá, aceptaba ya, para los niños asistentes a las Escuelas de primera enseñanza, la práctica, muy adelantada en tan lejana época, de la vacunación obligatoria.

Dice así el referido.

«Montevideo, Octubre 22 de 1829. Deseando hacer efectivas, por todos los medios posibles, las providencias adoptadas antes de ahora para la propagación de la vacuna y con el designio de impedir que la indiferencia reprensible con que algunos padres de familia miran este precioso preservativo de la especie humana y para que se haga trascedental a la prole de aquellos que cumplieron con un deber de naturaleza y nada omiten para salvarlos del más terrible de los contagios: el Gobierno provisorio ha acordado y decreta: ARTICULO 1.° El certificado del director de la Vacuna o de otro facultativo autorizado como tal, es una condición precisa para optar a la enseñanza de las escuelas del estado en la Capital. ARTICULO 2.° Pudiendo haber algunos inscriptos o recibidos ya en dichas escuelas, sin aquel requisito, se les concede el término de *treinta días* para que puedan cumplir con lo prevenido en el artícu-

lo anterior. ARTICULO 3.° El presente decreto empezará a regir en los departamentos, desde luego que se halle establecida en ellos la administración de la vacuna. ARTICULO 4.° El Director General, los particulares de cada escuela y las Juntas Inscriptoras quedan especialmente encargadas, y responsables del cumplimiento de estas disposiciones. ARTICULO 5.° Comuníquese e insértese. Rondeau, Fructuoso Rivera».

Veinte años después, cuando los desastres de la guerra más larga que ha soportado el Río de la Plata, asolaban al país y confinaban sus autoridades en los límites de Montevideo sitiado, el Gobierno de la Defensa, sin desatender un instante los intereses de la salud pública, promulgaba, subscrita por el benemérito patriota Don Joaquín Suárez, la resolución siguiente, mucho más amplia que las anteriores y que aún en la actualidad podría servir como modelo.

«Montevideo, Junio 12 de 1850. — Estimando como debe, el Gobierno, las observaciones de la Junta de Higiene Pública y en el deber de propender por todos los medios posibles a la contínua y fácil conservación de la Vacuna, único específico que la observación y la experiencia han sancionado para preservar a las poblaciones del funesto azote de la viruela: Acuerda y Decreta. ARTICULO 1.° Los padres y jefes de familia haran vacunar los niños de su dependencia, antes de haber cumplido el año de su nacimiento. Los que faltando a esta disposición, no justifiquen la enfermedad que ha impedido la Vacunación o no probasen la ausencia de la Capital, sufrirán la multa que establece el artículo 6.°. ARTICULO 2.° Los tenientes alcaldes anotaran los niños de más de 1 año que no esten vacunados, cuando hagan el empadronamiento anual, La Junta de Higiene Pública recogerá de la Oficina en donde se depositen aquellos padrones, las notas que consideren convenientes. ARTICULO 3.° Los maestros de Artes y Oficios, los Jefes de cualquier Empresa industrial, los preceptores de escuelas y directores de enseñanza, no admitiran en sus establecimientos a jóvenes y niños que no presenten certificación del médico de policía, de haber sido vacunados. ARTICULO 4.° Los facultativos en ejercicio, quedan obligados a dar parte a la Junta de Higiene, en la primera visita que verifiquen a un

enfermo de viruela, del caso que ocurra cualquiera que sea. ARTICULO 5.º Los cabeza de familia, en cuya casa aparezca un enfermo de viruela, quedan también obligados a dar parte inmediatamente al teniente alcalde. ARTICULO 6.º Los que infrinjan estas disposiciones, sufrirán una multa de cuatro pesos, que se destinará a la caja de policía y se publicará por la prensa. ARTICULO 7.º La Junta de Higiene Pública, hará publicar anualmente en los periódicos de la capital el presente Decreto. ARTICULO 8.º Comuníquese, J. SUAREZ. — MANUEL HERRERA Y OBES.

Apesar de las resoluciones terminantes de los decretos anteriores, estas dejaron de cumplirse, en gran parte, por desidia de las propias autoridades encargadas de ejecutarlas. La viruela como hasta entonces, continuaba haciendo víctimas y solo cuando el número de estas crecia, se tomaban algunas medidas, que bien luego se olvidaban. Así, por ejemplo, la recrudescencia de la enfermedad, hizo necesario, durante el Gobierno del Sr. Pereyra (1860) el establecimiento de la casa de Vacuna, que funcionó con un resultado tan lamentable, cuanto en vez de las nuevecientas vacunaciones que por término medio se llevaban a cabo en la capital, treinta años antes, apenas llegaron entonces a trescientas. El abandono llegó a tal punto que motivó la supresión de ese organismo, más tarde incorporado de nuevo a las funciones administrativas, durante el Gobierno del Dr. Vidal (1881).

Por la misma época, y es justo recordarlo, el ilustrado doctor don José Romeu, Presidente entonces del Consejo de Higiene Pública, tuvo la feliz iniciativa de proponer y redactar el primer proyecto de ley sobre vacunación obligatoria, el cual mereció ser elevado por el Gobierno a las Cámaras, con especial recomendación.

El parlamento dividido en dos bandos, vacunistas y antivacunistas, despues de larguísimas deliberaciones, tan extensas como apasionadas, no obstante haber sido aprobado el proyecto, por el Senado y por la Comisión de Legislación de la Camará de Representante, asesorada con el concurso de distinguidos profesionales, resolvió rechazarlo.

Posteriormente, las nuevas gestiones inspiradas en idénticos propósitos, tuvieron un resultado análogo, hasta que la elocuencia de los hechos evidenciados, una vez más, con motivo de las últimas epidemias, consiguió ilustrar uniformemente a la opinión y emitir un voto favorable a las medidas de profilaxis.

Interpretando, pues aquellos loables propósitos, exteriorizados con sorprendente clarovidencia por nuestros primeros gobiernos, las Cámaras sancionaron la Ley de vacunación obligatoria (Septiembre de 1911) hoy en vigencia y en la que colaboraron muy activa y principalmente el doctor Martirené, en el Consejo de Higiene y el doctor Soca, con irrefutable elocuencia, en la Cámara de Representantes.

Para valorar sus consecuencias con todo rigor, comprendemos que datando de época relativamente reciente la aplicación de la vacunación obligatoria, asistimos, por el momento, a un período de prueba que, de acuerdo con lo que la experiencia enseña no debe de servirnos de criterio absoluto.

No obstante, los resultados obtenidos son de tal género y han contribuido tanto a la disminución de la mortalidad por enfermedades infecto-contagiosas de todas las edades, que no creemos temerario avanzar la hipótesis de la desaparición de la viruela de nuestros cuadros estadísticos, a estar a lo que los hechos han demostrado y si, como es presumible, no se violan los preceptos establecidos.

He aquí los documentos demostrativos.

MORTALIDAD POR VIRUELA EN MONTEVIDEO EN LOS ULTIMOS TREINTA AÑOS. DE TODAS LAS EDADES

AÑOS	MORTAL.	PROP. %	AÑOS	MORTAL.	PROP. %
1887	307	6.34	1892	124	2.91
1888	351	7.82	1893	2	0.04
1889	25	0.51	1894	1	0.02
1890	99	1.85	1895	10	0.25
1891	473	9.73	1896	20	0.50
	1.255	½ 5.15		157	½ 0.77

AÑOS	MORTAL.	PROP. %	AÑOS	MORTAL.	PROP. %
1897	1	0.02	1907	0	—
1898	1	0.02	1908	1	0.02
1899	1	0.02	1909	89	1.62
1900	1	0.02	1910	481	7.80
1901	131	2.99	1911	33	0.56
	135	**½ 0.65**		**604**	**½ 2.21**
1902	192	4.30	1912	0	—
1903	3	0.06	1913	1	0.02
1904	7	0.15	1914	1	0.01
1905	79	1.79	1915	0	—
1906	5	0.09	1916	0	—
	286	**½ 1.23**		**2**	**½ 0.0**

Si bien en menor número que los de viruela, los fallecidos de difteria contribuyeron activamente, sobre todo durante los primeros quinquenios estudiados, a la elevación de la mortalidad infantil. Y si recordamos que los primeros se han producido en forma periódica, en su mayor parte, y epidémicamente, en tanto que los últimos figuraron siempre en cantidad, hasta la divulgación de la suero-terapia, el significado de estos acrece su importancia, del punto de vista higiénico y sanitario.

Para explicar semejante estado, conviene tener en cuenta, la inseguridad de los métodos curativos, empíricos y falaces de acuerdo con el criterio médico de entonces, la deficiente aplicación de los procedimientos para aislar a los enfermos y evitar el contagio, la promiscuidad habitual en las viviendas de los niños, la difusión de los gérmenes por el contacto íntimo, entre parientes y allegados, que por razones de caridad o simpatía, se creían en el deber de asistir, prodigándoles atenciones y cuidados; la ignorancia en una palabra de toda noción de esa eficaz profilaxis que hoy día se ha generalizado con éxito laudable.

En aquellas épocas, felizmente lejanas, rara era la familia que no contara con un niño víctima del crup, que así se le llamaba y las aflijidas madres temblaban ante la idea de las intervenciones quirúrgicas que como medio de curación «*in extremis*», se repetían con éxito, fatal casi siempre, ennegreciendo aún más, si cabe, los incidentes últimos del drama.

Afortunadamente pocos años más tarde, el conocimiento y vulgarización de los nuevos métodos a los que dió base científica el genio de «*Pasteur*» fueron adoptados de inmediato entre nosotros, con el éxito conocido y la fundación del Instituto de «*Higiene Experimental*» (1897), el más antiguo en los países de la América Latina, poniendo al alcance de todos hasta en los sitios más apartados del interior, el empleo del suero-antidiftérico ha contribuido a la casi completa extinción del mal.

En la actualidad, es cierto, apuntamos de vez en cuando algunos casos fatales, pero si esto se produce, se debe el hecho a la ignorancia del público, incapaz de apreciar el valor de los primeros síntomas reveladores, que acude en demanda de auxilios médicos, una vez generalizada la infección del organismo. Con todo y eso, las defunciones que año por año alcanzaban a centenares, apenas llegaron a algunas unidades, sobre todo después de la aplicación del suero curativo. Y la mortalidad descendente es tanto más de apreciar cuanto que ella, según ya dijimos, ha coincidido con un aumento bastante sensible de la población.

Véase al respecto el cuadro siguiente.

MORTALIDAD POR DIFTERIA EN LOS ULTIMOS TREINTA AÑOS
(QUINQUENIOS)

Años	Fallecidos	Años	Fallecidos	Años	Fallecidos
1887....	628	1897....	21	1907 ...	22
1888....	456	1898....	21	1908 ...	20
1889....	224	1899....	15	1909 ...	29
1890....	152	1900....	17	1910 ...	19
1891....	155	1901....	19	1911 ...	30
1er. quinq.	**1.615**	**3er. quinq.**	**93**	**5.° quinq.**	**120**

Años	Fallecidos	Años	Fallecidos	Años	Fallecidos
1892....	10	1902 ...	13	1912 ...	21
1893....	98	1903 ...	20	1913 ...	20
1894....	96	1904 ...	33	1914 ...	20
1895....	66	1905 ...	22	1915 ...	27
1896....	68	1906 ...	24	1916 ...	19
2.° quinq.	**338**	**4.° quinq.**	**112**	**6.° quinq.**	**107**

Tenemos, pues, la suma de **2.385** fallecidos de difteria, durante los últimos treinta años, de cuya totalidad **1.935** pertenecen al primer decenio, anterior al empleo del suero; **205**, al segundo decenio y **227**, al tercero, entrambos contemporáneos con la aplicación del tratamiento específico.

La experiencia, como se ve, no puede ser más demostrativa, que, según anteriormente indicamos, si de vez en cuando se observan casos fatales casi siempre en la clientela de los hospitales y asilos, es porque se acude en demanda de asistencia demasiado tarde.

Los mismo que en las anteriores, la mortalidad por sarampión, escarlatina y tos convulsa, ha seguido una marcha de uniforme decrecimiento, si se exceptúa la que se relaciona con la de la escarlatina, correspondiente al segundo, cuarto y quinto períodos, durante los cuales se observó una ligera elevación por haberse desarrollado esa enfermedad en forma epidémica.

El total de las defunciones por las tres afecciones referidas, en los treinta años, ascendió tan solo a la cantidad de 2.197, que corresponde a la cifra media anual de 77. De este total, corresponden: 948, a la escarlatina, 865 al sarampión y 384 a la tos convulsa.

Consideradas, ahora, las defunciones por decenios, tenemos.

DEFUNCIONES

AÑOS	Sarampión	Escarlatina	Tos conv.	AÑOS	Sarampión	Escarlatina	Tos conv
1887-1896	463	311	195	1892....	107	198	26
1897-1906	273	415	101	1893....	116	5	3
1907-1916	129	222	88	1894....	9	57	10
				1895....	25	21	38
	865	**948**	**384**	1896....	50	12	26
					307	**293**	**103**

La marcha anual de las mismas, ha sido:

AÑOS	Sarampión	Escarlatina	Tos conv.				
1887....	16	6	19	1897....	—	1	6
1888....	50	5	—	1898....	31	—	—
1889....	58	4	23	1899....	34	1	18
1890....	29	1	12	1900....	30	—	10
1891....	3	2	38	1901....	25	1	13
	116	**18**	**92**		**120**	**3**	**47**

AÑOS	Sarampión	Escarlatina	Tos conv.	AÑOS	Sarampión	Escarlatina	Tos conv
1902....	7	1	17	1907....	7	12	3
1903....	55	38	3	1908....	13	26	2
1904....	2	343	7	1909....	7	142	1
1905....	9	24	8	1910....	36	6	10
1906....	80	6	19	1911....	14	3	16
	153	**412**	**54**		**77**	**189**	**32**

AÑOS	Sarampión	Escarlatina	Tos conv.
1912....	17	5	8
1913....	17	5	1
1914....	—	1	—
1915....	2	12	39
1916....	16	10	8
	52	**33**	**56**

Descomponiendo las cifras relativas a la mortalidad por las principales afecciones infecto-contagiosas, tenemos que en un total de 7.021 defunciones de viruela, sarampión, escarlatina, difteria y tos convulsa, acaecidas en los últimos treinta años, estas, consideradas en períodos de diez años, se han producido en la siguiente forma:

1er. decenio (1887-1896) **4.334**
2.º „ (1897-1906) **1.415**
3.º „ (1907-1916) **1.272**

En consecuencia, la disminución de la mortalidad, por las enfermedades infecto contagiosas que más castigan a la infancia, resulta muy sensible, si se comparan los tres últimos períodos anotados, aún que en varios momentos de los últimos, el sarampión y la escarlatina hayan reinado con caracteres epidémicos. Y si tenemos en cuenta que la suma de los dos decenios comprendidos de 1897 a 1916 (1.415 + 1.272 = 2.687) es bastante menor que la del primero que llegó a 4.334, el hecho se manifiesta entonces con carácteres tan reales y acentuados como halagueños. Interpretándolo desapasionadamente, según conviene a este género de investigaciones, quiere decir que hemos mejorado nuestra situación sanitaria, ahorrándole al estado un crecido número de víctimas.

Semejante afirmación, podría quizás calificarse de prematura, dentro de un período de tiempo breve, pero como el que hemos tenido en cuenta se extiende hasta treinta años y durante su transcurso la población ha soportado la influencia perturbadora de algunas epidemias y de las crisis morales y económicas, poseemos, con esos factores, elementos más que suficientes para basar nuestras deducciones en fundamentos positivos.

¿ Cuales han sido los medios principales que han intervenido en ese resultado ?

Sin pretender estudiarlos con entera minuciosidad, precisaremos algunos puntos más o menos concretos, que de acuerdo con lo que la experiencia enseña, deben satisfacer, de manera amplia, nuestra curiosidad.

Desde luego, conviene acentuar que el desenvolvimiento de cuanto tiende a mejorar y difundir las medidas higiénicas de los organismos colectivos, y por consiguiente de los diversos grupos que contribuyen a formarlos, data de algunas décadas: no solamente entre nosotros, sinó también en los países de civilización añeja y adelantada.

Algunas veces, aunque conocido el agente preventivo de la dolencia, como en el caso de la viruela, no se ha hecho obligatorio su uso, único medio de extirpar la dolencia; (Inglaterra mismo, cuna del ilustre JENNER, en la actualidad exonera de la vacunación a los que alegan contra esa práctica razones íntimas, de conciencia) en otras, el tratamiento curativo, se conoce desde hace poco tiempo.

La declaración, por otro lado, de todas las enfermedades infecto-contagiosas, absolutamente indispensable para conocer su marcha y circunscribirlas, también de data reciente, ha levantada y levanta resistencias, por razones más o menos respetables; pero contrarias al interés común y a la solidaridad social.

En los precios momentos que escribimos estas líneas, amigos y adversarios de la declaración de la tuberculosis pulmonar, discuten en Francia, con verdadero apasionamiento la legalidad y eficacia de la medida, sin llegar a nada definitivo, apesar de

los desastres que con motivo de la guerra, ha aumentado el número de las víctimas.

Se considera, por razones de buena administración, que todo individuo está obligado a declarar el monto exacto de su renta, sin que se conculque ningún principio y se considera, al mismo tiempo, que no hay derecho para exigir, en ninguna forma, que lo manifieste aquel que se halla atacado de un mal peligroso para los que le rodean. Se alega que el secreto profesional, impide, semejante divulgación, como si fuera este una entidad intangible, superior al deber que todo individuo tiene de colaborar en beneficio de la salud pública, aún, de la justicia cuando esta lo requiere y el interés social está comprometido.

Entre nosotros, afortunadamente, ni la vacuna obligatoria, ni la declaración de las enfermedades infecto-contagiosas, entre estas la tuberculosis pulmonar, han levantado protestas de ninguno, así entre el público, como entre los médicos. Y si es cierto que esta última dolencia no diezma tanto a los niños, como a los adolescentes, no es menos verdad que el conocimiento del estado precario de salud de los padres o encargados, exige la intervención de la autoridad que dispone la asistencia o el aislamiento del sujeto, que enseña a precaverse de los peligros del contagio, que vigila las condiciones de la vivienda, cuando la desinfección de esta se lleva a cabo, mejorando, por todas esas razones la situación de la infancia menesterosa.

No obstante la indirecta pero indiscutible influencia que en la morbosidad infantil, y por ende en las defunciones de los niños, tiene la asistencia y profilaxis de la tuberculosis general, en razón del carácter de esta, y de su rareza en los primeros años de la vida, no tendremos en cuenta los casos denunciados, de la misma, sinó los que se refieren a las demás principales afecciones infecto-contagiosas. Y aunque de estas últimas pueda observarse que no todos los casos denunciados comprenden solamente a los niños, es sabido que corresponden, por. lo que toca a la difteria, sarampión y tos convulsa, en su casi totalidad, y en su mayor parte los de viruela y escarlatina.

También debemos observar que en el cuadro de los casos denunciados, en los de viruela se hallan incluídos todos los de varioloide y varicela.

CASOS DENUNCIADOS DESDE LA VIGENCIA DE LA LEY QUE PRESCRIBE LA DECLARACION DE ENFERMEDADES INFECTO CONTAGIOSAS, AÑOS Y QUINQUENIOS.

Años	Viruela	Escarlatina	Difteria	Sarampión	Tos convulsa	TOTAL
1898	29	53	86	336	39	**543**
1899	60	8	87	777	140	**1.072**
1900	70	3	83	440	83	**679**
1901	1.337	5	131	425	138	**2.036**
1902	1.803	30	103	177	222	**2.335**
	3.299	**99**	**490**	**2.155**	**622**	**6.665**
1903	49	307	123	1.495	41	**2.015**
1904	135	1.865	187	161	71	**2.419**
1905	472	187	166	308	72	**1.305**
1906	137	61	188	1.715	169	**2.370**
1907	230	171	193	422	33	**949**
	1.023	**2.591**	**857**	**4.201**	**386**	**9.058**
1908	88	194	247	375	19	**923**
1909	513	677	292	410	16	**1.908**
1910	1.364	68	188	1.048	44	**2.712**
1911	210	189	231	345	32	**1.007**
1912	120	323	167	680	65	**1.355**
	2.295	**1.451**	**1.125**	**2.858**	**176**	**7.905**
1913	235	317	373	438	1	**1.364**
1914	153	80	132	45	2	**412**
1915	202	585	249	274	150	**1.460**
1916	128	195	204	219	—	**746**
1917	150	65	259	21	211	**706**
	868	**1.242**	**1.217**	**997**	**364**	**4.688**

El total de los casos declarados de 1898 a 1917, inclusives, ambos, ascendió a la suma *de 28.316*, en la forma siguiente: Viruela, *7.485*, escarlatina *5.383*, difteria *3.689*, sarampión *10.211*, tos convulsa *1.548*.

El número absoluto y proporcional de fallecidos, sobre el total de casos denunciados, en los últimos veinte años (1898-1917) ha sido.

	TOTAL DE FALLECIDOS EN 20 AÑOS	PROPORCION °/₀ SOBRE DENUNCIAS
Viruela	1.027	13.72
Difteria	423	11.38
Escarlatina	640	11.28
Sarampión	403	3.94
Tos convulsa	190	12.27

Como complemento a las anteriores consideraciones, en cuanto se relacionan con la profilaxis de la viruela, damos enseguida el computo de las vacunaciones llevadas a cabo en el Conservatorio de vacuna de Montevideo y cantidades repartidas entre los facultativos de los Departamentos, desde la época de la Ley de 1910, que declaró obligatoria aquella medida.

	VACUNACIONES EN LA CASA CENTRAL	TUBOS DE VACUNA REPARTIDOS
1910	35.372	132.952
1911	6.846	19.279
1912	5.015	19.580
1913	5.322	19.248
1914	4.800	18.049
1915	9.500	34.064
1916	6.585	21.344
1917	9.040	20.920

Ahora bien, como el número de personas no vacunadas según el último censo (1908) llegó a 39.182 y la cifra de las vacunaciones hechas por la sola casa Central posterior y sucesivamente, casi alcanza a aquel total y al de los nacimientos anuales, presumimos, que agregando a estas las vacunaciones llevadas a cabo en la clientela, y en los hospitales, por los señores facultativos así como por el personal de la administración, no es temerario aceptar que la casi totalidad de la población infantil del Departamento debe hallarse inmunizada.

A pesar de su interés mayúsculo la influencia, indiscutiblemente benéfica, ejercida en el período de la primer infancia por la lactancia materna, no nos es posible evidenciarla con la elocuencia de los guarismos, ya que en la práctica común se prescinde de indicar el régimen a que ha estado sometido el niño.

Es este un vacío tan sensible, como fácil de reparar por medio de disposiciones legales que obligaran en todos los casos y sin menoscabo alguno, a llenar esa omisión.

La opinión de los profesionales así como de las autoridades, nos atrevemos a asegurarlo, no han de ser adversas a la adopción de una medida, cuyo cumplimiento despejaría numerosas incógnitas y daría la clave exacta del valor que entre nosotros pueden tener los diversos sistemas de alimentación artificial, comparados con el materno, exclusivo o mixto.

Fuera de las circunstancias ya enumeradas y que comprenden a treinta años de observaciones, las que restan, en razón de preferir la exactitud posible al exceso de cifras incompletamente expurgadas, las limitamos a la mortalidad infantil del último decenio. Estudiada ahora, dentro de ese término, según las diversas estaciones, resalta inmediatamente su elevación máxima, coincidiendo según la experiencia nos enseña, con los calores del estío, la merma de la misma paralela al período del Otoño y de la Primavera y una nueva elevación, aunque no tan subida como la primera y que corresponde a la época de nuestro invierno.

El cuadro siguiente así lo demuestra.

MENORES DE UN AÑO, FALLECIDOS, SEGUN LOS MESES, (DE 1907 A 1916)

Enero	1.253
Febrero	918
Marzo	837
Abril	711
Mayo	779
Junio	774
Julio	875
Agosto	896
Setiembre	857
Octubre	787
Noviembre	1.049
Diciembre	1.529
	11.265

El número de fallecidos, según las estaciones fué:

Durante el Verano	3.700
„ „ Otoño	2.327
„ „ Invierno	2.545
„ la Primavera	2.693

Los anteriores guarismos ratifican lo que la experiencia, desde largo tiempo nos ha enseñado al poner de manifiesto que entre nosotros es el Otoño la estación durante la cual la mortalidad general así como la de las enfermedades infecto-contagiosas, y aún la de la tuberculosis pulmonar, resultan menos elevadas. Desde la iniciación, bien lejana por cierto de nuestros estudios ya habíamos tenido ocasión de señalar el hecho, que por si sólo, reduce a los caracteres de leyenda sin fundamento serio, la que suponía existir una relación entre las defunciones de los tísicos y la caida de las hojas.

Entre nosotros, más bien sucede lo contrario y acaso pueda explicarse teniendo en cuenta que nunca como en el Otoño se suceden casi sin interrupción los días templados y serenos, estimulantes irreemplazables de los desastres orgánicos.

Durante el mismo período, de 1907 a 1916, las enfermedades que mayormente han contribuído a elevar la cifra de las defunciones de los menores de un año, han sido la diarrea y enteritis y la bronco pneumonia y al estudiarlas, de nuevo se observará la influencia de las estaciones, coincidiendo como coinciden el máximun de las producidas por las primeras con las altas temperaturas del Verano, así como el de la última con los rigores del invierno.

He aquí la demostración.

MORTALIDAD DE MENORES DE UN AÑO POR DIARREA Y ENTERITIS Y BRONCO PNEUMONIA, SEGUN LOS MESES, DE 1907 A 1916

MESES	Diarrea y Enteritis	Bronco Pneumonia
Enero.....	516	157
Febrero.....	364	113
Marzo	275	102
Abril	182	81
Mayo.....	153	126
Junio	70	173
Julio	68	243
Agosto	68	269
Setiembre...	50	242
Octubre	100	186
Noviembre ..	282	208
Diciembre ..	656	181
	2.784	2.081

Como dato complementario que no se puede tenerse en cuenta sinó a los efectos de la información general, por abarcar un período breve y de honda crisis, universal casi, hemos realizado las proporciones de la mortalidad infantil en el último año de 1916, de cincuenta ciudades, además de la de Montevideo, y que son las únicas que nos ha sido dado obtener.

Helas aquí.

PROPORCIONES DE LA MORTALIDAD INFANTIL TOTAL Y DE MENORES DE UN AÑO SOBRE LAS DEFUNCIONES Y NACIMIENTOS. AÑO 1916

CIUDADES	Prop. mortal. infant. sobre mil defunc.	Prop. menores 1 año sobre mil defunc.	Prop. mort. infant. sobre mil nacim.	Prop. menores 1 año sobre mil nacim.
URUGUAY				
Montevideo	261	154	188	110
ARGENTINA				
Buenos Aires	292	177	155	93
Córdoba	474	283	401	239
Rosario de S. Fé	466	239	324	164
Salta	416	322	365	282
Santa Fé	340	249	214	157
BRASIL				
Porto Alegre	390	259	342	227
San Pablo	575	341	262	155
Santos	550	294	317	169
CANADÁ				
Montreal	486	360	251	180
COLOMBIA				
Cartagena	483	286	768	455
CUBA				
Habana	244	169	310	214
ESTADOS UNIDOS				
Chicago	292	189	221	144
Indianópolis	180	107	136	83
Los Angeles	145	92	115	70
Nueva York	268	164	151	93
Providence	261	163	175	109
Toledo	252	165	166	109
PARAGUAY				
Asunción	436	260	211	125
VENEZUELA				
Caracas	266	138	286	148
BELGICA				
Lieja	124	71	327	133
ESPAÑA				
Coruña	375	217	254	152
San Sebastián	260	131	180	90
FRANCIA				
Amiens	156	91	335	195
Lille	269	137	407	208
Nancy	174	98	305	171
Nimes	122	76	313	212
Rouen	175	97	361	200
Tours	129	80	231	143
INGLATERRA				
Birmingham	305	177	178	103
Blackburn	234	139	214	121
Cardiff	254	154	146	89
Huddersfield	185	118	162	104
Liverpool	331	173	223	117
Londres	243	142	152	88
Manchester	291	157	205	111
ITALIA				
Alessandría	188	99	222	116
Cagliari	368	63	317	54
Florencia	220	123	344	192
Milán	215	109	243	123

CIUDADES	Prop. mortal. infant. sobre mil defunc.	Prop. menores 1 año sobre mil defunc.	Prop. mortal. infant. sobre mil nacim.	Prop. menores 1 año sobre mil nacim.	CIUDADES	Prop. mortal. infant. sobre mil defunc.	Prop. menores 1 año sobre mil defunc.	Prop. mortal. infant. sobre mil nacim.	Prop. menores 1 año sobre mil nacim.
					EGIPTO				
Venecia.....	330	186	357	201	Alejandría	649	330	524	267
PORTUGAL					El Cairo	591	317	559	300
Lisboa	347	167	400	203	JAPON				
SUIZA					Nagasaki	328	159	235	114
Basilea	138	80	107	59	Nagoya.....	592	177	366	109
Ginebra	115	68	125	72	Tokio	446	259	331	192
Zurich.....	124	72	91	52	Jokohama	384	246	288	184

CONCLUSIONES

I. En el espacio de tiempo comprendido de 1887 a 1916 inclusives la mortalidad por viruela del Departamento de Montevideo, decreció en la siguiente forma: Mortalidad absoluta en el primer quinquenio, 1255 fallecidos, en el último 2; proporcional, respectivamente, 5.15 % y 0.00 %.

II. La mortalidad por difteria, en los mismos treinta años, fué en el primer quinquenio 1.615 en el último 107.

III. El número de fallecidos por las principales afecciones infecto-contagiosas, viruela, sarampión escarlatina, difteria y tos convulsa fué:

en el 1er. decenio 4.334
„ „ 2.º „ 1.415
„ „ 3er. „ 1.272

IV. La cantidad de nacidos muertos y proporción de estos sobre la totalidad de nacimientos y defunciones, por ciento, tuvieron el descenso siguiente: nacidos muertos en el primer quinquenio 1.868; proporción % sobre nacimientos 4.91; proporción % sobre defunciones 7.67; nacidos muertos, en el último quinquenio, 1.868; proporción % sobre nacimientos 3.77; proporción % sobre defunciones 5.97.

V. La mortalidad absoluta infantil que llegó en el primer quinquenio a la cifra de 11.278, descendió en el último a la de 9.425.

VI. Considerada del punto de vista de las edades, se manifestó una pequeña elevación en el número de fallecidos de menores de 1 año correspondientes al último quinquenio.

Fuera de esta excepción, las defunciones de niños, de uno a dos años, de tres a cuatro, y de cinco a nueve, descendió sensiblemente y las proporciones de todas (incluyendo a las de menores de un año) disminuyeron en la forma siguiente.

FALLECIDOS EN 1887-1891		FALLECIDOS EN 1912-1916	
Menores de 1 año . .	5.591	Menores de 1 año . .	6.161
De 1 a 2 años	2.297	De 1 a 2 años	1.965
„ 3 „ 4 „	1.827	„ 3 a 4 „	620
„ 5 „ 9 „	1.563	„ 5 a 9 „ . . .	679
	11.278		9.425

A pesar pues del elevado crecimiento de la población la disminución de la mortalidad llega, comparados el primer y el último periodo, a la cifra de 1.855. Las proporciones también decrecientes sobre las defunciones generales fueron.

PRIMER PERIODO		ULTIMO PERIODO	
Menores de 1 año .	22.96 %	Menores de 1 año .	19.69 %
De 1 a 2 años . . .	9.43 „	De 1 a 2 años . .	6.28 „
„ 3 „ 4 „ . . .	7.50 „	„ 3 „ 4 „ . .	1.98 „
„ 5 „ 9 „ . . .	6.42 „	„ 5 „ 9 „ . .	2.20 „

VII. El descenso proporcional, teniendo en cuenta las defunciones generales y los nacimientos, ha sido:

Proporcion de mortalidad infantil sobre mil defunciones, en el primer quinquenio —463.

Proporción de mortalidad infantil en el último	301
„ sobre nacimientos en el primero	296
„ „ „ „ „ último	190

VIII. La mortalidad infantil, pues, absoluta y proporcional, de todas las enfermedades comunes así como de las infecto-contagiosas, durante el período de los últimos treinta años, ha disminuido sensiblemente en Montevideo.

IX. La denuncia obligatoria de las afecciones, infecto-contagiosas, práctica ésta que los señores facultativos han hecho efectiva con encomiable celo; la vacunación, también obligatoria, que ha permitido inmunizar a la casi totalidad de la población infantil; el empleo y difusión fáciles del suero anti-diftérico, expedido por las autoridades, con entera liberalidad entre las clases menesterosas; la asistencia médica, menos empírica y más especializada; la creación de nuevos servicios de cura y prevención social, en una palabra, el mejoramiento de las condiciones higiénicas y sanitarias, explican suficientemente el beneficio obtenido y que equivale a un ahorro de millares de existencias.

El Dr. Carlos S. Cometto propone un voto de aplauso para este brillante trabajo, aplauso que se tributa.

CAUSAS DE LA MORTALIDAD INFANTIL EN LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES. FORMA EFICAZ PARA COMBATIRLA

90.141.143.

Por el Dr. Carlos S. Cometto

Director del Hospital de Niños de la Plata. Subdirector del Cuerpo Médico Escolar de la Provincia de Buenos Aires.

Antes de enumerar las principales causas de la mortalidad en la provincia de Buenos Aires y en la ciudad de La Plata, quiero recordar ligeramente la proporción que da la estadística para los niños de 0 a 2 años. Como podrá verse por los cuadros que presentó la mortalidad de la infancia ha ido disminuyendo en el último decenio y actualmente no ocupamos un

lugar tan desairado entre las estadísticas de los países europeos y americanos. Podemos aún disminuir esa pérdida de vidas infantiles usando procedimientos eficaces contra esa serie de enfermedades evitables que hacen sucumbir a tantos miles de niños actualmente.

Natalidad. — Los datos que nos da la natalidad son halagadores; aunque en los últimos 27 años existe una disminusción en los nacimientos. De 48 por ‰ habitantes en 1890 ha ido disminuyendo hasta quedar en 35.3 ‰ en 1916 que es la media del último decenio.

La ciudad de La Plata que hasta el año 1914 ocupaba un lugar proeminente en cuanto a su natalidad en todas las grandes ciudades del mundo; se observa un descenso rápido de 50.7 °/₀₀ habitantes en 1912 a 26 °/₀₀ en 1917.

En un corto período de cinco años vemos disminuir la natalidad a casi la mitad.

Como principal causa debe invocarse la crisis económica que atravezamos, lo que ha obligado a los matrimonios a disminuir el número de sus hijos. No creo que esta disminución sea duradera, mejorada la situación económica, la natalidad volvera a aumentar. No creo que la disminución obedezca a las mismas causas que soportan las primeras ciudades del mundo como Paris, Berlin y Viena cuya natalidad es de 17 a 20 °/₀₀ habitantes. No creo que nuestra ciudad se esté refinando en ese sentido.

Esta disminución no se observa en la provincia, lo que quiere decir que la crisis no se ha dejado sentir tanto como en la capital ó que la población aún no ha adquirido la costumbre de la disminución voluntaria de sus hijos o será porque en la provincia existe menor proporción de parteras. Para 2.200.00 habitantes, y 300 kilómetros de extensión sólo disponemos de 293 parteras diplomadas: una para 7.500 habitantes. En La Plata para 146.803 habitantes existen 40, es decir, una por 3.500 habitantes. He podido comprobar que el aumento de parteras en una población trae una disminución de los nacimientos en épocas críticas como la presente.

Morti-natalidad. — En el decenio 1907-1916 podemos observar que la provincia ha pagado un tributo relativamente

elevado en cuanto a su morti-natalidad: un 40 °/oo de sus nacimientos. Comparado con la estadística de La Plata, esta ciudad tuvo solo una pérdida por inanimados de 20.4 °/oo en 1912 pero ha vuelto a aumentar en estos tres últimos años.

Mortalidad infantil sobre natalidad. — Se observa en el decenio 1907-1916 una disminución de la mortalidad infantil de 0 a 2 años que varía si contamos los nacidos muertos de 19.9 % de sus nacimientos para 1907, baja a 15.7 % para 1914 quedando en 16.6 % en 1916. Si sacamos el mismo porcentaje sin contar los nacidos muertos tenemos para el año 1907 el 15.7 °/oo, solo el 11.4 % para el año 1913 quedando en 12.5 % en el 1916.

Si comparamos estas cifras con los de la ciudad de La Plata vemos que los progresos son notables: sin contar en la proporción a la morti-natalidad nos da el 16.1 % para el 1910 baja al 9 % el año 1912 quedando en 12.6 % en 1916. Si observamos la estadística de 0 a 1 año, sin contar los nacidos muertos la provincia tuvo en 1907 el 12. 4 %, el 9.4 % en 1914 y quedó con 10.3 % en 1916. La misma estadística para La Plata fué de 12.1 % para 1907, de 6.6 % para 1912, quedando en 9.6 en 1916. Se acerca mucho a la buena estadística de la ciudad de Buenos Aires.

Mortalidad infantil sobre mortalidad general. — La mortalidad general de la provincia ha experimentado durante los últimos 27 años, una disminución notable que puede calcularse en un 13 % es decir a mas de la mitad. En 1890 la mortalidad era de 25.4 °/oo habitantes en 1900 llega a 13.4 °/oo, en 1913 baja 11.9 °/oo para quedar en 1916 en 13.8 °/oo habitantes.

Esta mortalidad general es inferior a la de la ciudad de La Plata, de Buenos Aires y a la media de la república. Comparando la mortalidad infantil sobre la general, la primera se presenta muy elevada. Tomando los fallecidos de 0 a 2 años, contando los nacidos muertos sobre 1.000 defunciones generales 470, término medio, corresponden a niños de esa edad. Es casi la mitad. En los últimos años existe una disminución de 493 °/oo en 1911 llega a 422 °/oo en 1916. En la ciudad de La Plata la disminución es más marcada de 384 °/oo en 1910 disminuyó a 338 °/oo en 1915.

Mortalidad infantil sobre población total. — En el último decenio la mortalidad de la infancia comparada con la población total ha disminuido en la provincia de 7.08 °/oo en 1907 a 5.88 °/oo en 1916.

Influencia de las enfermedades gastro-intestinales. — Todos sabemos que las enfermedades de las vías digestivas son las que producen mayor número de defunciones en la infancia.

Durante el último decenio la mortalidad por estas afecciones fué de 389 °/oo en 1907 para niños de 0 a 2 años, bajó a 342 % en 1916.

En cambio, la ciudad de La Plata tiene una mortalidad más elevada 423 °/oo en 1910 quedó en 460 °/oo en 1916.

Influencia de las enfermedades infecto-contagiosas. — Durante los últimos diez años la mortalidad infantil por estas enfermedades ha disminuído notablemente. En la Provincia ha variado de 115 a 42 °/oo para niños de 0 a 2 años, en cambio en La Plata la proporción sólo es de 51 a 7 °/oo. En la ciudad donde los servicios de profilaxis y de desinfección estan mejor atendidos se observa la acción benéfica de la autoridad sanitaria.

Mortalidad por tétano infantil. — El tétano, de orígen umbilical, que causaba en otras épocas grandes estragos va disminuyendo anualmente. Esta enfermedad arrebatada el 13.6 °/oo de los nacimientos en 1907 y sólo el 5.6 °/oo en 1916. En La Plata casi no se conoce, sólo se observa 2 o 3 casos por año.

CAUSAS GENERALES DE MORTALIDAD INFANTIL

La provincia de Buenos Aires pierde anualmente muchos niños, más de lo que debiera perder en relación a su clima, a su extensión, a su riqueza, a la holgura relativa de las clases inferiores, a la estructura de los centros poblados y a las condiciones de vida propia de sus habitantes.

Las causas de la mortalidad de la infancia son de variada índole y de diferente importancia.

La causa principal la que origina el mayor número de decesos es la ignorancia, es la proverbial despreocupación de las distintas clases de nuestra sociedad acerca de los preceptos de higiene infantil.

La ignorancia del pueblo sobre los cuidados que necesita el niño en nuestra provincia (ignorancia que no deja de existir en todos los países sudamericanos), llega a un grado increible y aterra la inconciencia con que se cometen miles de infanticidios.

¡ Cuantos prejuicios y errores existe entre nosotros, en todo lo que se relaciona con la salud y con la higiene de los niños!

La crianza es regida por criterios antiguos, tradicionales, en que los prejuicios toman mayor parte. Todo lo que se refiere a la alimentación y cuidado de los niños se cree que no es del dominio de la medicina; sinó únicamente de la pseudo experiencia de abuelas, curanderas y comadres del barrio. En una palabra, las fluctuaciones de la mortalidad de la infancia en la provincia son debidos más a la ignorancia que a la miseria, más a los errores que a la pobreza. Coloco como primer y principal causa de la mortalidad infantil, la falta de conocimientos higiénicos, la dejadez, los prejuicios en el cuidado de los niños.

Durante mucho tiempo y aún lo es hoy costumbre casi invariable seguidos en nuestras familias de llamar al médico sólo en caso de enfermedad; pero casi nunca para entregarlo la dirección de los régimes dietéticos y de la crianza de los niños.

Las parteras son, aún, las consejeras preferidas de una numerosa parte de la población y son consideradas capaces de asesorar en todo lo que sigue después del alumbramiento: en los cuidados a prodigar al recién nacido primero y en los detalles de su crianza después. Pero por lo general, trasmiten prácticas erróneas que pueden comprometer la salud y la vida de esos pequeños seres. Muy acertado ha sido dictar la cátedra de puericultura en las escuelas de parteras.

Por otro lado, el curanderismo (estrechamente ligado a la ignorancia de las madres) es uno de los factores que también contribuyen a aumentar la mortalidad infantil. Se presenta de varias formas: el curanderismo que llamaremos familiar ejercido por las abuelas, tías y amigas; el curanderismo pseudocientífico que tiene como representantes a los farmacéuticos, boticarios y parteras quienes olvidando sus deberes y sus derechos aprovechan el ascendiente que tienen sobre el público

y por último el curanderismo verdadero, ejercido como modus-vivendi por un buen número de personas. Los curanderos abundan en mi provincia.

Este curanderismo tiene en los niños un ancho campo abierto por la ignorancia, sostenidos por mil prejuicios flotantes todavía en la atmósfera de nuestra sociedad. La distinción las lombrices y el empacho son entidades que cuentan en el gremio de los curanderos con especialistas de fama; no se crea que el curandero sólo existe y prospera en las regiones de la provincia en que faltan médicos, tendría su atenuante. No. En la misma capital, en La Plata, frente a la primera autoridad sanitaria, la Dirección General de Salubridad, hay curanderas especialistas en niños en abundancia.

Estos curanderos no sólo prosperan entre la gente ignorante: conozco abogados, ingenieros, maestros etc. que les tiene mucha fé en su experiencia; que creen que el médico no sabe curar el empacho y que solo la curandera es la especialista infalible, a la que concurren con sus hijos poniendo la salud y la vida en sus manos.

La gran extensión de nuestra provincia (300 mil klm2), las dificultades de comunicación, constituyen un nuevo factor. Es indudable que la muerte de muchos niños es debida a la falta de asistencia médica oportuna, la muerte de muchos recien nacidos a la escasez de parteras; siendo, en el campo la vecina más cercana quién la reemplaza.

Observando la acción que tiene la crisis económica que atravezamos a consecuencia de la guerra europea, vemos que la natalidad en ciudades como La Plata ha disminuído de 40 °/oo habitantes que era la media en el decenio 1906-1915 a 28.8 en 1916 y a 25 °/oo en 1917. La ciudad de Buenos Aires ha sufrido un descenso rápido también en estos tres últimos años. No creo que esta disminución continúe; ni que sea duradera; mejorada la situación económica del país, la natalidad volverá a aumentar.

En cambio en la provincia no ha variado mayormente el número de nacimientos, ha sido de 35.5 °/oo para 1916 y 1917 lo que quiere decir, que la crisi no se hace sentir tanto como en la capital o que aún en la campaña no ha llegado esa prác-

tica de «refinación» de los pueblos o porque es reducido el número de parteras. He podido comprobar, en esta época de crisis económica, antes nó, que el aumento del número de parteras en una población trae una disminución de los nacimientos, y un aumento en el número de abortos.

En cuanto a la morti-natalidad la provincia no ha variado mayormente, tiene un término medio de 4 inanimados por 100 nacimientos. En cambio en La Plata se observa en estos últimos tres años que del 20 °/oo en 1912 subió a 4.9 % en 1916. Atribuyo este hecho a que por economía se ha prescindido de la partera diplomada reemplazándola por una mujer práctica cualquiera; a que la madre ha tenido, por necesidad de trabajar durante todo el embarazo, hasta el mismo momento del alumbramiento.

La mortalidad por enfermedades infecciosas ha ido disminuyendo en estos últimos años. Comparando los decesos de la provincia con los de La Plata, por esta clase de afecciones, vemos que la capital tiene menos de la mitad. Todo debido a la acción más directa de las autoridades sanitarias. Es la profilaxis y la desinfección obligatoria que actúa en la ciudad y rara vez se deja sentir en la campaña.

La viruela ha ido año a año desapareciendo y desde el año 1912 no ha fallecido ningún niño en la provincia, por esta enfermedad. En La Plata hace más de diez años que los médicos no han podido observar ni un sólo niño ni adulto atacado por esta enfermedad

La mortalidad por tétano ha disminuído enormemente. Su disminución está en proporción directa con el número de parteras. La mortalidad infantil por enfermedades de las vías digestivas en la provincia ha disminuído durante el último decenio de 477 °/oo a 342 °/oo en 1916. Comparando la mortalidad 0 a 2 años, por enfermedades gastro-intestinales de La Plata con la de la provincia se observa que la ciudad tiene más mortalidad. Diferencia que varía entre un 8 en 1912 y 134 °/oo en 1915.

Quiere decir, entonces, que en la campaña mueren mucho menos niños por afecciones digestivas que en la ciudad, donde

la protección por la infancia preocupa más a las autoridades. La proporción de fallecimientos por afecciones de las vías respiratorias es mayor en la provincia que en La Plata. La mortalidad no es uniforme en toda la provincia. Su mayor o menor intensidad no está distribuída por regiones. No hay relación constante entre la mayor y menor altitud. La proximidad a la Capital Federal influye favorablemente en la disminución de la mortalidad de la infancia.

Manera de combatir la mortalidad infantil. — Muchos, muchos deben ser los medios que deben usarse para combatir la mortalidad de la infancia como que muy variable son las causas que la producen.

Solo me ocuparé de una forma, dejaré de lado los demás medios de que disponen los higienistas, de una manera que la creo de mayor utilidad que todos los demás reunidos para disminuir la morbilidad y la mortalidad infantil.

Creo y sostengo que la forma más eficaz de disminuir las enfermedades en los niños es educar, instruir, hacer conocer reglas de higiene general y sobre todo infantil a las futuras madres aprovechando su concurrencia en la escuela.

Creo que esta enseñanza debe comenzarse desde la escuela primaria; aprovechando el cerebro aún virgen de prejuicios y supersticiones; inculcándoles desde niños conocimientos de puericultura; porque cuando llegan a la edad adulta resulta difícil desarraigar esos errores y prácticas mal adquiridos. Creo que no es suficiente que se enseñe higiene infantil en los cursos normales como se hace actualmente, porque el número de niñas que aprovecharán esos conocimientos será reducido en relación con la totalidad de los alumnos que concurren a los grados superiores de las escuelas primarias.

El número de niños que asisten al 4.°, 5.°, y 6.° grado en la provincia alcanza a 13.402; si se consiguiera inculcarles preceptos de puericultura a solo la mitad de ellos, serían 7.000 niños que anualmente llevarían a sus hogares, conocimientos higiénicos que los pondrían en práctica con sus hermanitos, los comunicarían a sus padres, parientes y amigos: serían varias generaciones las que aprenderían a la vez.

Con el transcurso de varios años, inculcando anualmente en el cerebro de 7 a 8 mil niñas estas reglas de higiene, distribuyéndoles prejuicios mal aprendidos en el medio en que viven respecto a la crianza de los niños; llegaríamos a tener a miles de madres preparadas en el arte de criar a sus hijos y se conseguiría disminuir la mortalidad de la infancia en un buen porcentaje; a parte de que se evitarían esas enfermedades que siempre dejan rastros de debilidad en el organismo.

¿En que forma debe difundirse la puericultura en la escuela primaria? Buscando una forma a la vez que práctica fuera eficaz y sin recargar aún más los programas, para dar a esta enseñanza de una utilidad evidente propuso, a mi indicación, el Cuerpo Médico Escolar de mi provincia en el año 1907 a la Dirección General de Escuelas se escribiese un libro que sirviera de lectura para niñas, basado en los conocimientos generales de higiene infantil para reemplazar a varios libros de lectura de uso corriente en nuestras escuelas, cargadas de descripiones abstractas y de casi ninguna utilidad positiva, para ser usado en 4.°, 5.° y 6.° grados.

Aprobada la idea, se me encargó que escribiera ese libro, que se lee desde el año 1913 en las escuelas primarias de mi provincia, sin haber levantado la más mínima resistencia antes por el contrario, se lee con interés dado la importancia y la utilidad inmediata del asunto.

Al hacer este libro no he hecho otra cosa que tomar lo mucho y bueno que se ha escrito por autores extranjeros y distinguidos especialistas del país, arreglarlo, adoptarlo a las necesidades y costumbres de nuestro medio, darle una forma conveniente para el fin propuesto. Criticar, ridiculizar las malas prácticas y enseñar un poco de puericultura.

Reconozco, por otro lado, que mucho bien han hecho los excelentes libros de vulgarización de la higiene infantil escritos por conocidos especialistas del país, pero estos libros solo los leen las familias acomodadas o de cierta ilustración y por lo tanto, no llegan a la masa del pueblo; lo que puede conse-

guirse con la implantación obligatoria de la enseñanza, bajo forma de lectura, de higiene infantil en la escuela primaria.

El Cuerpo Médico Escolar queriendo inculcar diariamente en el cerebro de los niños conocimientos higiénicos generales y de puericultura en particular ha confeccionado también, un gran número de reglas de higiene que las maestras deben escribir todos los días en los pizarrones y explicar su significado, en lugar de esos lemas de asuntos tan abstractos como el de la virtud, el honor, la modestia etc. de que los niños poco se dan cuenta.

Este cuerpo médico repartió a los alumnos de todas las escuelas primarias 150.000 ejemplares de una cartilla de síntomas y profilaxis de enfermedades infecto-contagiosas. También repartió y reparte otra cartilla con instrucciones para combatir la tuberculosis. Respecto a esta enfermedad se ha dispuesto por el Consejo General de Educación de que todo libro aprobado por él, debe llevar en las últimas páginas, una serie de instrucciones de profilaxis anti-tuberculosa, cuya redacción la proporciona el Cuerpo Médico Escolar.

Desde hace varios años la Dirección General de Salubridad, viene repartiendo un folleto y lo ha hecho en número de 140.000; titulados «Instrucciones populares a las madres» que por intermedio de los Jefes del Registro Civil se reparten entre las personas que denuncian algún nacimiento y en todo matrimonio que se contrae.

Dada la gran extensión de nuestra provincia, creo que si hemos mejorado la estadística de la mortalidad de la infancia es porque venimos desde hace años educando al pueblo, instruyéndolo sobre conocimientos higiénicos sin desconocer los felices éxitos de la vacunación y la desinfección obligatoria y todas las demás medidas de Asistencia y protección a la infancia de que no me ocuparé en este momento.

CONCLUSIONES

1.º La causa principal que origina el mayor número de decesos entre niños de 0 a 2 años en la provincia de Buenos Aires

es la ignorancia, la despreocupación de las distintas clases sociales acerca de la crianza de los niños.

2.° Las fluctuaciones de la mortalidad infantil son debidos más a la dejadez que a la miseria, más a los errores que a la pobreza.

3. Conviene por lo tanto, inculcar en el pueblo conocimientos de puericultura; pues ella es la única arma capaz de asegurar el éxito que se persigue. Todos los demás medios que puede usarse no daran gran resultado si la vulgarización de la higiene infantil es descuidada.

4.° La puericultura debe enseñarse a las niñas desde el 4.°, 5.° y 6.° grados de la escuela primaria, en las escuelas normales, en todos los lugares y bajo formas variadas: pero, en lo posible, debe comenzarse a inculcar conocimientos higiénicos desde la niñez antes que esté saturada de prejuicios y errores del medio en que viven.

5.° La vulgarización de la puericultura puede hacerse bajo forma de libros de lecturas, de máximas, de cartillas que serán repartidas a las alumnas de los grados superiores de la escuela primaria.

DISCUSIÓN

Dr. Bauzá (Julio A.). — Apruebo las ideas emitidas por el Dr. Cometto. Creo que será en gran parte por intermedio de la escuela que será posible obtener un descenso en nuestro coeficiente de mortalidad infantil. La niña de 11 a 12 años, que aprende en la escuela los preceptos de higiene infantil, que los aplica en la casa en sus hermanitos, y que instruye a la madre, ha de constituir el intermediario entre el higienista y la madre. En Estados Unidos se han constituidos clubs o ligas de niñas escolares, llamados « Little Mothers League » que actúan dentro y fuera de sus casas vigilando a madres e hijos, y que mismo proceden « manu militari » con las madres que en público infringen las reglas de la higiene infantil. El día que sea posible actuar, por medio de las niñas de las escuelas, hasta en el último rancho de campaña, se habrá hecho posible reducir la gastro-enteritis, y eliminar el tétano y la conjuntivitis purulenta.

El Dr. Sisto hace notar un factor social que hace difícil luchar contra la mortalidad infantil por la difusión de las nociones de puericultura: la ignorancia vergonzante, una ignorancia que desconoce el valor eficaz de ella y la teme como perturbador moral, ignorancia y prejuicio que no solo se encuentra en las clases intelectualmente indigentes sinó también en las

clases calificadas, mismo en las instituciones que debían apoyarla y extenderla.

El Dr. SALTERAIN felicita al Dr. COMETTO y pide un voto de aplauso que se concede.

DR. SCOSERIA. — Esos escrúpulos de que habló el Dr. SISTO respecto de la difusión de la puericultura en las niñas, los pudimos palpar nosotros con motivo de la organización de la Escuela del Hogar hace algunos años. Un médico perfectamente inspirado daba el curso en el Ateneo, y luego llevaba a las niñas a la Cuna, para que pudieran hacer allí un aprendizaje práctico. La enseñanza hecha prácticamente junto al niño recien nacido era seguida con interés por las alumnas, niñas de 14, 16 o 18 años. Pero las madres se alarmaron de esta enseñanza que consideraron cruda y arriesgada, y al año siguiente, el curso hubo de ser dictado por una señora de buena voluntad pero no preparada para ello, y sobre un muñeco !

Felicita al Dr. COMETTO por haber podido vencer estas resistencias sociales.

DR. COMETTO. — Las resistencias han existido. Antes de poder implantar el Cuerpo Médico Escolar con el rol que tiene, he tenido que luchar mucho para poder hacer aprobar por el Consejo General de Educación esta idea. Desde el año 1907 estuvo en estudio, y recien en 1913 fué publicado el libro de lectura para niñas sobre Higiene Infantil que se lée en las escuelas primarias, y que presento a Vds. Es un libro escrito sencillamente, en forma anecdótica y práctica.

Desde aquella fecha, hasta el presente, esta enseñanza se ha extendido, y ahora se dan conferencias, con casos prácticos, por médicos escolares, a las alumnas de 4.°, 5.° y 6.° grado. Es cuestión de buscar la forma y de saber insistir inteligentemente para introducir la puericultura en la escuela primaria.

DR. GONZALEZ DEL SOLAR. — En el concepto actual de las sociedades, corresponde a los gobiernos como función de estado, la asistencia de los enfermos pobres y la tutela previsora de la salubridad pública. Pero hay otras funciones de asistencia social, que deben dejarse confiadas a la sociedad misma, como una resultancia de la emotividad y solidaridad colectivas. Estas son funciones de caridad y beneficencia. Es por eso que creo que la acción privada debe ser estimulada. Creo, por lo tanto que la asociación denominada « Club de Madres » que funciona en Buenos Aires, debe ser considerada por los fines que lleva a la práctica, con recursos y por iniciativa privada, y su obra eficaz de protección al niño, como una institución de utilidad pública, y en tal concepto propongo que esta Sección del Congreso de un voto de aplauso al « Club de Madres » de Buenos Aires.

Así se resuelve.

DR. SALTERAIN. — Yo creo que la acción del Estado no puede ni debe ser absoluta sino paralela y convergente con la de la iniciativa individual. En este sentido considero que el procedimiento empleado por la libre y civilizada Inglaterra nos debe servir de ejemplo.

El Dr. Soria propone un voto de aplauso para el «Club de Niños» de Córdoba.

Se concede.

El Dr. Sisto hace notar la conveniencia de que la acción de protección a la infancia para evitar la mortalidad y la enfermedad sea más directa, yendo al enfermo, y no esperando que el enfermo venga a buscar su protección. Formula en este sentido el siguiente voto. «*La protección del niño pobre de la primera infancia debe hacerse no solamente en la forma actual, vale decir yendo el enfermo de la casa al consultorio o centro de protección, sino que las instituciones oficiales y privadas deben ir al hogar del niño a objeto de dispensarle los elementos de proteccion y asistencia que requiera*».

Este voto es aprobado.

La Mesa propone a continuación, para orientar y dar base al debate: «Que se nombre una Comisión con el cometido de estudiar los trabajos presentados sobre Mortalidad infantil, y formular los votos que respecto a este importante tema deberán someterse a la aprobación del Congreso en sesión plena. Dichos votos deberán referirse a las causas de la mortalidad, a los medios generales de combatirla, y a la unificación de los métodos y procedimientos de estadística a fin de que sus resultados sean comparables».

Esta moción es aprobada.

La Mesa propone, y la designación es aprobada, a los Dres. Morquio, Bauzá y Cometto para formar esa Comisión.

OBRAS REALIZADAS EN CORDOBA, EN PRO DE LA INFANCIA

14.

Por el Dr. Benito Soria

Delegado del Superior Gobierno de la Provincia y de la Universidad de Córdoba. — Profesor de la Universidad de Córdoba. Conciliario de la Universidad. — Director de la Casa de Expósitos.

En el Primer Congreso Americano del Niño, reunido en Buenos Aires el 6 de Julio de 1916, tuve el honor de presentar una modesta colaboración que titulé «Por la raza», cuyas conclusiones fueron aprobadas por la alta autoridad de aquella asamblea. En aquella fecha pedía que «se instara a los poderes públicos para que, velando por los destinos de la raza, se implantaran en todas las ciudades gimnasios públicos y escuelas al aire libre para niños débiles». Hoy, que tengo el alto

honor de asistir a este torneo similar, también en representación del Superior Gobierno de la Provincia de Córdoba y de la Universidad Nacional de la misma Capital, os traigo, señores congresales, juntamente con el saludo auspicioso para esta asamblea científica el encargo de deciros que en Córdoba se han cumplido, en parte, las aspiraciones del Primer Congreso Americano del Niño. Las autorizadas deliberaciones de aquella honorable corporación fueron bien escuchadas por el gobierno que represento, porque éste, al proceder así, entendía cumplir con un deber trascendental, tal como el de velar por los destinos de la raza, que son los de la humanidad.

En consecuencia, asisto a vuestras deliberaciones lleno de fé y de entusiasmo, porque estoy seguro que de estas discusiones han de salir orientaciones prácticas, que tendrán más tarde provechosas consecuencias.

En tal concepto, presento a vuestra consideración un pequeño trabajo relativo a las obras realizadas en Córdoba en pro de la defensa del niño. El poco tiempo de que he dispuesto para preparar estas notas, no me ha permitido acompañarlas de datos estadísticos, como lo hubiera deseado.

Desde hace varios años ha sido preocupación constante de nuestros gobiernos, dar preferente atención a todos aquellos problemas que se relacionan con la educación del niño; pero descuidaban, desgraciadamente, lo relativo al desarrollo físico, dejando librado este renglón al azar, a la constitución corporal de cada criatura. Es, por esta causa, que presenciamos a menudo, en las escuelas ordinarias, entre las que se han salvado de los peligros de la primera infancia, esas largas columnas de niños de rostro pálido, de tórax extrecho y deforme, de piernas largas y delgadas y con un desarrollo muscular miserable.

A propósito, cabe aquí recordar que aún no hace muchos meses, que un distunguido jefe de nuestro ejército elevaba un informe al ministerio de la guerra, haciéndole notar que el 40 % de los jóvenes conscriptos que se presentaban a prestar el servicio militar, había sido dado de baja por no tener el perímetro toráxico requerido por los reglamentos. Este porcentaje tan elevado nos demuestra con evidencia que si no se adoptan las providencias pertinentes en salvaguardia del porvenir de nues-

tra raza, en épocas no lejanas tendremos que lamentar funestas ulterioridades.

Pero, para bien de la humanidad y de la patria, parece iniciarse una reacción favorable contra la indiferencia y el abandono censurables: ya empiezan a abrirse paso las ideas de progreso. Gracias a esta corriente beneficiosa vemos parques de recreo en los alrededores de casi todas las ciudades y, en muchas de éstas, plazas de ejercicios físicos, donde los jóvenes pasan largas horas al aire libre, entregados a los deportes. Las plazas de juegos costeadas por sociedades particulares son las únicas que existen en la actualidad, cuando lo ideal sería que los poderes públicos, conscientes de los deberes y responsabilidades que les impone la hora presente, hicieran, por su parte, también construir sus gimnasios, donde los niños escolares pudieran practicar ejercicios saludables. Por otra parte, así parece que lo ha entendido el actual gobierno de Córdoba, al ordenar el establecimiento de un campo para ejercicios físicos en el terreno anexo al Parque Sarmiento, desde donde se domina un vasto panorama—como se demuestra por las fotografías adjuntas—rodeado de eucaliptus y plátanos. En este hermoso paraje, además del aire puro y perfumado que aspiran los niños, sus juegos se desarrollan tranquilamente, sin que ninguna nota extraña o ingrata altere sus esparcimientos.

El mismo gobierno provincial, deseando completar esta obra, mandó construir—y la ha librado ya al servicio público—una hermosa pileta de natación que decora el Jardín Zoológico, única en su género, donde los niños se dedican con placer y entusiasmo a la natación.

Pero, no se crea que son estas las únicas obras que se han realizado en Córdoba en favor del niño. Además de las enunciadas, debe citarse, también, la «Escuela Presidente Roca», un verdadero modelo entre las de artes y oficios. Está situada en las afueras de la ciudad, dentro de un bosque. Dispone de amplios y ventilados salones, de instalaciones magníficas en sus talleres. En este establecimiento reciben educación 250 alumnos.

En el mismo Parque Sarmiento, ya citado como uno de los sitios más indicados para llevar a la práctica las más auspicio-

sas concepciones, merced a la vegetación exuberante que le preserva del viento, de la tierra y de otras inclemencias atmosféricas sin restarle los efectos purificadores de la luz, del aire y del sol; en este mismo lugar, decía, el gobierno acaba de disponer se instale una escuela al aire libre para niños débiles. Tengo especial satisfacción al dar cuenta en este Congreso de esta creación por la cual he venido luchando desde el año 1914 y que estoy seguro habreis de celebrar, pues, yo se bien, señores, que escuela de esta índole teneis aquí y que es en su género, un verdadero modelo, que en nada desmerece a las de las naciones europeas.

Las instituciones de esta especie tienden a aproximar a la niñez a la naturaleza para que con ella vivifiquen sus cuerpos y sus almas. De ahí la simpatía con que han sido acogidas las escuelas al aire libre, las semi-colonias, las colonias de vacaciones y los jardines obreros. Pero, entre todas ellas se destacan como más útiles, como más imperiosamente requeridas por la época, las escuelas al aire libre. Son éllas obras de higiene física, de higiene moral y social y también de higiene intelectual. Ellas alejan al niño de la miseria física y mental, del contagio y de la enfermedad, de la muerte misma. Han salvado verdaderos ejércitos. Y muchos de los que ayer no eran más que niños frecuentadores de las escuelas al aire libre, hoy, hombres ya, han sido de los que en la contienda que termina han derramado su sangre en defensa de la patria.

Qué pueden beneficiarse en las escuelas comunes esos desdichados alumnos—verdaderas legiones como lo comprobaron las investigaciones del Prof. GRANCHER—anémicos, hipo-alimentados, enuropáticos, débiles de cuerpo y de espíritu? Harta razón tiene DELPÉRIER cuando dolorosamente exclama: «Viendo esas largas teorías de niños de pálidos carrillos, penetrar con un aire melancólico y resignado en los cubos de albañilería que llamamos «escuelas», se inclina uno a lamentar la civilización y a creer que el desarrollo intelectual de la humanindad le condena a un cruel y fatal suicidio».

Son tan terminantes los resultados de esta institución, que solo puede atribuirse a ignorancia su no mayor difusión.

ADOLFO POSADA, el eminente pedagogo español, sostiene que la escuela del bosque se brindará, al fin, no como la escuela excepcional de los niños débiles, sinó como el tipo ideal de toda escuela. El publicista peninsular reproduce en un artículo publicado últimamente, un interesante documento que, a su juicio, demuestra cómo se incorpora a la pedagogía general, la pedagogía para todos los niños, la escuela al aire libre. Se trata de una nota de la «Societé Bega de Pedotechnie» publicada en los «Archives de Psicologie», y luego en «L'educateur Moderne» con el título de «L'Ecole en plein air». Dice así: «La cuestión de la escuela al aire libre suscita cada día mayor atención entre los pedagogos y ha conquistado ya ampliamente la benevolencia de la prensa y de la opinión pública. Debe, sobre todo, el interés que suscita, al sentimiento de conmiseración que provocan los rostros pálidos de muchos escolares de nuestras grandes ciudades. Lo primero que se ocurre es ofrecer a los infortunios fisiológicos un medio de recuperación; respondiendo a ese espíritu se han creado varias instituciones de ese género y especialmente las escuelas del bosque. Pero surge una concepción más amplia, ante la consideración inevitable de si se cumple cuanto exige le deber, limitándose esta acción renovadora y tutelar de la escuela a rescatar la salud de los niños débiles: ¿No merecen, o mejor, no necesitan del aire libre los niños sanos, todos los niños?

La «Societé Belge» ha amplificado aún más el problema que plantea; ha visto en la escuela al aire libre el símbolo de una renovación completa de los métodos de educación, y a ese respecto reclama un ensayo, que sería una verdadera experiencia de cultivo del niño en los medios de la naturaleza, fuera de todo lo artificial de la organización escolar actual.

En vez de considerar, continúa, como fin esencial la enseñanza de un progr ma determinado de conocimientos, el nuevo organismo, basándose en el estudio individual del niño, tendrá como objetivo favorecer el desarrollo enérgico de todas las funciones vitales, asegurando al niño en lugar de la pasividad tradicional del escolar, las mayores condiciones de esparcimiento.

«Sería útil establecer, a título de experiencia, una escuela al aire libre para niños que no sean débiles ni anormales. Por vía de comparación con escolares del mismo valor intelectual y de la misma edad, tomarlos del mismo medio, pero que continúen frecuentando la escuela actual, esta experiencia permitiría:

a) Examinar en qué medida la permanencia en locales cerrados perjudica la salud del niño;

b) Comprobar si la escuela al aire libre puede proveer al desenvolvimiento intelectual al propio tiempo que a la asimilación de los conocimientos prácticos;

c) Comprobar si dicha escuela es, por sí misma, capaz de provocar la expansión de procedimientos nuevos, mediante la aplicación del método experimental, a las diferentes ramas de la primera enseñanza;

d) Investigar si pueden aumentar las probabilidades de la buena formación moral».

Las condiciones de la escuela que propone la «Societé Belge de Pedotechnie», serían las mismas que las de la escuela al aire libre para niños débiles, salvo una permanencia mayor de los niños en el instituto, es decir, durante los seis años de estudios. Alto interés científico y trascendencia práctica revestiría la realización de tan bella iniciativa.

Ansío ver realizados los ideales que pregona la «Societé Belge» en cada nueva escuela al aire libre.

Para que éstas puedan llenar su rol, es necesario que se instalen sobre bases científicas, que los pedagogos modernos llamen oportunamente en su ayuda al médico pediatra para que dictamine cuales son los niños débiles que matriculados en las escuelas ordinarias, deben pasar inmediatamente como pensionistas de las que funcionen al aire libre. Pero no es esto sólo, es indispensable someterlos a buenos regímenes alimenticios y conocer bien las necesidades de la vida de esos niños y qué precisan para transformarse, porque no debemos creer que basta el aire libre y puro para modificar su estado físico e intelectual. Incumbe a los gobiernos que tienen la responsabilidad de su obra pública tomar en cuenta estos elementos de juicio.

Continuemos. Al lado de las instituciones ya mencionadas con que cuenta Córdoba para la defensa del niño, existen otras que prestan a tal empresa su valioso concurso material y ofrecen edificantes ejemplos morales. Quiero referirme a todas aquellas asociaciones dirigidas o patrocinadas por damas de beneficencia.

Cada día que pasa es mayor el número de hospitales, patronatos, asilos, escuelas, etc., que por gestión de estas incansables bienhechoras se crean e instalan y desde ellos la caridad abre sus brazos a los desamparados para asilarlos, protejerlos y educarlos. Es así como ese conjunto de piadosas matronas se apodera del desválido para hacerle llevadera la vida y menos cruel su dolor.

Entre estas instituciones figura en primer lugar el Hospital de Niños, con una capacidad para ciento ochenta camas y donde se asisten enfermos de clínica médica, quirúrgica, enfermedades infecciosas y crónicas. Cuenta, además, este hospital con todos los servicios anexos, lo que lo coloca a la altura de los más modernos. El personal técnico del establecimiento, por su contracción al estudio y amor a la humanitaria misión que realiza, ha logrado colocarlo a respetable altura, mereciendo conceptuosos elogios de cuantas personas le han visitado.

Es dígno, también, de mención el Asilo Maternal, fundado el año 1882 y que funciona bajo la competente dirección de las Hermanas de la Sagrada Familia. Concurren a este establecimiento 115 niños varones de 3 a 7 años y 240 mujeres de 3 a 15 años, término medio diario. Los padres de estas criaturas, carentes de recursos, llevan todos los días a sus hijos a la escuela, internándolos a las 6 a. m. para retirarlos recien a las 7 de la noche, sin preocuparse de ellos porque allí se les educa y se les alimenta. Es, como se vé, una alta y meritoria labor de mejoramiento y de higiene social la que realiza esta escuela.

La beneficencia social de Córdoba acaba de encarar con espíritu filantrópico otro de los problemas que demandaban imperiosamente la atención y el concurso de los poderes públicos y de las clases superiores de la sociedad para solucionar una situación gravísima, impropia de la cultura ambiente: la

creación de un Asilo para Menores Madres, en donde se albergará a esas desheredadas de la suerte, acreedoras a la piedad en el actual orden social. Con la instalación de este refugio se llena un gran vacío y se inicia una nueva era en favor de esas infelices que el egoismo de los otros dejó libradas a las azarosas contingencias de la mendicidad. Hasta hace poco tiempo las menores madres, por gestión del ministerio o defensoria de menores eran internadas en un local anexo a la cárcel de mujeres y allí, en ese sitio, esperaban el parto, sin que nadie pudiera asegurar que tras este supremo trance conservarían la vida.

Al Patronato de Presos, entidad compuesta por damas y caballeros, le ha tocado en suerte realizar con el concurso del gobierno provincial tan simpática tarea, adaptando para los fines enunciados una casa de la calle Entre Ríos, colindante con el asilo que regentean las damas de la benemérita asociación de San Vicente de Paúl. Se ha dotado al local de referencia con los implementos necesarios para albergar cómodamente treinta puérperas. También se han instalado en el mismo local salas para la educación intelectual de esas madres, y para la reeducación material de las mismas, a quienes se les enseñará igualmente labores manuales y de economía doméstica, a cuyo fin se ha puesto una sección de lavadero y otra de planchado. Hemos tenido ocasión de visitar el local donde funcionará el nuevo asilo para menores madres, quedando gratamente impresionados de la justeza con que se ha procedido en todos los detalles, lo que aleja, a nuestro juicio, la posibilidad de una reedición de las lamentables circunstancias que se producían en el antiguo local, estrecho o insalubre, y, por lo tanto, el mejor aliado de la enorme mortalidad que se registraba como consecuencia de ese estado de cosas. Es, por tal concepto, que no trepidamos en tributar, como lo hacemos, el franco elogio que se merece, al Patronato de Presos.

En líneas precedentes nos hemos ocupado de la eficiente misión que viene desarrollando el Asilo Maternal, que se ha impuesto la delicada tarea de reemplazar, por largas horas del día a las madres que tienen que concurrir al trabajo, haciendo con esto las veces de esas instituciones modernas que tanto se

han vulgarizado en Europa y en Norte América con el nombre de «Creches». Apesar de la gran ventaja que supone el paso dado en Córdoba, es preciso hacer notar que aquí no se reciben, como en los institutos extranjeros, los niños menores de dos años. Esta omisión trae aparejado el grave inconveniente que las madres de estas criaturas que se ven forzadas a concurrir al trabajo, tengan que abandonar sus hijos por mucho tiempo, lo que acarrea, como consecuencia, la alimentación artificial de los niños, y ésta, casi siempre, se da en malas condiciones.

Entiendo que con un poco de buena voluntad y aunando esfuerzos, asilos como el Maternal de Córdoba, pueden convertirse en útiles factores de protección higiénica a la infancia, si se practica en ellos una inspección médica bien reglamentada y rigurosamente ordenada, y siempre que se amplíen, como es natural, sus servicios con una sección para niños de pecho que estaría a cargo de un personal competente que reemplace a las madres en las horas en que éstas tengan que trabajar.

No he de terminar estas breves notas sin referirme a otra de las instituciones que en Córdoba ha destacado su acción laudable y benéfica con progresos legítimos y adquiridos tras ruda e incansable brega: la Casa de Expósitos, fundada por la virtuosa dama Doña Encarnación Roldán de Caballero, en el año 1884. En esta casa es donde se recogen los niños abandonados, los que no tienen madre, que carecen de todo apoyo, que surgen sin rumbo, que nada los vincula a los otros seres del ambiente social, y que, en una palabra, son parias de la sociedad.

Desde su fundación, la Casa Cuna ha pasado por períodos dificilísimos, por verdaderas vicisitudes para su sostenimiento. «Vida lánguida y escueta—dice en su obra el Dr. GARZÓN MACEDA—arrastró la embrionaria fundación de Córdoba, hasta que tomóla a su cargo la Sociedad «Damas de la Providencia». El 8 de Agosto de 1910 la Casa de Expósitos se trasladó a su magnífico edificio del Pueblo San Martín, del cual acompaño las respectivas fotografías. En este nuevo local se han acentuado los progresos, como lo prueban de manera inequívoca la reseña de sus instalaciones y los antecedentes que enumero sintéticamente.

Los servicios de la Casa Cuna están distribuidos actualmente en la siguiente forma:

Pabellón de administración.

Tres hermosos salones, estucados, para niños de pecho, con capacidad para treinta camas cada uno.

Dos salas para varones mayores de dos años, con cuarenta camas cada uno.

Dos salones más, con el mismo número de camas, para mujeres.

Cada una de estas secciones cuenta con su correspondiente departamento de baños, dotado con la más perfecta y confortable comodidad.

Existen, también, dos grandes salones-aulas, para varones y mujeres.

A todo esto hay que agregar: un amplio salón comedor, dos magníficas instalaciones de cocina, una para preparar los alimentos de los niños de la primera infancia y la otra para los demás asilados y personal docente y de servicio. También hay que citar un pabellón para la observación de los niños que ingresan, que está dotado con todas las comodidades precisas: cuartos de baños, habitaciones separadas para cada niño que se observa, anexo para el personal que les vigila; un laboratorio completo que presta estimables servicios.

Se ha instalado, igualmente, una espléndida galería para la cura de sol y una sala de autopsias.

Con íntima satisfacción quiero hacer constar que, desde dos años, he podido incorporar, anexo al servicio de la Cuna, un tambo modelo, donde se obtiene la leche en las mejores condiciones higiénicas para los niños de primera infancia, merced al cual he palpado los enormes beneficios que reporta esta medida, beneficios que se trasuntan en las estadísticas por la disminución de la mortalidad por afecciones del aparato digestivo.

Debo, también, dejar constancia que las enfermedades infecto-contagiosas no han tenido entrada en el servicio que dirijo desde el año 1911, época en que me hice cargo de la dirección del establecimiento.

ESCUELA DE MADRES

Hace apenas ocho días que se ha terminado un nuevo pabellón en la Casa Cuna, mediante la oportuna ayuda del P. E. provincial. En breve quedará en él completamente instalado un servicio que denominaré «Escuela de madres», donde se prodigarán cuidados especiales a los niños, dirigiéndose su crianza con las precauciones necesarias para evitar las enfermedades susceptibles de evitarse y se tratará prácticamente de educar a las futuras madres y de reeducar a las que ya lo sean, sobre el desarrollo de sus hijos, porque tal debe ser, a mi juicio, la orientación en la enseñanza de la puericultura.

La práctica de la medicina infantil nos enseña que la mayoría de las madres jóvenes de esta época de pobreza en que vivimos, no saben absolutamente nada de lo que deberían conocer en lo concerniente a los cuidados que deben dar a sus hijos.

El médico en el desempeño de su profesión, es testigo de los graves errores que se cometen a diario en detrimento de la salud del niño. Esta ignorancia abarca, igualmente, a todas las clases sociales, con la única diferencia que marca la educación e instrucción general de cada cual, que pueden ser capaces de evitar los errores que lamentamos. Contra esta situación que debe desaparecer y que cada uno de nosotros conoce, se han instituido, recientemente, en todas las naciones, instituciones denominadas «Gotas de leche», «Consultorios para niños de pecho», «Mutualidades maternales», «Casas de Expósitos», hospitales, instituto de puericultura, etc., etc., en los cuales la enseñanza racional de la puericultura por medio del libro y por medio de la magistral o familiar se convierte en algo útil y necesario. Soy el primero en reconocer y defender las excelencias de este sistema, pero sin dejar de estimar que esta enseñanza no debe darse en las escuelas como se da la de la lectura y de las cuatro reglas elementales de la aritmética; no, es esencial que las alumnas sepan discernir, en general, los signos por los cuales se conoce que un niño se encuentra gozando de perfecta salud. Tal enseñanza no puede darse sin el

contralor de la realidad y la realidad debe buscarse, no en el número de gramos que el niño deja de aumentar, o en la calidad de calorías que el niño no utiliza, sino en el aspecto general, en el color de los tegumentos, en la tonicidad de sus músculos, en el examen de sus diferentes funciones y, en una palabra, en la expresión que presenta su estado general: en el golpe de ojo que se adquiere, diremos, con la frecuentación prolongada del niño. Es necesario, entonces, recurrir a estos organismos nuevos de la higiene social para que las jóvenes madres no presten tanta atención a los consejos de las amigas a quienes suponen prácticas y de los parientes a quienes creen bien intencionados. Es necesario, repetimos, que las madres jóvenes estén convencidas del fundamento de los principios de puericultura que les han sido inculcados; es preciso que conozcan el valor de su sagrada misión por medio de la experiencia.

La puericultura, como bien sabemos, no pertenece al dominio de las ideas, como la filosofía; su campo de acción es de orden práctico y su enseñanza debe consistir, como la de las artes plásticas, en trabajos prácticos, en ejercicios manuales y con instrumentos.

¿Cómo puede, entonces, renunciarse a los beneficios que reporta la consultación del nourrison? ¿Cómo puede privarse a las niñas de esta enseñanza útil y práctica?

Valor comparado de la alimentación al pecho y de la alimentación artificial, necesidad de vacunar los niños, de fijar ciertos intervalos entre sus pequeñas comidas, primeros síntomas de las enfermedades, significación habitual de las regurgitaciones, enseñanza recogida de las deposiciones; todas las condiciones principales de la salud de los niños por medio de la puericultura les serán conocidas y se volverán familiares a las madres.

Las opiniones retardatarias contra las cuales hoy luchamos, tendrán entonces, cuando se conozcan las excelencias de este sistema, las mismas dificultades para imponerse en las madres jóvenes que las que ahora se presentan para capacitarlas por medio de la divulgación científica. Entre las niñas es necesario que la educación sea lo más completa posible sobre estos puntos, pues, no solo éllas podrán ser madres cualquier día,

sinó que con ciertos conocimientos de esta naturaleza podrán profesar una carrera, dedicándose a la enseñanza de lo que han aprendido de puericultura. Tales niñas deberían quedar en condiciones de poder afrontar una consulta y evacuarla, dando a las que se las solicitaren consejos oportunos. Por tal, motivo, repetimos, es de todo punto indispensable que conozcan la puericultura no solamente en la teoría, sinó que deben estar habituadas a manejar los niños y demostrar con los hechos cómo se debe proceder a su cuidado.

El contacto de la madre con el hijo es útil a la mayoría de las alumnas para recordarles su deber. Separarlas de su medio de orígen por la atracción del estudio es la mejor manera de liberar de prejuicios a esas pobre niñas que han vivido con la visión confusa y desnaturalizada de lo que es, realmente, la enseñanza de teorías científicas que escapaban a su alcance. De ahí también que se considere bueno para la salud moral de las niñas más instruídas recordarles continuamente la realidad, poniéndolas en contacto con la vida tal cual es esta.

La mujer que aprende a conocer de cerca al niño, a prodigarle solícitos cuidados, aprende también a quererlos más a medida que en ella se van desvaneciendo esas opiniones que concibe « a priori » y así se acostumbra a considerar la familia y su rol en la sociedad bajo una luz más clara, que le presenta las cosas con su verdadero aspecto y se restan, por consecuencia, esas ingratas probabilidades de entrar a la vida con un concepto superficial que la aislará de la colectividad merced a no sé que temores injuriosos contra la maternidad.

Se alcanza, también, otro beneficio más con la educación de la futura madre: aquellas que concurren a la consulta, on reciben únicamente los consejos del médico, sino que de ese ambiente recogen un caudal de impresiones particulares, susceptibles de aprovechar en un futuro no lejano. Mientras esperan su turno para hacer examinar su niño escucha las conversaciones que tienen lugar a su lado y de ellas extrae lo que considera mejor. Escucha no solo las reflexiones elogiosas sobre el tratamiento del médico, sobre la pericia para discernir los síntomas de una enfermedad, sobre los buenos efectos de un régimen alimenticio, sobre el estado de salud presente de los

niños llevados a la consulta semanas antes en estado lamentable. En esas reuniones no se oyen, por lo general, reproches o conversaciones vanas, y esto se comprende por tratarse de un público que acude a la consulta con plena fe, con voluntad, con una constancia que admira: madres que juzgan necesarios y útiles los consejos del médico. De este modo las consultas constituyen una atmósfera especial de credulidad y propicia para la exteriorización de todos los buenos sentimientos. Así impresionada la futura madre, penetra al consultorio para recibir a su vez las indicaciones del médico, las que determinan en élla convicciones que se traducen, ciertamente, en bien del niño.

Las observaciones que acabamos de apuntar no son nuevas ni originales, pero son ciertas y evidentes y no escapan a ningún médico observador. Ahora bien, yo me pregunto ¿cómo estos hechos de fácil constatación, que se repiten diariamente en las horas de consulta y que pueden contribuir a la enseñanza de la puericultura y a la lucha contra la mortalidad infantil no provocan mayores iniciativas, ya que aplicadas sus observaciones en la práctica darían hermosos resultados?

En presencia de estas consideraciones, ante el peligro que involucra la indiferencia temeraria, se impone una acción enérgica para que no se perpetúe esa anomalía de la despreocupación y no se sistematice este vicio con desmedro de las consultas médicas a que me he referido procedentemente. Por otra parte, cumple a mi sinceridad declarar que soy un convencido del éxito que están llamadas a alcanzar estas consultas, siempre que los médicos encargados de éllas den reiteradas pruebas de altruismo y dedicación con eficaces iniciativas que redunden en beneficio de este noble complemento del magisterio y exterioricen celo en la aplicación de los métodos que preconicen.

Por lo que llevo dicho, como por las observaciones que individualmente habrán podido hacer los señores congresales, supongo que habremos logrado establecer, con carácter de indubitable, el éxito que alcanzan estas consultas en el cuidado de los niños de pecho y como por medio de éllas se llega a combatir ventajosamente la mortalidad de los mismos. Y, finalmente, al beneficio apuntado hay que agregar otro: la economía de vidas humanas, que es tan considerable cuando las citadas

consultas se realizan normalmente, y en atención a ello bien vale la pena difundirlas, prestigiarlas y sostenerlas. En consecuencia, es de esperar que los establecimientos de beneficencia, con este aditamento, se vayan multiplicando cada vez más.

Señores congresales: os pido en nombre de la niñez desvalida y del futuro de nuestra raza, me acompañeis con vuestro voto para que el Segundo Congreso Americano del Niño gestione ante los poderes públicos y sociedades de beneficencia que se instalen, escuelas de Madres en las cuales se de enseñanza teórico-práctica de puericultura.

DISCUSIÓN

DR. TURENNE. — La brillante exposición del DR. SORIA es una demostración palpable del interés que la vida del niño inspira a todos los pueblos de América.

La puericutlura, neologismo y ciencia sino inventados por lo menos vulgarizados y defendidos con tesón por mi ilustre maestro el PROFESOR PINARD, debe ser difundida no solamente en las escuelas y en las clínicas, sino que debe formar parte del grupo de enseñanzas morales que la niña debe recibir en el hogar. Todas las ocasiones deben ser aprovechadas para fundar y demostrar las sanas nociones de la nueva ciencia.

Los resultados obtenidos por el DR. SORIA, demuestran que el ambiente le es propicio.

Por estas razones propongo: 1.° que se acepten las conclusiones de su trabajo, y 2.° que se signifique al Gobierno y pueblo de Córdoba un voto de aplauso por la cooperación en la obra de difusión de la Puericultura.

Aprobado.

DR. AGUILAR. — Me adhiero en un todo a las conclusiones del trabajo del DR. SORIA. En mi práctica docente como profesor de Puericultura he podido observar que mi enseñanza era llevada inmediatamente a la práctica en los hogares de mis alumnas, con los consiguientes beneficios. Felicito al DR. SORIA y al gobierno de Córdoba por haber aportado esta contribución al estudio de la Puericultura.

El DR. SISTO se felicita por los resultados obtenidos y alienta al DR. SORIA y al Gobierno de Córdoba a persistir en ese camino.

LA LACTACION CON LECHE DE MUJER SIN AMA

Por el Dr. Delio Aguilar (*Argentina*)

(Borrador de ficha 78). Ficha 132 =

La presente comunicación se refiere especialmente la provisión de leche de mujer al detalle y transitoriamente.

Actúan dos factores dispersos que los médicos de niños apreciamos bastante a menudo y que aquilatados y encauzados práctica y racionalmente pueden constituir unidos, principalmente, un bien fácil y eficiente para la alimentación y terápia de la infancia en la primera edad. Tal como los factores se desarrollan en la actualidad se pierden frecuentemente sin poderse aprovechar por la falta de encauce que hasta hoy no existe en ninguna parte que yo conozca y tal como en su verificación concibo. Tal vez su enunciado y, el de su práctica en vasta escala, constituya una primicia para esta reunión de hombres que tratan de llevar sus mas íntimas y profundas especulaciones mentales hacia todo aquello que sirva para la conservación de la vida y de la salud en esta primera y tan delicada edad de la vida del niño. Todos sabemos y no tengo porque subrayar la gran mortalidad infantil en los primeros meses de su vida. No insistiré tampoco sobre la absoluta incompatibilidad de cualquier alimento que al niño se proporcione en ciertas circunstancias como no sea la leche de mujer

Los dos factores a que me he referido son: 1.° La necesidad absoluta de tal leche en ciertos momentos en que ella le falta al niño por múltiples causas o en que sin faltarle no pueda adaptarse al ama por la índole infectante de las lesiones que lo hacen inadaptable al seno de una mujer por los peligros que para ella tal lactancia entraña también por la imposibilidad del niño para succionar (debilidad congénita, adquirida, o por simple pérdida del hábito de succionar. El 2.° factor complementario. que lo será de la primera para la finalidad que me propongo es este: muchas mujeres por múltiples causas les sobra o les está demas la leche que poseen y que con bastante frecuencia tienen que indagar los procedimientos para hacer retirar la leche es decir hacer cesar la secreción, (muerte del

hijo, cesación de la lactancia, hipergalactogensisi). Frecuentemente esa mujer no puede colocarse como ama por múltiples razones, en cambio si previo un examen que se practicara de su salud en las oficinas, como ser dispensarios de lactantes etc. podrían proporcionar todo o el excedente del precioso alimento durante muchos días semanas y meses.

Practicamente, los pediatras sabemos que mas de una vez y con relativa frecuencia hemos podido subsanar momentos muy difíciles de la alimentación o de la terápia infantil, por el azaroso hallazgo de una mujer que durante bastante días se ordeñó o supo extraer con un saca-leche el alimento indispensable para sostener la vida de algún niño en muy delicado trance, *tanto que la prolongación tan solo de unos días de la vida y tan solo a expensas de aquella ha podido más que ayudar, ser el factor* sine qua non, *de aquellos que naturalmente tienden a la conservación y persistencia de la vida en esa edad del ser humano.*

Ponderados así, y valorizados esos factores podemos arribar a la solución eficiente *cuyo valor no es posible por el momento que podamos precisar* pero, si por ejemplo, una mujer puede en determinadas circunstancias vender su hermosa cabellera o su exceso, cuanto más noble y útil resultaría que vendiera el exceso o el total si no tiene aplicación, de su leche, que al par que fuera la esencia de la vida de un ser que periclita, pudiera llevar a su hogar el valor monetario de ella, para solventar necesidades apremiantes de otros niños a los cuales les falta tal vez ropa, alimentos, calzado etc.

Esos coeficientes asi valorados: *leche que sobre, y niños que la necesitan directamente o lo que su valorización puede dar,* son dos que se pierden. El alimento por un lado, una vida por otro y necesidades no llenadas por otro.

Si prévio examen de la mujer se difundiera profusamente la buena nueva de que la leche que le sobra tiene real valor monetario y que debidamente conservada puede adquirirse para ser dada en biberon o bebida, habríamos llegado no me cabe duda a llenar esas necesidades en ciertos momentos de estimación incalculable.

Esta breves consideraciones expuestas me permiten arribar a estas conclusiones que expongo deseando la aprobación y

el voto del Segundo Congreso Americano del Niño, en su Sección de Higiene y Asistencia.

1.º Estimular la difusión del conocimiento en el pueblo de que la leche de mujer puede aprovecharse sin ser precisamente ama, vendiéndola en los institutos adecuados, prévio examen de la recurrente y extracción de la leche y conservación en condiciones de perfecta asepsia.

2.º La difusión del conocimiento entre los médicos de que en los institutos capacitados para ello, como los de puericultura, hospitales de lactantes, Gotas de leche, consultaciones de niños etc. tal leche puede ser encontrada y adquirida y en condiciones que garante la eficiencia que de ella pueda y deba esperarse.

3.º Que las respectivas autoridades en lo que a la higiene y protección a la infancia se refieren, reglamenten las condiciones que aseguren la bondad del producto bajo todo punto de vista y su adecuada y limitada conservación.

DISCUSIÓN

El Dr. Zerbino hace notar que los procedimientos que preconiza el Dr. Aguilar son ya utilizados hace tiempo, aunque no con la completa finalidad práctica y económica que le asigna el autor.

El Dr. Iribarne hace notar que el recurso señalado por el Dr. Aguilar podía ayudar a ciertas madres obligadas a trabajar y que por este motivo, abandonando su hijo, ven su secreción lactea disminuida.

LOS PAISES QUE POSEEN ALTURAS, DEBEN UTILIZARLAS PARA DISMINUIR LA MORTALIDAD INFANTIL.

161.

Por el Dr. Juan Santos Fernandez (*Habana*)

Desde 1869 que llegué de Europa, es decir, hace poco menos de media centuria, veo enfermos de los ojos diariamente, primero como discípulo de mis maestros en Madrid y en Paris, y después, desde 1875 en mi Clínica Oftalmológica en la Habana y en la clientela privada. Más como muchos de estos

enfermos de los ojos han sido niños, cual ocurre siempre, y un buen número estaban afectados del aparato gastro-intestinal, de aquí que indirectamente haya tenido que fijarme en afecciónes que no eran objeto de mi estudio especial: pero de las que me enteraba y las que seguía de cierto modo, su curso, aún cuando estaban los enfermitos al mismo tiempo, en manos de otros profesores, con el fin de ajustar el tratamiento ocular, por nuestra parte, al que ellos adoptaban para el desarreglo gastro-intestinal, y esto ha hecho que, al través del tiempo, me haya empapado en la observación ajena y me haya atrevido a trazar estas líneas, si se quiere, basadas en la labor de los otros y aprovechada por mi para un fin especial.

Muchas enfermedades que deprimen el estado general en el adulto, se reflejan en los ojos, v, g; la tuberculosis en las flictenas de la conjuntiva, la sífilis en la queratitis intersticial en los niños de pocos meses, ocurre todavía con más frecuencia, especialmente los que radican en el tubo digestivo, que se dejan sentir en los ojos. Estas minan hondamente la naturaleza poco resistente del niño, facilitando las infecciones del organo de la vista. Esto ocurre las más de las veces en el curso de las conjuntivitis catarrales a que se hallan predispuestos los niños debilitados. La falta de higiene hace lo demás, sobre todo en las clases menesterosas que por ignorancia y por falta de recursos, olvidan que el aseo es la primera de las exigencias sanitarias. Así vemos que las conjuntivitis se complican de queratitis y comprometen frecuentemente la vista y la vida del ojo, órgano tan complicado en sus funciones normales y tan fáciles de perturbarse estas si no preserva a aquel, de las causas que pueden dañarle.

Es sabido que la piel constituye uno de los principales superficies por las cuales el organismo se encuentra en relación con el medio ambiente y desde la vida embrionaria, se delata la identidad que existe entre la piel y la mucosa del tubo digestivo, al punto de que fisiológicamente aquella sustituya a esta en el interior de los órganos o visceras no visibles al exterior. La mucosa intestinal fácilmente se afecta, todos lo sabemos, en algunas personas, con sólo poner los piés desnudos, o sin calzado sobre el pavimento frío de mármol especialmente, so-

brevinciendo cámaras abundantes similando un estado colérico pasajero.

No es extraño pues, que el calor del verano o el frío del invierno, ejerzan poderosa acción en las criaturas. El frío como lo ha demostrado el eminente PINARD, determina más muertes en los niños de la clase menesterosa de lo que se pueda imaginar. Suelen estos amanecer muertos sin saber a que atribuirle, porque no lloran ni se quejan antes de morir.

El calor no obra en ellos, de este modo rápido sinó lento y hasta en los adultos el verano les perturba la digestión y los obliga a cambiar de localidad, como se sabe.

Esta suceptibilidad para el calor en los niños, durante los meses de estío es frecuente.

Amenudo se hace sentir especialmente en los grandes centros de población de modo perceptible y en los niños menores de un año en los países templados, y es aún más ostensible en los climas tropicales, y de modo casi mortal en los ecuatoriales. Como en Cuba el verano se prolonga cerca de seis meses, la menor infracción de la higiene alimenticia perturba los niños. Esto ocurre a veces en los de pecho y se advierte al punto, por la alteración de las funciones del tubo digestivo. Se provoca un estado de violenta diarrea que aniquilan al niño rápidamente, y otras revistiendo un aspecto crónico en que la criatura se consume lentamente, llegando a una demacración tal que no parece compatible con la vida.

Se establece al punto una lucha de los gérmenes intestinales con el sujeto enfermo, de los que triunfa el segundo, si se resiste la dieta hídrica, de que somos ejemplo m hija y yo; con enteritis aguda ella y yo crónica. Ambos de meses de edad. Mi observación fué publicada por el médico que me asistió, un clínico esclarecido. Cuando tuve uso de razón me la mostró y en efecto, fué un hecho excepcional que hubiese resistido a la infección del intestino.

El consideraba, mi curación. como un triunfo del régimen que siguió en mi tratamiento sin conocerse como hoy la bacteriología. No olvido nunca que hace algunos años, en unas de mis primeras visitas a la ciudad de New York, cuando no tenía aún, los siete millones de habitantes que cuenta hoy, con la

unión de Brooklyn y la proximidad de la ciudad y los pueblos del estado de Jersy, al otro lado del Hudson vi atender con gran interés, en el verano, a los niños afectados del tuvo gastro intestinal como consecuencia del calor y de las infracciones de la Higiene alimenticia, sobre todo de los que estaban en la lactansia. Cuando se presentaban a los dispensarios o instituciones encargadas de atender los niños menesterosos, los padres de éstos, recibían una boleta para poder tomar uno de los vapores destinados a llevar a los niños afectados del tubo intestinal, a las afuera del puerto, para cambiar de temperatura y tomar los aires marinos y tal vez teniendo en cuenta que aboido en general, predomina el extreñimiento en el estado de salud. Se les proveía de leche durante su estancia en el vapor acompañados de sus familiares. Pronto los niños mejoraban de su estado intestinal y podían usar con provecho el plan terapéutico que se les había dispuesto por sus médicos.

Desde entonces hemos discurrido acerca de este recurso para atender los niños enfermos, que puede ser sustituido cuando no se tenga oportunidad de utilizar el mar por el de las alturas de que tanto beneficio sacan los países que las poseen en condiciones convenientes.

Ya HIPOCRATES, como todos sabemos, demostró que la terapéutica esencial es la emanada de la profilaxis y del aprovechamiento de los aires, aguas y lugares, para conservar la salud y para recobrarla, si por alguna enfermedad se ha perdido. La moderna bacteriología ha confirmado lo que el anciano de Cos vió claro sin poseer los elementos de estudios de que hoy disponemos.

De que vale la alimentación, si el intestino no está en condiciones de absorción de la sustancias ingeridas? Estas servirán para nutrir los gérmenes o microbios que pululan en la mucosa intestinal afectada; pero en manera alguna para alimentar o dar fuerzas al sujeto enfermo, tanto más, si es un niño que necesita nutrirse, no solo para conservar la vida, sinó para su crecimiento. Las alturas colocan al enfermito en condiciones de que su organismo, a virtud de la temperatura favorable a sus funciones, tienda a recobrar el estado

fisiológico y cure, lo que de otro modo se hace difícil y a veces imposible.

No hace mucho, que se perdía miserablemente el tiempo, haciendo ingerir a los tuberculosos toda clase de drogas y hoy se trata de nutrirlos de manera activa se les somete a una alimentación forzada; pero antes conforme al progreso y en atención a lo prácticamente demostrado, se coloca a los tuberculosos, todos lo sabemos, en condiciones de aspirar un aire puro en las alturas, de que por el mismo camino; pero buscando otros efectos se llega a idénticos resultados: a la curación del paciente. Uno de nuestros maestros, hace ya mucho tiempo, cuando todavía no se esbozaba el moderno tratamiento de la tuberculosis, para mofarse de los que creían que el aire frío que se respiraba provocaba, los males del pecho o la pulmonía, solía decir: «cuando salgan Vds. de la ópera en invierno, procuren taparse la boca porque con el aire frío podría introducírsele algún mosquito y nada más desagradable».

Por demás conocida esa la manera de colocar los tuberculosos en las alturas a donde acuden para su curación casi maravillosa. Bien abrigado el cuerpo y la cabeza duermen con todas las puertas abiertas, cuando fuera del local hay una cuarta de nieve en el pavimento. Resoiran el aire puro de las alturas que aún que frío y como frío y puro crea al agente de la tuberculosis, al bacilo de Koch, las condiciones menos abonadas para su reproducción. El mismo tratamiento hemos visto en los atacados de pulmonía en los Hospitales de New York, idénticos efectos, aunque de modo indirecto se persigue al colocar en temperaturas opuestas á las cálidas del verano, sobre todo en los países tropicales, a los niños de pocos meses sobre todo, atacados de dearrea provocadas en su orígen por el mal régimen alimenticio. Lo expuesto no es nuevo pero siempre útil y dígno de repetirse.

Uno de los niños que asistí de los ojos tiempo atrás, una vez curado de una afección ocular, siguió asistiéndole un especialista en enfermedades de los niños con poca suerte. El niño sufría de una enteritis, de la que hemos señalado, y mejorado unas veces, otras volvía para atrás. Consultado otro profesor también competente, al advertir la resistencia del

mal a todos los medicamentos y probablemente aleccionado en la lucha inútil de su antecesor, aconsejó llevarlo a las alturas, en los Estados Unidos, fuera de Cuba, pues aquí no las tenemos apropiadas o no son accesibles, y enseguida sanó sin repetírsele el mal siguiendo fuerta hasta el día.

Los países pues que poseen altura deben utilizarla para disminuir la mortalidad infantil que en todas partes se advierte exajerada y mucho más en Cuba, organizando colonias en la forma que las circunstancias lo exijan y del modo que se ha hecho y se práctica en Nueva York para facilitar a los niños la manera de permanecer en el mar. Hoy la preocupación de los higienistas es procurar por todos los medios disminuir las pérdidas infantiles por trastornos intestinales, que merman la población de un país, más que ninguna otra causa. La nación que se despuebla se arruina, si estaba ya poblada, y si sus habitantes son pocos, porque se dificulta su multiplicación, tardará en alcanzar el mayor progreso. Ya las ideas de MARTIUS estan del todo condenadas en la forma que las ideó; pero desgraciadamente no en otras. Cabemos cómodamente en el mundo y no nos estorbamos los unos a los otros como se cree infundadamente si restamos la Higiene. Séamos fieles a los legítimos dictados de la ciencia y cada cual llenará su misión sobre la tierra, que no es otra, sinó laborar y hacerse útil a si propio y a sus semejantes.

TERCERA SESION

MIERCOLES 21 DE MAYO

Presiden los Dres. OSCAR FONTECILLAS (*Chile*). — NASCIMENTO GURGEL (*Brasil*) y B. SORIA (*Córdoba*).
Secretario: DR. V. ZERBINO.

ORDEN DEL DIA

COMUNICACIONES: « LA NATALIDAD EN SUS RELACIONES CON NUESTRO SISTEMA ECONÓMICO Y SOCIAL ». *Dr. O. Fontecillas* (Chile).

« LA PROTECCIÓN A LA INFANCIA EN CHILE ». *Dr. Manuel Camilo Vial H.* (Chile).

« OBRAS DE PROTECCIÓN A LA INFANCIA ». *Dr. José Bonaba* (Uruguay).

« EL PROBLEMA DE LA ASISTENCIA A LA INFANCIA ». *Dr. Alvaro Reis* (Brasil).

« EN PRO DE LA GENERACIÓN DE MAÑANA. UTILIDAD DE LA CREACIÓN DEL DEPARTAMENTO DEL NIÑO EN EL BRASIL ». *Dr. Moncorvo Filho* (Brasil).

« MORFOGENIA. CONCEPTO BIOQUÍMICO EN RELACIÓN CON LA PUERICULTURA ». *Dr. Nascimento Gurgel* (Brasil)

« ENSEÑANZA DE LA PUERICULTURA ». *Dr. Pedro Rueda* (Argentina).

« PROTECCIÓN DE LOS HIJOS DE AMAS ». *Dr. Mamerto Acuña* (Argentina).

« LA MADRE POBRE DEBE SER EL AMA DE SU HIJO PAGA POR EL ESTADO ». *Dr. T. Gandolfo* (Argentina).

« EL CERTIFICADO DE SALUD EN EL MATRIMONIO ». *Dr. T. Gandolfo* (Argentina).

«Por la fecundidad y por los niños». *Sr. A. Valeta* (Uruguay).

«El cultivo de la superioridad desde la cuna». *Sr. J. Fernando Carbonell* (Uruguay).

LA NATALIDAD Y NUESTRO SISTEMA ECONOMICO-SOCIAL

Por el Dr. O. Fontecillas (Chile).

Es superfluo insistir en que, para los pueblos hispano-americanos especialmente, el problema de su progreso se halla muy ligado al de su población. Nuestro ascenso hácia un grado superior de civilización y de cultura presupone un aumento rápido en nuestra población. Es ya un lugar común decir que el desierto mientras esté a las puertas de nuestras ciudades y no se haga sentir sobre él la mano del hombre, se burlará de nuestros anhelos de grandeza.

El Congreso Americano del Niño, que los gobiernos han prohijado tan cariñosamente, exterioriza la forma colectiva y fuerte que ha tomado el convencimiento que señalo. El porvenir de América no depende solo de la calidad sino que también y muy especialmente del número de sus hijos. Este es el asunto trascendental que, bajo sus diversas fases, tiene encargo de considerar nuestra asamblea.

Ahora bien, revisando con cuidado el programa oficial elaborado por el Comité organizador y la lista de trabajos anunciados, reconociendo la enorme importancia de los puntos y problemas incluídos, me ha sorprendido una circunstancia bien singular.

Todos los investigadores y estudiosos americanos, dominados por la idea o la opinión de que nuestro progreso dependerá muy especialmente de nuestra población, estudian las variaciones positivas y negativas de este factor en función de la morbilidad y de la mortalidad. En mi país, del cual puedo hablar con mejor conocimiento, nos hemos preocupado labo-

riosamente de determinar las cuasas que más influyen sobre la mortalidad, siempre persiguiendo el aumento de la población mediante la disminución del número de muertos.

Al tomar este camino hemos cedido a la sujestión inmediatamente útil derivada de un hecho que se imponía a nuestra observación en términos agudos, dolorosos y alarmantes: nuestra mortalidad, sobre todo infantil, era enorme. Disminuirla a los términos corrientes en el resto del mundo civilizado significaba elevar en el acto en forma satisfactoria el índice de nuestro aumento de población. Cabe, sin embargo afirmar, que procediendo así, nuestros investigadores hacían obra útil, pero no científica. Estudiaban y resolvían el problema de la población en forma trunca. Ponían a la luz una parte de la verdad; dejaban en la sombra la otra parte, tan importante y acaso más que la primera. La población, en efecto, no es función solo de la mortalidad; lo es de la natalidad y de la mortalidad. Si estudiamos las causas que determinan a ésta, debemos también investigar las leyes que rigen a aquélla. El gran problema de la población, para ser resuelto científicamente, presupone el conocimiento de los factores y de las leyes que obran sobre la natalidad en primer término, sobre la mortalidad en segundo.

No hemos planteado así la cuestión entre nosotros y por una razón sencilla. Hemos creído que nuestra mortalidad era *anormal*, es decir mayor de lo que nos corresponde según las condiciones de civilización y de cultura alcanzada por el país. En cambio, hemos supuesto que nuestra natalidad era normal y aún superior a la correspondiente en otros países de igual o mayor cultura.

Ahora bien: yo sostengo que en todo esto hay un fondo de ilusión y por lo tanto de vistas anti-científicas. En efecto, tanto la mortalidad como la natalidad son fenómenos sociales de carácter sumamente complejo, cuyos índices suben o bajan como resultantes de factores múltiples, con frecuencia oscuros, a menudo de acción aparentemente contradictoria. Dentro de estas condiciones, es científico hablar de natalidad normales o anormales ? Cada pueblo tiene la natalidad y la mortalidad

que puede: aumenta o disminuye, y el índice de estas oscilaciones es la resultante global de infinitas influencias, variables de una nación a otra, de una a otra clase, de un grupo profesional a otro grupo profesional. La población, si se ha de estudiar científicamente, resulta ser el más complejo de todos los fenómenos sociales.

Mucho se ha hecho y sigue haciéndose en América para determinar las causas generales, regionales, locales, sociales, profesionales y demás que influyen sobre la mortalidad: la obra práctica realizada con el fin de disminuir su índice ha dado resultados muy satisfactorios, como lo probaron las diversas comunicaciones a este Congreso. Sin embargo, yo quiero proclamar aquí una verdad que, en mi concepto, debiera orientar todas nuestras actividades de asistencia social: *la inmensa mayoría de los niños vienen al mundo sanos.* El Dr. Chapin del Children's Departenent of Graduate's Hospital, de la ciudad de Nueva York, investigó 600 casos de niños admitidos a esa institución. Era un triste lote recogido en los peores barrios de Nueva York, con diversas enfermedades y con cuerpos miserables. Pero cuando se pudo escribir la historia completa de cada uno de ellos, se descubrió que solo 22 entre los 600 habían nacido en malas condiciones. El período de la infancia entre los pobres no solo se caracteriza por un elevado porcentaje de mortalidad sino también por el aire viciado, el alimento impropio y la pésima preparación del mismo. La enfermedad y los accidentes arrebatan a los que sobreviven aquella suma de fuerza y de belleza que les correspondía. *Los niños nacen sanos: la sociedad los enferma y los mata.* ¿Seguiremos cometiendo impugnemente este crímen? El gran problema del mundo, ya lo sabemos, no consiste en procurar que se conciban y den a luz niños mejores, sino en cuidar bien a los que vienen. Y ya no podremos alegar ignorancia . .

Yo no voy a estudiar en esta comunicación el problema de la natalidad: voy a plantearlo con el propósito de que constituya uno de los asuntos primordiales en los futuros Congresos.

La natalidad, como todo otro fenómeno social, obedece a causas precisas y se rije por leyes que es preciso determinar. Mucho se ha avanzado en el Viejo Mundo estudiando este pro-

blema, como lo atestiguan las numerosas obras publicadas y que se anuncian sobre esta materia, desde antes de Malthus. Sin embargo, debemos reconocer que a medida que se ahonda en el asunto se va demostrando su complexidad cada vez mayor. La natalidad sube o baja como consecuencia de factores sumamente variados: es una resultante en la cual no es fácil determinar la parte que corresponde a tal o cual causa parcial.

La natalidad en los grupos civilizados ya no es un fenómeno natural (en el sentido corriente y estrecho de este término) sino social y como tal, se resuelve en un fenómeno psicológico, es decir, son las influencias psicológicas las que en último término hacen subir o bajar el índice de la natalidad. Se puede asegurar todavía que la natalidad desordenada (en exceso o en defecto) constituyen verdaderos taras, por lo tanto, representan un elemento contrario al progreso social y que con la civilización, se puede temer en los pueblos que ella fatiga un descenso mórbido de la natalidad que acarrea la despoblación. Este fenómeno resulta de la desadaptación de la familia en la sociedad, y del indivíduo en la familia. Es el signo de una depresión social definitiva o momentánea. La natalidad es un hecho doméstico y no se influye sobre ella sino mediante la familia. Estas condiciones domésticas dependen a su turno del régimen social, económico y político.

Sería, pues, funesto imaginarse que nuestra alta natalidad va a ser eterna: a medida que nos elevemos en cultura, ella bajará y se planteará entre nosotros el mismo problema de la despoblación que llena de angustias al ilustre pueblo francés.

Se ve, pues, la enorme importancia que tiene determinar en los pueblos de América las leyes que rigen la natalidad, con el fin de legislar sobre una base verdaderamente científica y no sobre simples opiniones, de suerte que nuestro régimen económico, social y político asegure el imperio de condiciones favorables al aumento de nuestra población en términos que hagan realizable nuestros grandes anhelos étnicos y nacionales.

Termino proponiendo que se señale este tema como uno de los primeros a tratarse en el próximo Congreso del Niño.

LA PROTECCION A LA INFANCIA EN CHILE

Por el Dr. Manuel Camilo Vial

El área de nuestro territorio es de 750.572 kilómetros cuadrados con una población calculada en Enero 1.° de 1917, de 3.870.001 habitantes lo que da un término medio de 5.15 habitantes por cada kilómetro cuadrado de superficie.

La escasa población distribuída en un territorio tan extenso nos obliga ante todo a estudiar los medios de subsanarla y no es ciertamente la inmigración el elemento que más fácilmente debemos tratar de radicar en nuestro suelo porque si bien es cierto de que conseguiríamos connaturalizar algunas familias extranjeras entre nosotros, en cambio otras y seguramente las más, solo vendrían a hacer fortuna para luego abandonar el territorio.

La experiencia nos enseña que debemos procurar el aumento de nuestras poblaciones y campos con elemento nacional y puesto que nuestras estadísticas nos señalan una cifra enorme de natalidad, nuestra labor debe especializarse a su mejor aprovechamiento.

Al lado de una natalidad portentosa tenemos una mortalidad infantil asombrosa, debemos en consecuencia, estudiadas sus causas, rediarlas en las medidas de nuestras fuerzas.

De los cuadros estadísticos deducimos las siguientes consideraciones generales:

1.° La natalidad en Chile ha sido y es muy elevada, pues oscila al rededor de 38 por mil habitantes, en los últimos quince años, y se mantiene de año en año mientras por lo regular se observa una disminución mundial.

2.° La mortalidad infantil en los últimos diez años señala una mayor cifra al año 1911 en que alcanzó a ser de 332,8 por cada mil nacidos (menores de un año)

3.° Desde el año 1911 comienza a descender hasta el año 1916 en que se produjeron 248,2 defunciones de menores de un año por cada mil nacidos y sufrió un pequeño retroceso a 269,2 el año 1917.

4.° Coincide el descenso de nuestra mortalidad infantil, con el desarrollo en nuestro país, de numerosas obras destinadas a la protección de la infancia abandonada, con la promulgación de la Ley N.° 2675 y los reglamentos para su aplicación, con la celebración del Primer Congreso Nacional de Protección a la Infancia, etc., etc.

Numerosos e interesantes estudios nos han venido a demostrar cuales son las principales causas que contribuyen a la elevada cifra de mortalidad en niños menores de un año, en Chile.

Es la clase indigente la que paga el más pesado tributo en relación a ella y es la que debe ser objeto de nuestras mayores preocupaciones.

Sus causas ya muy conocidas podemos sintetizarlas en breves palabras:

1.° El desconocimiento, casi absoluto en nuestro pueblo, de las reglas de higiene durante el puerperio.

2.° La ignorancia de las madres, en la crianza y el cuidado de los niños menores de un año.

3.° La escasez del elemento educador que difunda las enseñanzas de la Puericultura. Las dificultades para su formación y perfeccionamiento.

4.° La pobreza del hogar y en especial, las malas condiciones higiénicas de la habitación.

5.° Los vicios y enfermedades de los padres, como son el alcoholismo, la sífilis y la tuberculosis.

6.° La falta de la unificación de la acción gubernativa con la acción de las instituciones privadas que tienden al mismo objeto y que obrando armónica y científicamente pueden permitir un beneficio mayor en una lucha de esta naturaleza.

Una sola dirección que indique nuevos rumbos a instituciones de caridad que así lo necesiten, que fomente la organización de las más útiles y modernas en las ciudades que no cuentan con ellas y que estudie todo lo relacionado con el problema de salvación de la infancia indigente, es lo que necesitamos.

El Congreso Nacional aprobó en 1906 la Ley N.° 1838 sobre habitaciones obreras, en Setiembre del mismo año se decretó la Ordenanza sobre habitaciones obreras y el 16 de Julio de

1907 se promulgó la Ley N.º 1969 que autoriza la contratación de un empréstito hasta de 6.000.000 de pesos para la construcción de habitaciones destinadas para obreros en las ciudades de la República, cuya población excediera de 8.000 habitantes. Otros reglamentos posteriores disponen la forma como deben administrarse las poblaciones de habitaciones obreras (Julio 18 de 1911) como debe hacerse el pago del alcantarillado de las citees higiénicas para obreros; sobre concesión de la garantía legal a favor de los capitales que se inviertan en la construcción de casas para obreros; sobre habitaciones declaradas higiénicas y en Agosto 14 de 1912 se aprobaba el Reglamento orgánico de la Oficina del Consejo Superior de Habitaciones obreras.

Posteriormente se han presentado a las Cámaras diversos proyectos de leyes que hacen extensivas las disposiciones de la Ley de Habitaciones a las que se dan a los obreros de las oficinas salitraras; otro propone aumentar la contribución a fin de destinar parte de su producido a incrementar los fondos del Consejo Superior que invertirá dichas sumas en instalaciones de baños públicos, en la formación de paseos o sitios de recreo y en la construcción de casas sanas y económicas para obreros; otro autoriza a la Caja Hipotecaria para organizar sociedades anónimas con el objeto de comprar terrenos y construir habitaciones higiénicas para obreros; otro que estudia nuevos recursos para estas habitaciones y por fin el proyecto de Junio de 1917 que reforma el título de la Ley de habitaciones referente a la inembargabilidad del inmueble hereditario y que ha sido ya aprobado por la Cámara de diputados.

El Consejo Superior de Habitaciones Obreras ha invertido ya $ 2.800.000 en costruir en Santiago 243 habitaciones o casas para obreros de las cuales 100 componen la población San Eugenio y 143 la población Santa Rosa; tiene además 70 casas en Chillan y 16 en Talca habiendo acordado en Abril del presente año construír 60 más en Valparaíso.

Desde el año 1906 al 31 de Diciembre de 1918, ha demolido en Santiago 1.020 conventillos con 10.068 habitaciones donde vivían 26.679 personas; ha reparado 229 conventillos, con 4.077

habitaciones con 12.253 habitantes y ha declarado higiénicas 139 citées con 3.039 casitas independientes con 8.207 piezas.

Tiene oficinas establecidas en Iquique, Antofagasta, Curicó, Talca, Chillan, Concepción, Talcahuano, Valdivia con secretario y personal de ingenieros.

Instituciones particulares como la Institución León XIII, el Patronato de Santa Filomena, la Sociedad Parque Centenario, las Poblaciones Edwards, la Caja Hipotecaria (Poblaciones Huemil y de Graneros), etc., etc. han construído poblaciones de importancia y algunas de ellas muy pintorescas adoptando el sistema de casas-jardines.

Próximamente los FF CC del Estado construirán anexa a su Maestranza de San Bernardo una población modelo de 750 casas para familias con escuelas, salas de reunión, pabellones de beneficencia, etc. y lo mismo la Compañía de Tracción Eléctrica de Santiago.

Todo esto demuestra que el mejoramiento de la habitación obrera se acerca y que constituye, un problema que preocupa la atención del Gobierno y de los particulares que se encuentran al frente de instituciones de importancia, relacionadas con el pueblo.

En lo que respecta a la instrucción del elemento educador, se necesita la terminación de la construcción del Hospital Clínico de Niños cuyos planos hechos por el ingeniero sanitario alemán señor Ruppel en 1910 solo se han comenzado a llevar a cabo últimamente principiando por el Policlínico y Auditorio cuyos presupuestos suman $ 500.000, llegando a varios millones el resto del costo del Hospital.

La importancia que encierra la formación de médicos competentes en Pediatría y Puericultura es manifiesta puesto que son ellos los que se esparcerán por el país difundiendo sus conocimientos y poniéndose al frente de los srvicios de beneficencia destinados a la salvación de los niños.

Una escuela para la formación de enfermeras (nurses) destinadas al cuidado de los niños complementaria dichos servicios y debemos llegar a su creación.

La enseñanza en las escuelas, muy principalmente en las Normales y de Educación Superior, que están destinadas a

formar un considerable número de jóvenes que serán después las educadoras de un gran número de niños del pueblo es sumamente necesaria tratándose del desarrollo de la vulgarización de estos conocimientos.

La enseñanza directa a las madres la hacemos juntamente con su protección y con la ayuda en la crianza de sus hijos.

Para esto es el Instituto de Puericultura de Santiago, son las Gotas de leche y demás instituciones similares que son organismos creados para prevenir, para proteger, para enseñar y para estimular.

En nuestro país hasta el año 1908, más o menos, solo existían instituciones de beneficencia que hacían una labor sin estudio, una labor de protección exclusiva.

Así, el Patronato de la Infancia, creado en 1901 disponía de unos cuantos establecimientos en donde se distribuía leche hervida y pan a niños mayores de 2 años de edad; la Protectora a quienes educaba, vestía y alimentaba; la Protectora de la Infancia de Valparaiso hacía diversos servicios a niños también mayores de 4 años; gran número de asilos recibían niños de uno o ambos sexos en condiciones parecidas, repartidos en todo el país.

La primera institución que se creó en Chile a imitación de las más modernas que funcionaban en Europa con este fin, fué la Gota de Leche de San Bernardo, en los alrededores de Santiago, el 21 de Mayo de 1908.

Ingresado el infrascrito en el Directorio del Patronato de la Infancia en 1908, propuso la trasformación de sus Dispensarios en Gotas de Leche a imitación de la que había establecido en San Bernardo con recursos del vecindario.

Logró además introducir en el Directorio del Patronato a un grupo de médicos como los doctores Roberto del Río, Victor Körner y Luis Calvo Mackenna a fin de renovar y modernizar los servicios establecidos.

Siendo uno de los factores contrario a nuestros propósitos, la falta de recursos, solicité del Senado en sesión de 12 de Noviembre de 1908 por intermedio del señor senador don Joaquín Walker Martínez una suma destinada a fundar Dispensarios de lactancia a imitación del ya establecido en San Bernardo y

que fuera puesta a las órdenes del Patronato de la Infancia de Santiago, habiéndose así aprobado por unanimidad el item 4402, partida 28 del Ministerio del Interior.

El Directorio me comisionó en sesiones de 15 de Abril de 1910 y de 19 de Mayo de 1911 para encargar a Europa diversas instalaciones que debían servir para modificar las de los Dispensarios Lorenzo Fuenzalida y Manuel de Salas.

El mismo año 1911, propuse en el seno del Directorio la organización de un Congreso destinado al estudio de la Protección de la Infancia, debiendo invitarse a él, a todas las instituciones de beneficencia que se preocupan del mismo trabajo y a todos los profesionales especializados en el ramo.

El Patronato organizó así el Primer Congreso Nacional de 1912 y que fué el punto de partida de interesantes estudios y dió origen a la formación y creación de numerosas instituciones que comenzaron a funcionar en distintos puntos de la República.

Poco después el Patronato de la Infancia fundaba el Asilo Maternal para recoger a las madres recién desembarazadas en las Maternidades, para instruirlas en la crianza de sus hijos y convertirlas en las futuras clientes de las Gotas de Leche que comenzaba a instalar en diversos barrios de la ciudad.

Comprendiendo el Supremo Gobierno la importancia de secundar a la iniciativa privada creaba el 12 de Julio de 1913 el Consejo Superior de Protección a la Infancia y el Congreso aprobaba la Ley N.º 2675 de Protección a la Infancia abandonada cuyo reglamento estudió con detención el Consejo Superior y propuso al Supremo Gobierno.

Modernizados los servicios del Patronato de la Infancia con la instalación del Asilo Maternal y numerosas Gotas de Leche organizó en Mayo de 1917 la Primera Conferencia de las Gotas de Leche y ha acordado últimamente el Primer Congreso Nacional de Gotas de Leche que deberá reunirse en Santiago en Setiembre del presente año.

Siento que en este estracto de mi trabajo no pueda detallar la labor actual de esta institución que es bien interesante pero ella será desarrollada más extensamente en las publicaciones de este Congreso.

En otros puntos del país hay también Gotas de Leche en funcionamiento, así por ejemplo en Antofagasta, Copiapó, Los Andes, Valparaiso, Viña del Mar, Mira Mar, Rancagua, Rengo, San Fernando, Talca, Chillan, Concepsción, Los Angeles, Mulchen, Valdivia y están en formación en Iquique, Angol y Punta Arenas.

Una institución destinada a ser el punto de partida para fundaciones futuras similares en nuestro país, por el desarrollo tan importante de sus servicios es el Instituto de Puericultura de Santiago que fué fundado por el doctor don ALCIBIADES VICENCIO el año 1906, con la cooperación de la Municipalidad de Santiago y reorganizado con el nombre de Escuela de Obstetricia y Puericultura para Matronas por decreto supremo N.° 7317 de 9 de Junio de 1913.

Dependiente este servicio de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile ha anexado el primitivo Instituto de Puericultura a la Escuela de Matronas reuniendo así la protección a la parturienta a domicilio, con la Maternidad, con la atención al niño en sus primeros meses de vida y con la enseñanza práctica de las futuras matronas.

Sus recientes estadísticas irán en el trabajo impreso.

Pequeñas casas cunas se han establecido en Santiago por la Congregación de las Religiosas Protectoras de la Infancia, en San Felipe por una institución de señoras, en Curicó por el Asilo de niños son creches de reducido número de camas, anexos a albergues de niños de edad más avanzada, salvo en San Felipe que solo tiene ese servicio.

Los establecimientos industriales que ocupan operarias mujeres, salvo uno en Santiago, no han establecido aún instalaciones como las que funcionan en otras partes con el nombre de creches industriales.

La Sociedad llamada de las Creches y establecida en Santiago, tiene dos establecimientos destinados a recibir permanentemente niños mayores de 1 año hasta 3 años los hombres y 15 las mujeres, con un total de 170 niños.

La Protectora de la Infancia de Santiago recibe niños desde los 2 años de edad hasta que cumplen 10 o 12 años, en un total

de más de 700 niños. Ultimamente ha reformado sus instalaciones y reglamentos.

La Sociedad de las Ollas infantiles tienen por objeto dar alimentación a los niños mayores de 4 años especialmente escolares habiendo últimamente dado mucho incremento a sus servicios.

Hay en Santiago y en provincias otras instituciones privadas que reciben subvenciones del Estado y que protegen también a la infancia desvalida pero mayor de 4 años de edad y en su gran mayoría recojen a los niños sin tener una regla fija para ello ateniéndose solamente a su indigencia.

La Liga contra la tuberculosis atiende al restablecimiento de niños pretuberculosos en el Sanatorio Marítimo establecido en Cartajena, enviándolos por temporadas de 30 días a partir del mes de Noviembre y hasta Abril.

La Sociedad Colonias escolares hacen una labor semejante con los niños de las escuelas de Santiago.

Existen en Chile dos Escuelas de Reforma dependientes del Estado, una en Santiago y otra en Concepción dirigidas por especialistas en su ramo que procuran introducir todas las modificaciones que semejantes servicios exijen hoy día, uno de ellos es el señor Joaquín Lavin. Solo atienden niños hombres.

Los reformatorios de mujeres están confiados a Monjas del Buen Pastor que tienen también a su cargo la Casa Correccional de Adultas.

Este resumido trabajo solo bosqueja los servicios que existen en Chile en materia de Protección a la Infancia.

Es este un problema que nos preocupa vivamente y nos encontramos secundados por el Supremo Gobierno, por filántropos y por miembros del cuerpo médico que están penetrados de la necesidad de atender a la disminución del porcentaje de mortalidad infantil entre nosotros.

Esperamos en breve que el Consejo Superior de Beneficencia Pública creado por decreto supremo de 20 de Agosto de 1917 y que ha propuesto un Proyecto de Ley de Organización de la Beneficencia pública en Chile unifique la acción gubernativa con la labor de las instituciones privadas que reciben

auxilio fiscal en su totalidad y estimo que esto permitirá modernizar sus instalaciones, modificar sus anticuados reglamentos y emplear últilmente los dineros con que el Estado contribuye a su mantención y funcionamiento.

Siento que inconvenientes del último momento no me hayan permitido trasladarme a Montevideo llevando el trabajo que había anunciado para este Congreso conjuntamente con un saludo a nuestros colegas y amigos uruguayos de parte de los que en Chile trabajan por los mismos ideales, cual es la salvación de la infancia.

DISCUSIÓN

El Dr. Oscar Fontecillas hace notar a continuación que a su juicio el rol de la acción privada por el rol del estado deben ser conjuntos y armónicos bajo la dirección de este último.

El Dr. Scoseria comenta elogiosamente la acción del Gobierno de Chile respecto al mejoramiento de la vivienda obrera, obra que considera única en esta acción para la vida higiénica infantil, propone un voto de aplauso para esta benefactora obra del Gobierno de Chile que tiene su intérprete realizador en la Comisión de mejoramiento de la vivienda obrera.

Aprobado.

ORGANISMOS DE PROTECCION A LA PRIMERA INFANCIA

POR EL DR. JOSÉ BONABA

102.127.

Informe presentado al Segundo Congreso Americano del Niño.

Entre las obras humanas ninguna tiene la trascendencia, la importancia moral ni la utilidad práctica de las instituciones cuyo fin es la protección a la primera infancia. Ninguna tampoco a más justo título puede reivindicar el honor de servir como exponente de la civilización y de la cultura de los pue-

blos: es que difícilmente puede concebirse nada más grande que la defensa del capital humano en lo que tiene de más sagrado e indefenso: el niño. Cuestión de humanidad y de patriotismo, la protección a la primera infancia es hoy una preocupación universal. Aunque de origen europeo casi todas las instituciones que la realizan, es justo reconocer en este Congreso, que es un congreso americano, que estas instituciones son adoptadas, florecen y se difunden rápidamente por todos los países de América. Ahí están las obras realizadas, ahí está el descenso de la mortalidad que ya se ha producido en muchas partes; ahí están los congresos y las revistas científicas atestiguando todo el interés que dedica el Nuevo Continente a cuestiones tan fundamentales.

Quisiera exponer en este trabajo lo que se ha hecho en nuestro país, dando a conocer los resultados obtenidos e indicando los perfeccionamientos a realizarse. Pero antes consideremos los objetivos principales de las instituciones que vamos a estudiar y los medios de que se valen para satisfacerlas. Las finalidades primordiales son dos, que estudiaremos separadamente: *1.º La Profilaxia*; *2.º La Asistencia.*

LA OBRA DE PROFILAXIA

La profilaxia es el rol fundamental, la razón de ser primera de este género de instituciones. Como bien sabemos las enfermedades del lactante son en gran parte evitables; está por consiguiente en nuestras manos el poder reducir considerablemente la morbilidad y la mortalidad infantiles. La profilaxia debe iniciarse cuando el niño está todavía en el vientre de su madre; es la puericultura intrauterina cuyas proyecciones son importantísimas; la protección material (dinero, alimentos, etc.) a la mujer embarazada; los consejos de orden higiénico y sobre todo el reposo de la madre durante el último período del embarazo; en caso necesario la asistencia médica, son los procedimientos empleados.

Es necesario que el niño al nacer encuentre un ambiente favorable que lo proteja de las grandes causas mórbidas: el enfriamiento y la infección; pero además es necesario que se

le brinde la alimentación apropiada: *el pecho*. No nos cansemos de repetir que el pecho es la alimentación natural, la única fisiológica; la única específica; que no tiene reemplazantes que la equivalgan; que es la mejor garantía para la salud del niño. La alimentación a pecho realiza la profilaxia de las afecciones digestivas que figuran en tan alta proporción en la morbilidad y mortalidad infantiles. Uno de los principios fundamentales en que debe reposar el funcionamiento de los organismos que estamos estudiando debe ser, pues, antes que nada el de *estimular la alimentación a pecho*, de la que son capaces, por lo menos en nuestro país, la inmensa mayoría de las mujeres sanas.

Otro de estos principios fundamentales nos exige que evitemos como un mal funesto la separación del niño y de la madre. «Todo lo que aleja al niño de la madre», ha dicho Teófilo Roussell, «lo pone en estado de sufrimiento y en peligro de muerte». «Moralistas y médicos, escritores y sabios», ha escrito Strauss, «no serán jamás demasiado severos en condenar la crianza mercenaria fuera del domicilio de los padres. Es un fenómeno monstruoso, antinatural, antisocial, ese divorcio prematuro, transitorio o definitivo, de la madre y de su hijo. Los derechos más sagrados son violados y el interés de la raza está comprometido. No hay cuestión social ni más grave ni más dolorosa».

Además de dar a su hijo la alimentación ideal, la madre tiene para con él cuidados minuciosos, vigilancia asídua, paciencia inagotable, cariño capaz de sacrificio; es verdaderamente irreemplazable.

Y surge ante nosotros el problema de la *profilaxia del abandono del niño*; cuestión importante, compleja y profunda, cuyo conocimiento es imprescindible para quién quiera ocuparse de protección a la primera infancia. No vamos a tratarla in extenso; en nuestro medio ha sido concienzudamente estudiada por nuestro querido maestro el Profesor Morquio en el Primer Congreso Médico Nacional (1916). Prescindiendo de otras menos importantes, los dos grandes factores del abandono del niño son: 1.º la madre soltera, sin hogar y sin familia; 2.º la miseria. Los remedios para estas situaciones son varia-

bles: la buena solución se consigue ya prestando auxilios materiales a la madre (dinero, alimentos, etc.); ya colocando la madre con su hijo en el seno de una familia; ya admitiendo y asilando en locales especiales a la madre que amamanta su hijo. Se tiende cada vez más a tratar de realizar en lo posible la fórmula tan ventajosa de LAGNEAU: «La madre pobre debe ser la nodriza remunerada de su propio hijo».

Una causa importante de enfermedad y de muerte de los niños es la ignorancia de las madres: el prejuicio y el error trasmitidos amenudo por una vecina o una comadre complaciente son funestos para la salud y hasta para la vida del niño. El médico lo palpa a cada paso. Una de las funciones que deben llenar los organismos que estudiamos debe ser, pues, la de difundir entre las madres las nociones elementales de puericultura. Todos los medios deben ser empleados: las conferencias, las proyecciones, el cinematógrafo, los carteles, las cartillas y folletos; pero no olvidemos que ninguno es tan eficaz como la enseñanza directa del médico a la madre en el momento de la consulta. Pero sólo la enseñanza a las madres no basta; es necesario que las niñas, las madres del mañana, reciban en la escuela, en las clases superiores, esta misma enseñanza, para cuya parte práctica podrían utilizarse las instituciones que estudiamos. Esta enseñanza les será en el futuro, cuando sean madres, de un valor incalculable. Es de desear que los escrúpulos mal entendidos y los prejuicios que se oponen a la realización de estas aspiraciones sean definitivamente vencidos.

Es bien conocida la importancia que sobre los primeros cuidados y especialmente sobre el modo de alimentación a que va a ser sometido el niño, tiene la intervención de la partera. Es fácil concebir que si ésta poseyera amplios conocimientos de Puericultura, su influencia podría ser un factor importantísimo en la lucha contra la mortalidad infantil; es fácil concebir igualmente que su ignorancia en esta materia puede traer las más desastrosas consecuencias. Desgraciadamente la experiencia nos enseña que la segunda eventualidad se realiza más frecuentemente que la primera. LERAGE afirmó en el Congreso de Protección a la Infancia, Bruselas, 1913, que la mitad de los destetes indebidos reconocen por causa la intervención de

las parteras. Se impone pues la enseñanza de la Puericultura con la extensión debida, haciendo de ella una materia especial, con parte práctica y examen reparado, a las estudiantes de Obstetricia. Las obras de protección a la primera infancia suministrarían fácilmente los elementos de esta enseñanza.

Pero a quien hay que instruir antes que a nadie es al estudiante de medicina; al médico futuro. El médico es en efecto el alma mater de estas instituciones; a él le corresponde el primer lugar en la protección a la primera infancia. Es absolutamente imprescindible que los estudiantes de medicina reciban obligatoriamente una enseñanza teórica y práctica sobre puericultura y sobre la patología del lactante. Comprendiéndolo así la Facultad de Medicina de París ha creado en 1914 la cátedra de higiene y patología del lactante, confiándola a la sabia dirección del profesor MARFAN. Nosotros tenemos la suerte de que esta enseñanza se realiza en Montevideo de una manera satisfactoria. El profesor MORQUIO dicta todos los años a sus alumnos un curso completo teórico-práctico de patología e higiene de la primera infancia; acaba de publicar en un libro magistral que le hace honor, la síntesis de esa enseñanza altamente apreciada.

LA OBRA DE ASISTENCIA

Los principios generales a que obedece la asistencia del lactante enfermo pueden condensarse en las proporsiciones siguientes:

El niño enfermo no debe ser separado de su madre ; debe ser alimentado y cuidado por ésta; la madre será su nodriza y su mejor enfermera.

El niño a pecho está siempre en mejores condiciones de resistencia y de lucha contra la enfermedad que el niño alimentado artificialmente.

La asistencia prestada por las policlínicas y consultorios debe continuarse a domicilio en forma apropiada cuando sea necesario.

Como regla general el lactante no debe ser hospitalizado. Cuando lo sea, hagamos que su hospitalización sea lo más

ve posible. En efecto, el ambiente hospitalario es excesivamente peligroso para la salud del niño a causa de factores diversos, pero sobre todo a causa de la contaminación de infecciones graves, frecuentemente mortales. Que nos baste recordar que el promedio de la mortalidad es el 45 por 100.

La hospitalización del lactante debe tratar de aproximarse a los siguientes desideratums:

Separación de los contagiosos o mejor aún el aislamiento individual, luz, aire, calefacción; exterilización de las ropas; admisión del niño con la madre, siempre que sea posible; preparación de los alimentos apropiados.

Consideremos ahora los organismos que en nuestro país realizan la protección a la primera infancia.

EL SERVICIO DE PROTECCIÓN MATERNAL

Desde 1915 existe en Montevideo, el Servicio de Protección Maternal cuyo objeto es la defensa y el amparo de las madres desvalidas, abandonadas o temporariamente imposibilitadas para atender a su cuidado y subsistencia durante el embarazo, el parto y el port-partos. Comprende la asistencia técnica y la protección moral de las madres y sus hijos, así como también la defensa jurídica de las madres menores de edad, a fin de hacer, especialmente, el reconocimiento de la paternidad cuando ésta no estuviese legalmente constatada. La asistencia de embarazadas y parturientas se realiza en la Casa de la Maternidad cuya organización e instalaciones nada dejan que desear. Los recién nacidos están bajo la observación médica. Las protegidas indigentes pueden concurrir a la Cantina donde le son servidos sus alimentos de acuerdo con el régimen que se les ha prescrito. Se comprende cuán importante es este organismo, que trata de realizar en las mejores condiciones posibles la puericultura intrauterina y asegura al recién nacido los primeros cuidados y la vigilancia y la asistencia médicas. Anexo

a este Servicio existe una meritoria institución titulada Pro-Mater, organizada por una comisión de distinguidas damas con el objeto de proteger a la madre bajo todas las formas posibles: subsidios pecuniarios y alimenticios; facilitándoles trabajos apropiados; colocándolas con su hijo en casa de familias como sirvientas; aconsejando y facilitando el matrimonio cuando es posible, etc.

Análogas finalidades tiene otra institución « La Bonne Garde », constituída también por una comisión de damas.

No podemos sino felicitarnos de poseer tan meritorias instituciones, siendo de desear que tomaran mayor vuelo ampliando un campo de acción y multiplicando obras tan útiles como las cantinas maternales, donde las embarazadas y las madres indigentes encontrarían gratuitamente comida sana y abundante. Sería de desear también que cuando la madre asistida por el Servicio de Protección Maternal careciera de hogar, la Asistencia Pública con el fin de evitar la separación de la madre y del hijo, tomara a su cargo la tarea de colocarlos juntos en el seno de familias modestas mediante cierta retribución pecuniaria, como lo hace por ejemplos con los niños del Servicio Externo del Asilo Dámaso Larrañaga.

AL ASILO DAMASO LARRAÑAGA

« El Asilo Dámaso Larrañaga » según la ley vigente « es un establecimiento mixto, destinado a la crianza, asistencia y educación de menores, hasta los 12 ó 14 años, varones y niñas, ya sean expósitos o amparados por orfandad, abandono o pobreza de los padres. Los mayores de esa edad, quedarán bajo la guarda y vigilancia del mismo establecimiento en las condiciones que fije la Dirección General ». De él dependen la mayor parte de los organismos de protección a la primera infancia con que cuenta nuestra ciudad, a saber: la Cuna, el Servicio Externo y los Consultorios Gotas de Leche.

LA OFICINA DE ADMISIÓN

El niño que se pretende hacer ingresar al Asilo debe ser presentado a la Oficina de Admisión o depositado en el Torno. Prescindiendo por el momento de esta segunda forma de ingreso, vamos a ocuparnos de la primera. La Oficina de Admisión es una Oficina abierta donde la persona que lleva el niño suministra los datos concernientes a este último. Estos datos pueden ser negados sin que se haga la menor exigencia, pero la verdad es que son muy raras las personas que se niegan a proporcionarlos. Muchas veces se consigue evitar el abandono del niño mediante pequeños subsidios en dinero; además se les inscribe en un Consultorio-Gota de Leche, donde gozan de vigilancia y asistencia médicas. Más de 300 madres anualmente reciben subsidio pecuniario. Son muchas las madres que se presentan a solicitar este subsidio aún cuando no abriguen la intención de hacer ingresar su hijo al Asilo. Exigencias de orden financiero hacen que este procedimiento no pueda ser más extendido.

Si a pesar de todo, es necesario hacer ingresar al niño en el Asilo se trata empeñosamente de que la madre no se desvincule de él en absoluto, que lo visite a menudo, dando cuenta al Asilo de cualquier irregularidad que advirtieran; las madres son así auxiliares de la vigilancia del niño. Cuando su situación pecuniaria lo permite algunas madres contribuyen con una pequeña suma mensual.

Administrativamente los niños son clasificados al ingresar en *amparado* o *abandonado*. Amparado es el niño cuyos padres se interesan por él; abandonado es aquel por quien nadie se preocupa.

Hay todavía un Torno en nuestro Asilo; apresuremos a dejar constancia de que dado el pequeño número de niños que por él ingresan, puede considerarse como prácticamente inexistente. (1). Para su supresión definitiva sólo falta una ley

(1) La proporción de niños que ingresan por el Torno es sólo de un 2 a un 2 1/2 por 100.

que así lo disponga. La experiencia ha demostrado que no obedece a ninguna necesidad y que su falta de funcionamiento no ha aumentado el número de infanticidios.

PORCENTAJE DE INGRESOS A LA CUNA EN RELACIÓN CON LOS NACIMIENTOS EN EL DEPARTAMENTO DE MONTEVIDEO

1914.....	8.01	por cada	100	nacimientos
1915.....	9.12	„ „	100	„
1916.....	9.11	„ „	100	„
1917.....	8.88	„ „	100	„
1918.....				

ASILO DAMASO LARRAÑAGA

INGRESO DE NIÑOS MENORES DE DOS AÑOS

CUNA

1914-1918

AÑOS	ABANDONADOS (1)		AMPARADOS	TOTALES
	TORNO	OFICINA		
1914	16	119	667	802
1915	19	119	734	872
1916	22	54	779	855
1917	21	48	745	814
1918	54	10	687	751
TOTALES.....	132	350	3.612	4.090

« El principio de esta Oficina de Admisión » ha dicho el Profesor MORQUIO, « es el de *proceder siempre en el interés del niño.* Para esto se necesita que esté organizada de tal manera que responda a sus necesidades; se exige un local independiente y un personal propio, hábil y experimentado. Todo niño debe ingresar con un boleto de admisión, consignando los datos obtenidos, siempre dentro del secreto cuando es requerido, y absolutamente voluntarios ».

Los niños son recibidos hoy en la oficina común, con su propio personal de una manera completamente libre, y sin sin ninguna tentativa en su profilaxis ».

(1) Como se ve la proporción de niños abandonados tiende a disminuir.

« En realidad no existe hoy Oficina de Admisión, porque faltan sus verdaderos caracteres: el secreto en el sentido absoluto cuando es exigido; datos necesarios en el interés del niño cuando se pueden obtener, o el conocimiento de las causas que determinan la separación de la madre y del hijo, para evitar el abandono cuando es posible ».

« El número de niños menores de dos años, que ingresan al Asilo, ha venido aumentando progresivamente, pero en estos últimos años ha tomado proporciones verdaderamente alarmantes. Esta cantidad supera de mucho a la mediana de otros países con que puede compararse. La experiencia nos ha convencido de que es posible hacer una reducción inmediata, suprimiendo abusos, errores o ignorancia; por otra parte se evita empleando subsidios alimenticios o pecuniarios ».

« Una profilaxis bien organizada debe llegar a disminuir hasta su más simple expresión el número de los niños abandonados, con lo que se obtendrá un beneficio moral y un beneficio económico ».

Y como una de las conclusiones de su trabajo formula la siguiente que fué aprobada por el Primer Congreso Médico Nacional:

« Todos los niños de la primera infancia que ingresen a la Cuna del Asilo Dámaso Larrañaga, como abandonados o amparados, deberán hacerlo por intermedio de una oficina de admisión debidamente organizada, con local y personal propios, la que procediendo siempre en el interés del niño, buscará realizar la profilaxis del expósito en su más amplia y elevada expresión ».

LA CUNA

Al ingresar los niños pasan al servicio de La Cuna, donde quedan en observación durante un breve plazo, para luego salir al Servicio Externo en poder de amas que los cuidan en su domicilio.

Este servicio está dirigido por el Profesor MORQUIO a quién tomamos la siguiente descripción: « Dispone de 100 camas, con un promedio de existencia de 80 niños, parte a pecho y parte

a mamadera. El 80 por 100 son niños menores de 3 meses; de éstos un 20 por 100 son débiles congénitos, con un peso inferior a 2.300 gramos. Casi todos estos niños son alimentados a pecho por amas permanentes sin sus hijos; cada una de ellas tiene generalmente tres niños a su cuidado y crianza, puramente a pecho, o ayudada con mamaderas. La repartición de alimentación artificial consta de 20 camas, ocupadas por niños mayores de 5 meses, salvo raras excepciones; está atendida por cuidadoras, cada una tiene a su cargo 4 niños, poco más o menos. Anexada a esta repartición existe una cocina donde se preparan todos los alimentos y régimenes individuales indicados por el médico. Disponemos de leche de yegua para emplearla en caso necesario. Más de la mitad de los niños ingresan con enfermedades, a veces en condiciones muy graves; otros fallecen momentos después de ingresar. Dos enfermeras, una para los niños a pecho, y otra para los de mamadera, están encargadas de cumplir con la parte médica y con la vigilancia de los cuidados por parte de amas y niñeras. Cada niño lleva una hoja de observación, donde se anotan los detalles de su estado, con la temperatura, marcha de peso y género de alimentación. Una empleada superior del establecimiento, encargada de la parte administrativa, vigila el orden y movimiento de todo el srvicio. Las instalaciones son simples, pero bien ubicadas y amplias; con aereación y sol a profusión y con la calefacción necesaria. Están representadas por ocho salones, esquina, formando un cuadrado, con un gran patio abierto en el centro; entre los salones y el patio existe una amplia galería cerrada por vidrieras. Los niños, colocados en canastas, son sacados continuamente a la galería y al patio. Para combatir el quietismo y el decúbito prolongado, el personal está obligado a mantener el niño en los brazos el mayor tiempo posible. Un pequeño laboratorio permite realizar las investigaciones químicas y microscópicas más indispensables; la reacción de WASSERMANN se práctica de una manera sistemática. Todas las ropas de los niños y de las cunas son exterilizadas a la estufa a 110 grados, durante un cuarto de hora. El número de niños que ingresan por año es, término medio, de 1.000. La estada media, por niño, es de un mes. La mortali-

dad general oscila alrededor de 15 por 100. Completa este servicio una policlínica para lactantes, sanos y enfermos, que se realiza tres veces por semana ».

Lo que hemos dicho acerca de la hospitalización de lactantes puede perfectamente aplicarse a La Cuna que debe ser considerada como un mal necesario, cuya supresión definitiva no es posible por el momento.

El Profesor MORQUIO utiliza para la enseñanza de la higiene y patología del lactante el excelente material de la Cuna, además del que le ofrece la Policlínica del Hospital de Niños.

EL SERVICIO EXTERNO

Desde la cuna el niño pasa al Servicio Externo en poder de amas o cuiddoras. A los efectos de la mejor vigilancia y asistencia de estos niños, la ciudad ha sido dividida en 6 radios o secciones, cada una de las cuales está a cargo de un médico.

Los niños del Servicio Externo se clasifican en tres categorías: niños a pecho; niños a mamadera; niños de despecho. Los niños a pecho son amamantados por nodrizas externas que tienen la obligación de presentarlo al médico y pesarlo todas las semanas; además deben dar aviso inmediato al médico de cualquier trastorno que noten en la salud del niño, concurriendo con él al consultorio si su estado lo permite. Las aspirantes a nodriza son examinadas por el médico; si éste las encuentra aptas les expide un certificado que les permite obtener un niño de la Cuna. Se exige, excepto para el caso de niño muerto, que el hijo del ama tenga por lo menos 6 meses de edad. Los niños a mamadera son alimentados artificialmente de acuerdo con las indicaciones del médico; deben ser presentados y pesados con la misma frecuencia que los de pecho. Los niños de despecho están en casas de familias modestas a cargo de uno de sus miembros que se llama cuidadora; generalmente cada cuidadora tiene a su cargo más de uno; se procura elegir gente buena y honesta, cuyo domicilio posea buenas condiciones higiénicas. Los niños de despecho son presentados al médico todos los meses; en caso de enfermedad la cuidadora debe dar aviso inmediato al médico. Amas y cuidadoras perciben una

modesta remuneración; en casos de varios niños para una cuidadora, la retribución que corresponde a cada niño es menor cuanto mayor sea su número. Hagamos constar que las aspirantes a cuidadoras son numerosísimas. Las madres tienen facilidades para visitar a sus hijos en el domicilio de las amas o cuidadoras, sus observaciones en cuanto a los cuidados que de parte de aquellas recibe su hijo son atendidas y corregidas si se confirma su exactitud. El médico está facultado para hacer el cambio de amas o cuidadoras cuando haya motivo para ello. En un rol de vigilancia el médico es auxiliado por una o dos corredoras. La asistencia médica es prestada ya en el consultorio con que cuenta cada sección, ya a domicilio, según los casos. Si el médico lo considera conveniente puede hacer hospitalizar el niño en el servicio de Medicina o en el de Cirugía del mismo Asilo.

EXISTENCIA DE NIÑOS EN EL SERVICIO EXTERNO

El 31 de Diciembre de 1914	1499
El 31 de Diciembre de 1915	1545
El 31 de Diciembre de 1916	1734
El 31 de Diciembre de 1917	1841
El 31 de Diciembre de 1918	1881

INGRESOS AL SERVICIO EXTERNO DE NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS.

1914	615
1915	583
1916	630
1917	607
1918	549

Los datos estadísticos relativos al Asilo Dámaso Larrañaga nos han sido proporcionados por el Jefe de la Oficina del Servicio Externo, Sr. VALLE, a quien expresamos nuestro agradecimiento.

NIÑOS MENORES DE DOS AÑOS, FALLECIDOS EN EL ASILO DÁMASO LARRAÑAGA

1914—1918

AÑOS	CUNA	SERVICIO EXTERNO	TOTAL
1914	113	131	244
1915 (1)	199	200	399
1916	135	82	217
1917	99	70	169
1918	132	104	236

La cantidad de niños del Servicio Externo es excesiva; hay secciones, como la que tenemos a nuestro cargo, cuyo número pasa de 500; es demasiado; el actual Director del Asilo, Dr. VIDAL y CUERVO así lo reconoce, creyendo que debe establecerse un máximo de 200 niños para cada sección; sería necesario, pues, aumentar el número de secciones.

Sería conveniente que las impectivas además de las condiciones de moralidad y laboriosidad que deben poseer, tuvieran también conocimientos de enfermera a fin de secundar más eficazmente la acción del médico.

CONSULTORIOS-GOTA DE LECHE

Los fines de los Consultorios-Gota de Leche están perfectamente expuestos en el decreto de su creación. Son estos: Fomentar y divulgar por todos los medios, la necesidad de la lactancia materna como única que asegura, en las condiciones normales, el buen desarrollo del niño; dar a las madres instrucciones fáciles y precisas, relativas a los primeros cuidados en la alimentación de los hijos; vigilar y dirigir el crecimiento

(1) El año 1915 por diversos factores climatéricos y epidémicos fué de una excesiva mortalidad infantil.

normal de los niños, especialmente para reparar los defectos de la alimentación natural o artificial, así como los trastornos que estos mismos defectos hubiesen producido; prestar asistencia médica a los niños menores de dos años, hijos de padres menesterosos, que concurran al consultorio; distribuir buena leche o los distintos preparados que se juzgue prudente administrar, según lo requiera el caso, a los niños menores de dos años, hijos de madres menestrosas, que se encuentran temporal o permanentemente en la imposibilidad física de amamantarlos.

El Primer Consultorio-Gota de Leche. Consultorio-Gota de Leche N.° 1, empezó a funcionar en Febrero de 1908. Fué el único con que contó nuestra ciudad hasta Noviembre de 1913, fecha en que se inicia el funcionamiento de seis nuevos Consultorios, bajo la dirección de cada uno de los seis médicos inspectores del Servicio Externo.

El Consultorio-Gota de Leche N.° 1 posee una cocina de leches; suministra diariamente a los demás Consultorios la leche, los alimentos preparados y las harinas que éstos necesitan.

Actualmente existen, pues, siete Consultorios-Gota de Leche, es decir, un Consultorio por cada 50.000 habitantes; desde este punto de vista hay pocas ciudades más favorecidas que la nuestra.

El personal de cada Consultorio está constituído por el médico, una encargada y una inspectora. El médico es el alma de la Gota de Leche; su papel es fundamental. « Tanto vale el médico, tanto vale el Consultorio de Lactantes » ha dicho Budin, su creador. Es necesario que posea además de una sólida preparación en higiene y patología infantiles, altas cualidades morales y una noción justa del rol importantísimo que le toca desempeñar. Según la orientación que le imprima, su obra será buena o será mala, tan cierto es que la Gota de Leche es un arma de dos filos que mal manejada puede ser peligrosa y hasta homicida. Estimular, mantener y prolongar la alimentación a pecho: he ahí nobles finalidades que deben encontrar en el médico su mejor apóstol. Su realización exije una lucha de todos los días contra la ignorancia, el error, el prejuicio, la mentira, la comodidad y la conveniencia de las madres; una

propaganda constante e incausable; sólo a ese precio podrá la Gota de Leche ser una obra benéfica, de protección y defensa de la primera infancia y no una institución perniciosa y hasta criminal. La acción del médico es grandemente eficaz; no recuentan los casos en que sus buenos consejos han evitado un destete prematuro o innecesario o han conseguido la vuelta a la lactancia materna cuando ya se había iniciado o realizado totalmente el despecho.

La encargada tiene a su cargo el atender a las madres a su llegada, darles el número de orden, practicar las pesadas y hacer las anotaciones correspondientes, distribuir los alimentos, tomar la temperatura y cumplir cualquier otra indicación del médico.

La Inspectora realiza las visitas domiciliarias a fin de hacer cumplir las indicaciones del médico y de tratar de que las madres continúen llevando los niños al consultorio.

Las consultas son diarias. El niño que concurre por primera vez es anotado por la Encargada en una hoja clínica numrada donde hace constar la fecha de la primera visita; el nombre; el día del nacimiento; su legitimidad o ilegitimidad; su domicilio y la naturaleza de su alimentación. Al mismo tiempo se anota en el libro «Registro General de Entradas», su nombre, número, edad y forma de alimentación. Además se entrega a la madre una pequeña libreta que debe presentar a cada visita y donde se anotan las pesadas, y la cartilla «La Salud del Niño» de la Sociedad de Pediatría. Si el niño ya ha concurrido otras veces al Consultorio, la Encargada se limita a buscar su hoja clínica, a pesarlo y anotar su peso. Pasa luego a la sala de consulta.

El médico completa la historia de los recién ingresados mediante el interrogatorio de la madre o cuidadora sobre antecedentes hereditarios y personales y el examen del niño y aún de la madre en caso necesario. Si el niño no es nuevo, el médico anota las observaciones que le sugiere su estado. Y empieza ahora la verdadera acción del médico sobre cuya importancia ya hemos insistido.

La asistencia a los niños enfermos se hace sólo en el Consultorio, cuando es necesaria la asistencia a domicilio, el mé-

dico firma un pase para el médico de Asistencia Domiciliaria en el radio correspondiente.

Los alimentos se dan en general gratuitamente, las madres que poseen ciertos recursos los pagan a tarifa reducida. Cuando el médico cree conveniente otorgar alimentos al niño entrega a la madre un bono válido para ocho o quince veces; cada vez que entrega el alimento la Encargada señala el bono con una pinza, para renovar éste es necesario que la madre traiga nuevamente el niño al Consultorio, donde es pesado y presentado al médico. En casos excepcionales de extrema pobreza, aún cuando el niño esté exclusivamente a pecho, se dia- alimentos para la madre (en general, un litro de leche dan riamente).

La Cocina de Leches del Consultorio número 1, prepara los siguientes alimentos: leche esterilizada, pura o en diversas diluciones; leche descremada; babeurre; sopa de malta y leche albuminosa.

En el Consultorio N.º 1 se realizan mensualmente concursos de lactantes a pecho con pequeños premios en dinero. Se estimula de esta manera la inscripción precoz y la asiduidad en las visitas. Los resultados han sido excelentes.

El estudio de las causas que invocan las madres al traer sus hijos a la Gota de Leche resulta del mayor interés. Una de las más frecuentes es la de solicitar un auxilio; se trata unas veces, las más numerosas, de pedidos de leche o harinas para sus hijos; otras veces de socorros pecuniarios que la Gota de Leche no está facultada para otorgar, limitándose a remitir las peticionantes a la Oficina del Servicio Externo que, como ya lo hemos dicho, concede subsidios en dinero a las mujeres muy pobres con el fin de estimular la lactancia a pecho, impidiendo el abandono del niño. Los argumentos en que basan su pretensión son los siguientes: la extrema pobreza, la agalacia o hipogalacia, la enfermedad de la madre, la necesidad del destete con el fin de amamantar un niño del Asilo en calidad de nodriza del Servicio Externo o un niño particular, la necesidad del destete y por indicación médica; el destete ya consumado. Son los principales. Pronto llega el médico a sabérselos de memoria.

Entre los motivos invocados, suponiéndolos verdaderos, que no siempre lo son, hay algunos que exigen el destete, como ciertas enfermedades de la madre que contraindican la lactancia (enfermedades que deben ser dibidamente constatadas por el médico), y el hecho de ser nodrizas del Servicio Externo del Asilo, pues no sería justo negar asistencia y alimentos a los hijos de las amas, siendo así que éstas los destetan por indicación nuestra, siendo, por el contrario conveniente colocar esos niños bajo la vigilancia y el contralor del médico de la Gota, quien puede así dirigir su alimentación e instituir el tratamiento adecuado en caso de enfermedad. Las otras causas no exigen obligatoriamente el destete ni mucho menos. Para los casos de extrema pobreza. debidamente comprobada, excepcionales la Gota las auxilia con leche, que deben utilizar para su alimentación, manteniendo los niños a pecho. La agalacia y la hipogalacia son invocadas muy frecuentemente, de buena o de mala fe. Sin llegar a negar su existencia, lo cual sería desconocer los hechos, no se las constata realmente sino en un número muy reducido de mujeres. La mayoría de éstas pueden criar satisfactorimente a sus hijos y son, en general, excelentes nodrizas.

Desgraciadamente, demasiado a menudo nos encontramos frente al hecho consumado: el destete está ya definitivamente realizado, los senos están vacíos; en estos casos algunas veces es posible todavía, cuando las circunstancias son favorables, el conseguir la vuelta al pecho o, por lo menos, a la alimentación mixta, utilizando como nodriza alguna vecina complaciente, cuyo hijo está a menudo también anotado en la Gota. Pero, en la generalidad de los casos, esa solución es imposible, viéndonos obligados a mantener la alimentación artificial reglamentándola convenientemente y suministrando el alimento apropiado. A veces la madre invoca para justificar el destete, la indicación de un médico; en la mayoría de estos casos, el examen no nos ha permitido encontrar ninguna contraindicación a la lactancia materna. Nos inclinamos a creer que se trata casi siempre de una disculpa utilizada por las madres, pues lo contrario haría muy poco favor a la conciencia profesional de algunos médicos. En una última categoría entran

los casos de destete por indicación del propio médico de la Gota, con el fin de que la madre amamante un niño del Asilo.

Acabamos de indicar una de las causas más habituales de la inscripción de los niños en la Gota: el pedido de leche o harinas para realizar la alimentación artificial. Es la bête noire de estos consultorios. Hay que hacer comprender a las madres que la mejor garantía de la salud presente la futura de sus hijos es la alimentación a pecho; que el Consultorio-Gota de Leche es una institución de protección y asistencia del niño y no un simple despacho de leche; los esfuerzos hechos en este sentido por el médico son ampliamente recompensados con los benéficos resultados obtenidos.

Las otras causas son: la enfermedad del niño o el deseo de someterlo a examen médico; la esperanza de obtener un niño del Asilo que amamantar o un premio de lactancia. Otra causa nos falta todavía: *el lactante es traído al solo efecto de anotarlo y ponerlo bajo la vigilancia del Consultorio-Gota de Leche.* No es posible dejar de consignar el íntimo placer que experimenta el médico al constatar el aumento del número de los niños de esta categoría, este hecho constituye el mejor exponente del valor de un Consultorio-Gota de Leche y de la competencia y acierto con que se la dirije. No debemos cansarnos nunca de repetir que el principal objeto de estos Consultorios es el de estimular la alimentación a pecho.

DATOS ESTADISTICOS

ASILO DÁMASO LARRAÑAGA

MOVIMIENTO HABIDO EN LOS CONSULTORIOS «GOTA DE LECHE»

AÑO 1914

MOVIMIENTO		1	2	3	4	5	6	7	TOTAL
Movimiento	Niños ingresados ..	1523	528	273	557	437	501	365	4184
	Consultas evacuadas	9980	3822	536	4056	2629	1247	1373	23643
Edad de los ingresados	Menores de un año	1271	448	236	395	354	380	253	3337
	Mayores de un año	252	80	37	162	83	121	112	847
Alimentación de los ingresados	A pecho	850	214	73	250	217	121	149	1874
	Mixta	255	138	39	116	75	88	70	781
	Artificial	418	176	161	191	145	292	146	1529
Alimentos distribuídos	Leche pura (litros)	37710	22441	11061	30418	31102	22164	13264	168160
	Mamaderas	76087	29274	38395	4844	9483	25452	25177	208712
	Harinas (tarros) ...	1530	167	210	336	633	352	151	3379

Si se establece la relación entre la cantidad de niños menores de 1 año y la de los que están alimentados exclusivamente a pecho, tenemos la proposición de 55,6 por 100.

AÑO 1916

MOVIMIENTO		1	2	3	4	5	6	7	TOTAL
Movimiento	Niños ingresados ..	1190	422	243	303	241	332	133	2864
	„ asistidos	7017	2213	244	2305	685	1506	485	14455
	Consultas evacuadas	14360	3915	375	4416	1549	2968	2444	30027
Edad de los ingresados	Menores de un año	1075	396	237	253	220	274	103	2558
	Mayores de un año	115	26	6	50	21	58	30	306
Alimentación de los ingresados	A pecho.....	846	252	133	204	152	168	68	1823
	Mixta	144	103	51	44	34	81	22	479
	Artificial.....	200	67	59	55	55	83	43	562
Alimentos distribuídos	Leche pura (litros)	40772	27076	17147	22304	24289	29329	8951	169868
	Mamaderas	98731	1602	21709	7091	23688	30386	7859	191066
	Harinas (tarros) ...	2069	18	36	38	55	34	68	2318
Niños protegidos		2460	1397	1532	1172	1077	1564	572	9774

Proporción entre los menores de un año y los alimentados exclusivamente a pecho: 71,2 por 100.

AÑO 1917

MOVIMIENTO		1	2	3	4	5	6	7	TOTAL
Movimiento	Niños ingresados ..	1283	429	287	413	231	366	153	3162
	„ asistidos	7478	2686	268	2670	549	1350	558	15559
	Consultas evacuadas	15324	4815	536	5285	2275	4382	2532	35149
Edad de los ingresados	Menores de un año	1163	405	238	361	218	309	127	2821
	Mayores de un año	120	24	49	52	13	57	36	341
Alimentación de los ingresados	A pecho.....	959	265	173	307	165	130	94	2093
	Mixta.....	126	89	51	37	22	110	23	458
	Artificial.....	198	75	63	69	44	126	36	611
Alimentos distribuidos	Leche pura (litros)	34716	39376	20381	26287	29914	28561	4134	183369
	Mamaderas.....	13248	270	30067	9213	27054	32957	18998	231807
	Harinas (tarros)...	1803	34	144	41	4	70	1	2097
Niños protegidos		2605	1848	909	1281	1106	1389	413	9551

Proporción entre los menores de un año y los alimentados exclusivamente a pecho: 74,1 por 100.

AÑO 1918

MOVIMIENTO		1	2	3	4	5	6	7	TOTAL
Movimiento	Niños ingresados ..	1242	397	279	548	206	365	147	3184
	„ asistidos	7493	2247	375	3423	697	1587	553	16375
	Consultas evacuadas	15329	3357	695	6046	1032	3864	2086	32409
Edad de los ingresados	Menores de un año	1128	358	269	471	185	290	119	2820
	Mayores de un año	114	39	10	77	21	75	28	364
Alimentación de los ingresados	A pecho.....	927	307	198	411	153	152	82	2230
	Mixta.....	133	34	20	44	15	69	24	339
	Artificial.....	182	56	61	93	38	144	41	615
Alimentos distribuidos	Leche pura (litros).	26357	24966	20314	26363	29238	26894	1826	155958
	Mamaderas.....	89747	35	23587	10494	18059	12927	18443	173292
	Harinas (tarros)...	1245	1	77	125	—	87	3	1538
Niños protegidos.....		2454	980	646	1151	938	1064	261	7494

Proporción entre los menores de un año y los alimentados exclusivamente a pecho: 79 por 100.

PROPORCIÓN POR CIENTO DE NIÑOS INGRESADOS EN 1914, SEGUN SU ALIMENTACIÓN.

Consultorios	A. pecho	A. mixta	A. artif.
N.º 1	65.2	13.5	21.3
„ 2	40	23.8	36.8
„ 3	26	14.2	59.8
„ 4	48.5	21.9	29.4
„ 5	50	17.2	32.8
„ 6	24.1	17.1	58.4
„ 7	40.9	16.4	42.7

PROPORCIÓN POR CIENTO DE NIÑOS INGRESADOS EN 1915, SEGUN SU ALIMENTACIÓN

Consultorios	A. Pecho	A. mixta	A. artif.
N.º 1	66	15	19
„ 2	60	17	23
„ 3	38	14	48
„ 4	68	9.6	22.4
„ 5	64.1	8.2	27.7
„ 6	38	24.7	37.3
„ 7	57.6	17.8	34.6

PROPORCIÓN POR CIENTO DE NIÑOS INGRESADOS EN 1916, SEGUN SU ALIMENTACIÓN.

Consultorios	A. Pecho	A. mixta	A. artif.
N.º 1	71	12	17
„ 2	60	24	16
„ 3	55	21	24
„ 4	72	7	21
„ 5	63	14	23
„ 6	51	24	25
„ 7	51	16.5	32.5

PROPORCIÓN POR CIENTO DE NIÑOS INGRESADOS EN 1917, SEGUN SU ALIMENTACIÓN.

Consultorios	A. pecho	A. mixta	A. artif.
N.º 1	74.5	10	15.5
„ 2	61.75	20.75	17.5
„ 3	60	18	22
„ 4	74.5	9	16.5
„ 5	71.5	9.5	19
„ 6	35.5	30	34.5
„ 7	61.5	15	23.5

PROPORCIÓN POR CIENTO DE NIÑOS NIGRESADOS EN 1918, SEGUN SU ALIMENTACIÓN.

Consultorios	A. pecho	A; mixta	A. artif.
N.º 1	74.5	11	14.5
„ 2	77.5	8.5	14
„ 3	71	7	22
„ 4	75	8	17
„ 5	74.25	7.25	18.50
„ 6	41.5	19	39.5
„ 7	56	16.5	27.5

Las cifras estadísticas que anteceden son cifras de conjunto; para interpretarlas exactamente es preciso hacer su análisis. Consideremos, a guisa de ejemplo, los resultados de los Consultorios que han publicado estadísticas detalladas.

Consultorio N.º 1. — *Año 1916:* Del total de los niños ingresados (1190) el 71 por 100 (846) son alimentados exclusivamente a pecho; el 12 por 100 (144) están a alimentación mixta y el 17 por 100 (200) son alimentados artificialmente. Si consideramos sólo los menores de 7 meses (915), el 83 por 100 (759) están a pecho exclusivo; el 7,5 por 100 (69) a alimentación mixta; el 9,5 por 100 (87) a alimentación artificial. Es decir, que 90,5 por 100 de los niños menores de 7 meses son alimentados a pecho total o parcialmente. Mortalidad: 4,7 por 100 de los asistidos. *Año 1917:* Del total de los ingresados (1283), el 74,5 por 100 (959) son alimentados exclusivamente a pecho; el 10 por 100 (126) están a alimentación mixta; el 15,5 por 100 (198) a alimentación artificial. Si sólo tenemos en cuenta los menores de 7 meses (978), el 87 por 100 (849) están a pecho exclusivo; el 5 por 100 (50) a alimentación mixta; el 8 por 100 (79) a alimentación artificial. Quiere decir que el 92 por 100 de los ingresados menores de 7 meses son alimentados a pecho, total o parcialmente.

Consultorio N.º 4. De los 1200 primeros niños ingresados el 61 por 100 (730) están a pecho exclusivo. Si consideramos sólo los menores de 7 meses (809), el 78 por 100 (632) están a pecho exclusivo; el 9,5 por 100 a alimentación mixta (77); el 12,5 (100) a alimentación artificial: Es decir que el 87'5 por 100 de los niños menores de 7 meses son alimentados a pecho total o parcialmente. Mortalidad: 4 por 100. Estos datos corresponden a 1914, 1915 y 1916. *Año 1917:* Del total de los ingresados (413), el 74,5 por 100 (307) son alimentados exclusivamente a pecho; el 9 por 100 (37) están a alimentación mixta; el 16,5 por 100 (69) a alimentación artificial. Si consideramos sólo los menores de 7 meses (270), el 89,5 por 100 (242) están a pecho exclusivo; el 4 por 100 (10) a alimentación mixta, el 6,5 por 100 (18) a alimentación artificial. Es decir, que el 93,5 por 100 de los niños menores de 7 meses son alimentados a pecho total o parcialmente. De los 413

ingresados fallecieron 11. Hubo además otros 9 fallecimientos de niños ingresados en años anteriores. *Año 1918:* Del total de ingresados (548) el 75 por 100 (411) están alimentados exclusivamente a pecho; el 8 por 100 (44) están a alimentación mixta; el 17 por 100 (93) a alimentación artificial. Si consideramos sólo los menores de 7 meses (342), el 91 por 100 (312) están a pecho exclusivo; el 3,5 por 100 (12) a alimentación mixta; el 5,5 por 100 (18) a alimentación artificial. Es decir, que el 94,5 por 100 de los niños menores de 7 meses son alimentados a pecho total o parcialmente. De los 548 ingresados fallecieron 19. Hubieron además otros 10 fallecimientos de niños ingresados en años anteriores.

Consultorio N.° 5. De los 861 primeros niños ingresados durante 1914, 1915 y 1916, el 57 por 100 (491) están a pecho exclusivo. Si consideramos sólo los menores de 7 meses (517), el 79,5 por 100 (411) están a pecho exclusivo; el 8,5 por 100 (44) a alimentación mixta; el 12 por 100 (62) a alimentación artificial. Es decir, que el 88 por 100 de los niños menores de 7 meses son alimentados a pecho total o parcialmente.

Podría argumentarse que estas cifras por favorables que sean no demuestran que se haga el empeño necesario para mantener la alimentación a pecho el mayor plazo posible, dentro de los límites fisiológicos. Considerando esta objeción, el Dr. Bauzá, Director del Consultorio N.° 1, ha hecho una investigación sobre la forma de alimentación de los niños asistentes a dicho Consultorio durante el mes de Agosto de 1916. — « 197 niños en un total de 561 estaban alimentados sólo a pecho (35,1 por 100); 204 a alimentación mixta (36,3 por 100) y 160 a alimentación artificial (28,6 por 100). Es decir, 71,4 por 100 de los niños de 0 a 2 años, tomaban el pecho materno total o parcialmente. Este resultado que puesto frente a las cifras que representan la alimentación a la entrada, podrían no conformar a algun exigente, se modifican favorablemente si consideramos que han concurrido en ese mes 185 niños de 1 a 2 años en los cuales, como es lógico comprender, es la regla de alimentación artificial. De ellos están a pecho 4,3 por 100; alimentación mixta 42, 7 por 100; alimentación artificial 53 por 100 ».

«Si tomáramos sólo en cuenta la alimentación de los niños de 0 a 1 año, tendríamos que 189 sobre 376 tomaban pecho solo, lo que representa el 50,2 por 100; que 125, es decir, 33,3 por 100 estaban sometidos a alimentación mixta y que sólo 62 sobre 376 tomaban alimento artificial, esto es 16,5 por 100. Es decir, *que de 0 a 1 año de edad el 83,5 por 100 de los niños inscriptos tomaban pecho, total o parcialmente.* Vuelvo a repetir que esta cifra es inferior a la realidad, porque la concurrencia de niños de pecho, fué bastante inferior a la normal».

«Más notable es aún el resultado obtenido si analizamos las cifras que corresponden a los niños menores de 6 meses. Concurrieron 184 niños de 0 a 6 meses de los cuales 108 están a pecho (58,6 por 100); 50 o sea 27,2 por 100 a alimentación mixta y 26 o sea 14 por 100 a alimentación artificial. Los 6 niños ingresados y que cumplieron el mes de edad en Agosto pasado estaban todos amamantados a pecho exclusivamente, por lo que se puede ser optimista y se me permitirá afirmar que los Consultorios Gota de Leche organizados racionalmente estimulan la crianza a pecho, y que el hábito de amamantar las madres a sus niños no ha disminuído, sino que por el contrario tiende a aumentar».

La misma investigación hemos hecho nosotros en el Consultorio N.° 4, durante los meses de Enero y Febrero de 1919. Consignamos los resultados a continuación: De los 427 niños que concurrieron al Consultorio durante los dos meses indicados, 231 (54 por 100) se alimentaban sólo con pecho; 74 (17'5 por 100) estaban a alimentación mixta; 122 a alimentación artificial (28,5 por 100). Es decir que el 71,5 de los niños concurrentes (de 0 a 3 años) tomaban el pecho total o parcialmente. Si consideramos sólo los niños menores de 7 meses, obtenemos los siguientes resultados: de los 174 niños menores de 7 meses, 155 (89 por 100) estaban a pecho exclusivo; 9 (5 por 100) a alimentación mixta; 10 (6 por 100) a alimentación artificial. De modo que el 94 por 100 de los niños menores de 7 meses tomaban el pecho exclusiva o parcialmente.

Como se ve por todo lo que acabamos de exponer, la orientación dada a los Consultorios-Gota de Leche es la justa y racional; los resultados del funcionamiento de estos organismos

han sido y son ampliamente satisfactorios y llenan los fines para que fueron creados. Los constantes esfuerzos de los médicos en favor de la lactancia a pecho se ven a menudo seguidos de éxito. El reproche de que estos Consultorios favorecen la alimentación artificial no tiene razón de ser; hemos demostrado plenamente lo contrario; que los Consultorios-Gota de Leche racionalmente dirigidos estimulan la lactancia materna.

En presencia de resultados tan halagüeños debemos felicitarnos por haber incorporado a nuestro medio instituciones de tan grande utilidad y eficacia en la lucha contra la morbilidad y mortalidad infantiles.

La calidad de la leche que debe ser distribuida a los niños en estos Consultorios deja mucho que desear. A este respecto las críticas formuladas son unánimes y conservan aún hoy todo su valor. Nuestro distinguido colega el Dr. BAUZÁ que con todo acierto dirige el Consultorio-Gota de Leche N.° 1, decía ya en su Memoria de 1912: «La leche que utiliza el Consultorio a mi cargo es buena en invierno, pero en verano no es una leche recomendable para niños. No significa esto otra cosa que dejar constancia del hecho que si bien la leche es enfriada después de ordeñada por la tarde, el transporte en ferrocarril, dentro de vagones sometidos a la influencia directa de los rayos solares, transforma este alimento en verdaderos caldos de cultivo, y aún cuando nuevamente a su llegada a la ciudad, esta leche es colocada en cámaras frigoríficas que la enfrían a 5°, las modificaciones experimentadas desde que la leche es ordeñada hasta que llega a la boca del niño, 18 horas después, son de tal naturaleza que la exterilización no podrá hacerlas desaparecer totalmente». Estas críticas las repite en las Memorias posteriores y en su informe sobre «Consultorios-Gotas de Leche» al Primer Congreso Médico Nacional (1916). «Todos los veranos», dice el Dr. BAUZÁ, «durante los días excesivamente calurosos, la leche debe ser rechazada por venir alterada en tal forma que la haría peligrosa al ser utilizada. Como consecuencia de ello, y no pudiendo adquirise en plaza una cantidad que se aproxime a 600 litros que se distribuyen diariamente, las madres deben adquirirla en tambos o lecherías, o reemplazarla por otros alimentos más o menos indigestos».

El Profesor MORQUIO trata el mismo punto en su concienzudo Informe sobre «Proteccion a la Primera Infancia»: hace notar que la leche que se distribuye en los Consultorios «es la leche común destinada a todos los establecimientos de la Asistencia Pública, según contrato establecido. Muchas veces, esta leche que viene de fuera de Montevideo, representa la mezcla de varios tambos hasta completar la cantidad necesaria; la extracción y el primer envase se hacen sin tener en cuenta ningún principio o sujección especial. Ocurre con relativa frecuencia que el proveedor no aporta la cantidad necesaria, porque la leche escasea en esos momentos, y muchos niños se quedan sin el alimento que estaban acostumbrados a tomar. Esta falta de seguridad y de uniformidad, en la alimentación del niño, tiene también serios inconvenientes». Por su parte el Director del Asilo Dámaso Larrañaga, Dr. FRANCISCO VIDAL y CUERVO (1) afirma: «Una dificultad sería para los Consultorios, radica en la provisión de leche, efectuada por proveedores particulares; especialmente durante la estación de los calores, la calidad del producto la convierte muy a menudo en inapta para la alimentación, debiendo rechazarse con el consiguiente trastorno; en invierno la escasez de la leche y ciertsa dificultades de transporte, producen también, aunque con menos frecuencia, irregularidades en los repartos».

Doquiera que existe, el funcionamiento de los «Consultorios-Gota de Leche» se traduce por un descenso progresivo de la mortalidad infantil. Es así que en París la mortalidad de niños menores de un año disminuye de 115 a 94 por cada mil nacimientos vivos; en Berlín de 162 a 116; en Viena de 162 a 140; en Londres de 127 a 113; en Nueva York de 288 a 105. En Buenos Aires, en los últimos cinco años, las cifras han sido: en 1913, 102 por 1.000; en 1914, 96 por 1000; en 1915, 98 por 1000; en 1916, 92 por 1000 y en 1917, 86 por 1000.

¿Qué influencia ha tenido en Montevideo sobre la mortalidad de los niños menores de 2 años el etablecimiento de los Consultorios-Gota de Leche? Montevideo cuenta como ya he-

(1) Informe presentado al Primer Congreso Médico Nacional.

mos dicho con 7 Consultorios desde fines de 1913; anteriormente y desde 1907 sólo existía un solo Consultorio. Para darnos cuenta de la acción de estas instituciones sobre la mortalidad infantil, comparemos la mortalidad antes de 1914, cuando no existían Consultorios o sólo existía uno, con la mortalidad después de 1914, cuando funcionan 7 Consultorios, es decir, un Consultorio por cada 50.000 habitantes.

MORTALIDAD ANTES DE 1914

Promedio de mortalidad en Montevideo de los niños menores de 1 año: 114 por cada mil nacidos vivos en el decenio 1904 y 1913.

MORTALIDAD DESPUES DE 1914

CIFRA ABSOLUTA DE LA MORTALIDAD DE LOS NIÑOS

AÑOS	Menores de 1 año	De 1 a 3 años	Porcentaje de fallecidos menores de 1 año por cada 1000 nacidos vivos.	Porcentaje de fallecidos de 1 a 3 años en relación a la población de niños de esta edad.
1914	1106	275	110	16
1915	1412	433	147	24
1916	1041	402	110	24
1917	993	284	108	17
1918	1110	352	113	21
Promedio del quinquenio 1914-1919			117	20

El año 1915 fué excepcionalmente mortífero y realmente funesto para los niños de Montevideo debido a la intervención de diversos factores de orden climatérico y epidemiológico, agenos en absoluto al funcionamiento de las Gotas de Leche (invierno excesivamente frío, verano precoz y excesivamente caluroso, intensa epidemia de tos convulsa con alta mortalidad).

Si consideramos las cifras del cuadro adjunto, correspondiente al quinquenio 1914-1918, primer quinquenio de funcionamiento de las Gotas de Leche, no observamos ningún descenso de la mortalidad, antes por el contrario existe un ligero aumento pues la mortalidad que era de 114 por 1000 en el decenio 1904-1913, es de 117 en el quinquenio 1914-1918.

Este resultado no puede satisfacernos ni mucho menos, siendo dable esperar mejores resultados en un futuro próximo. Las cifras de mortalidad son aún demasiado altas. Por nuestra parte abrigamos el firme convencimiento de que una vez que hayan sido subsanadas las deficiencias de que adolecen actualmente los Consultorios-Gota de Leche, sobre todo las que se refieren a la calidad de la leche distribuída y a la asistencia de los niños enfermos, los coeficientes de mortalidad deben alcanzar cifras mucho más bajas, comparables a lo que ya se obtienen Buenos Aires, donde el año 1917 sólo llegaron a 86 por 1000.

Una de las más importantes deficiencias de que adolece la organización actual de los Consultorios-Gota de Leche es el modo de practicar la asistencia de las lactantes enfermos: el médico sólo atiende los niños en el Consultorio; en los casos en que la asistencia a domicilio es necesaria por cualquier motivo (gravedad, naturaleza del mal, etc.) ella es prestada por uno de los médicos de Asistencia Domiciliaria. La experiencia ha demostrado que este estado de cosas es inconveniente y que redunda en perjuicio del niño enfermo, quien no siempre es asistido en forma satisfactoria. Pasa bastante a menudo que las madres, desorientadas por no contar más con la asistencia del médico habitual, se entregan a lamentables peregrinaciones por policlínicas y consultorios, con evidente perjuicio para la salud del niño y con el consiguiente desprestigio para la Gota de Leche. No habría sino ventajas en que la asistencia a domicilio fuera también practicada por los médicos de las Gotas: en primer lugar, en especial preparación, pues se trata de médicos que se dedican exclusiva o preferentemente a medicina infantil, cosa que no ocurre con los de la Asistencia Domiciliaria; luego, el médico de la Gota ha asistido en general ya anteriormente al niño y está en posesión de sus antecedente

y de sus particularidades. Tan excelente sería esta solución que ella ha sido unánimemente aconsejada por todos los que se han ocupado de este asunto. (Véase MORQUIO: Protección a la Primera Infancia — 1916 — Congreso Médico Nacional; Asistencia de lactantes enfermos; Primer Congreso Americano del Niño — 1916 — BAUZÁ: Consultorios-Gota de Leche. Congreso Médico Nacional — 1916 — BONABA: El Consultorio Gota de Leche N.° 4.—Sociedad de Pediatría 1917). No se nos oculta que se recargaría la tarea del médico, que es ya excesiva; este inconveniente se subsanaría adoptando una de las dos soluciones siguientes: o bien la subdivisión de los radios actuales más extensos y poblados lo que daría lugar a la creación de una o varias Secciones con sus Gotas correspondientes; o bien aumentando en seis, uno por cada consultorio, el número de médicos y subdividiendo la tarea: uno de los médicos tendría a su cargo la Sección correspondiente del Servicio Externo y la asistencia de los hijos de las amas; y el otro el Consultorio-Gota de Leche, comprendida la asistencia domiciliaria cuando fuere necesario.

Ya hemos insistido suficientemente con acopio de opiniones autorizadas sobre la mala calidad de la leche que distribuyen los Consultorios. ¿Cómo podría subsanarse esta deficiencia de tan fundamental importancia en la alimentación de los niños sanos y enfermos? La cuestión fué tratada en el Primer Congreso Médico Nacional, sancionándose los votos siguientes, que continúan siendo aún hoy, después de tres años de emitidos, sólo hermosas aspiraciones, sin que desgraciadamente se haya hecho lo necesario para convertirlos en realidades.

Son: « Con el objeto de contribuir a la disminución de la mortalidad infantil, la Asistencia Pública debe proveer a los servicios de lactantes, de leche de vaca que reuna las condiciones higiénicas exigidas por la edad ». « Llamar la atención de los Poderes Públicos sobre la necesidad absoluta y urgente de una reglamentación severa en lo referente al abastecimiento de leche, exigiéndose el ordeñe higiénico y el transporte en vagones frigoríficos durante el verano y otorgándose diplomas a los establecimientos que posean las instalaciones más apropiadas ».

«Manifestar el agrado con que se vería la reforma de la organización actual de los Consultorios Gota de Leche, considerando de la mayor utilidad la creación del tambo modelo y del registro de amas de pecho»

Estamos hoy en la misma situación que entonces. Oigamos al Dr. BAUZÁ (Memoria de 1917): «Durante el año 1917, se ha tropezado como en los años precedentes con la deficiente calidad de la leche que se remite. En los meses de verano, fué necesario rechazar muy frecuentemente este producto, por no hallarse en las condiciones exigidas en el contrato respectivo. Ahora bien, no siendo posible en todos los casos su reemplazo inmediato, ha resultado que ciertos días, felizmente pocos, el consultorio no ha podido hacer la distribución de la leche sino incompletamente y alguna vez ha tenido que suprimirla en absoluto. Otras veces ha debido aceptar como apta para la alimentación leche con cierto grado de alteración, porque el contrato no autorizaba su rechazo. La leche aceptada en estas circunstancias terminaba de alterarse en el tiempo transcurrido entre su recepción en el consultorio N.° 1 y su llegada a los otros, sobre todo a los más lejanos. Otras veces, esta descomposición incompleta al llegar el producto a los otros consultorios, avanzaba más en la hora transcurrida hasta que se la sometía a la cocción en el domicilio del niño. Esto dió motivo naturalmente a protestas de las madres y de los médicos, así como a desarreglos intestinales más o menos graves en algunos niños, no siendo posible modificar la situación hasta que se celebró el nuevo contrato, que permite obtener leche en condiciones bastante convenientes, aunque lejos todavía de lo que tenemos derecho de exigir». La solución sería la creación de un tambo modelo con el cometido primordial de proveer a los servicios de lactantes de la Asistencia Pública de «leche especial para niños», es decir, reuniendo las condiciones higiénicas necesarias para la alimentación de la primera infancia. Puede calcularse aproximadamente en unos mil litros diarios la cantidad de leche que la Asistencia Pública utiliza para los niños a su cargo. Mientras esto no se realice, nos parece muy aceptable la idea propuesta por el DR. BAUZÁ de suprimir el reparto de leche y suministrar a las madres bo-

nos, con los cuales podrían adquirir la leche en vaquerías o tambos, que aceptaren el compromiso con la Asistencia Pública, de entregar leche pura recién ordeñada, en condiciones económicas. Al fin de mes, cada una de estas vaquerías presentaría a la Dirección del asilo Larrañaga, una cuenta acompañada de los comprobantes respectivos. Si se aceptase este procedimiento, sólo se elaborarán en el Consultorio N.º 1 las leches especiales, siendo entonces más fácil de obtener 100 o 150 litros de leche fresca, que es la cantidad que diariamente se manipula, que no los 600 o 700 litros que requieren las necesidades actuales.

Otra de las reformas a introducirse en la organización de los Consultorios-Gota de Leche es la generalización de los Concursos de Lactantes con premios en dinero. Estos concursos, que ya han sido establecidos por el Dr. Bauzá en el Consultorio N.º 1 con el más franco de los éxitos, sirven de poderoso aliciente para la concurrencia de las madres y para la inscripción precoz de los niños. Sería de desear que se facilitaran los medios a los demás Consultorios para efectuar también estos concursos. Hemos visto con placer que en el nuevo presupuesto de la Asistencia Pública se destina con este fin para cada uno de los Consultorios una pequeña suma mensual (quince pesos).

Sería también de desear que todos los Consultorios dispusieran de una enfermera-visitadora. Actualmente unos la poseen y otros no. Su misión, de la mayor importancia, consistiría en hacer propaganda en favor de la inscripción de los niños en la Gota de Leche, tratando sobre todo de obtener la inscripción precoz; en visitar los niños sanos dando consejos de orden higiénico y destruyendo prejuicios nocivos; en visitar los niños enfermos cumpliendo y haciendo cumplir las indicaciones del médico; en enseñar a las madres las prácticas elementales de orden higiénico y terapéutico, etc. Como acabamos de ver, serían eficaces colaboradoras del médico. Su acción contribuiría grandemente a mejorar los resultados de la asistencia a domicilio.

Sería igualmente deseable que las Encargadas de las Gotas de Leche poseyeran también conocimientos de enfermeras. Es muy frecuente el tener que practicar pequeñas intervencio-

nes, curaciones, vacunación, anti-reacción a la tubreulina, inyecciones hipodérmicas, etc., que podrían realizar bajo la dirección del médico estas Encargadas si poseyeran los conocimientos indispensables.

El material que proporciona los Consultorios Gota de Leche podría fácilmente utilizarse como ya se ha propuesto para la enseñanza práctica de la puericultura (a los estudiantes de medicina, a las estudiantes de obstetricia, a las madres, a las niñas, etc.). Ya hemos insistido suficientemente sobre el rol que desempeña la ignorancia de las madres y de las parteras en el aumento de la mortalidad infantil. Cursos de puericultura, de índole esencialmente práctica, serían de la mayor utilidad

Existen en el Asilo Larrañaga además de los ya mencionados, una serie de otros servicios que deben citarse en este informe; son: la Policlínica de Lactantes; la Policlínica Médica; la P. Quirúrgica; la Oftalmológica, la Otosinolaringológica; la Odontológica; el Servicio de Medicina y el S. de Cirugía.

PROTECCIÓN POR EL ESTADO DE LOS NIÑOS MENORES DE DOS AÑOS CUIDADOS FUERA DEL DOMICILIO DE SUS PADRES, Y DE LOS HIJOS DE LAS NODRIZAS.—OFICINAS DE NODRIZAS.

Nuestra legislación se ha enriquecido con las sabias disposiciones, recientemente adoptadas, que damos a continuación. Estas disposiciones consagran la vigilancia efectiva, ajencida por la Asistencia Pública Nacional de los niños menores de dos años colocados en nodrizas y de los hijos de éstas. Se crean al mismo tiempo Oficinas de Nodrizas. La finalidad que se propone esta ley no puede ser más elevada, como que es a la vez la defensa del niño cuidado fuera del domicilio de sus padres, niño que sólo por esta última circunstancia está, como lo ha dicho ROUSSEL, y no hay frase más exacta: «en estado de sufrimiento y en peligro de muerte», y la defensa del hijo de la nodriza, hijo que paga tan a menudo con su vida o con su salud el pasaje al nuevo estado de cosas.

He aquí el texto de la nueva ley:

ARTICULO 1.º Desde la promulgación de la presente ley, quedan bajo la vigilancia del Estado, con el fin de velar por su vida y salud, los niños menores de dos años, cuya situación se encuentre comprendida en los incisos siguientes:

A) Los niños colocados en nodrizas, fuera del domicilio de los padres, para ser alimentados a pecho.

B) Los niños confiados a cuidadoras fuera del domicilio de los padres, para ser alimentados artificialmente o para los cuidados generales.

C) Todo niño cuya madre se encuentre colocada de nodriza o que haya recibido en su domicilio otro niño para amamantarlo.

ART. 2.º Toda persona que coloque un niño en nodriza de pecho, o en cuidadora para ser alimentado artificialmente o para los cuidados generales, deberá hacer la declaración correspondiente ante la Oficina de Nodrizas de la Asistencia Pública Nacional a los efectos de la inscripción en el Registro de Niños, y suministrar los datos exigidos por la reglamentación vigente.

ART. 3.º Toda persona que haya recibido en su domicilio un niño menor de dos años a los fines que determina el artículo 1.º de esta ley, deberá cumplir con las formalidades siguientes:

A) Hacer la declaración correspodiente ante la Oficina de Nodrizas de la Asistencia Pública Nacional dentro de los tres primeros días siguientes al de la recepción del niño.

B) Hacer conocer a la Oficina, y dentro del mismo plazo, el retiro del niño o su entrega a otra persona.

C) En caso de enfermedad, dar aviso dentro de las veinticuatro horas a la Oficina a que hace referencia el artículo anterior.

D) Comunicar a la misma, dentro de las veinticuatro horas, en el caso de defunción del niño.

ART. 4.º Sólo podrán colocarse como nodrizas de pecho o recibir en sus domicilios niños para amamantarlos, las mujeres cuyo último hijo tenga más de seis meses cumplidos y que posean, además, un certificado de aptitudes para aquel fin,

expedido por la Oficina de Nodrizas de la Asistencia Pública Nacional.

ART. 5.º No regirán las disposiciones del artículo anterior en lo relativo a la edad:

A) Cuando el hijo de la nodriza haya fallecido, en cuyo caso ésta podrá colocarse en cualquier tiempo.

B) Cuando la persona que quiera colocarse de nodriza sea soltera, viuda o divorciada, no posea medios de vida, y su hijo se encuentre sano y bien desarrollado, en cuyo caso podrá hacerlo después de los cuatro meses cumplidos, siempre que aquel sea alimentado a pecho por otra mujer, por lo menos hasta la edad de siete meses.

ART. 6.º Las nodrizas que quieran recibir en su domicilio niños para amamantar, las personas que deseen tener niños menores de dos años a su cuidado para criarlos con alimentación artificial, y las que tengan a su cargo, para los cuidados generales, menores de aquella edad, deberán poseer antecedentes de honestidad y de buenas costumbres, así como deberán vivir en alojamientos higiénicos.

ART. 7.º Toda persona que quiera tener a su cuidado uno o varios niños para alimentar artificialmente o que quiera colocarse de nodriza fuera de su domicilio o en él, deberá previamente inscribirse en la Oficina de Nodrizas de la Asistencia Pública Nacional, y munirse de un certificado de esta oficina, justificando tener aptitudes, no padecer de enfermedades contagiosas y vivir en un alojamiento higiénico.

ART. 8.º A los efectos del artículo anterior y del artículo 2.º de la ley de 7 de Noviembre de 1910, la Asistencia Pública Nacional creará en la Capital una Oficina de Nodrizas. En ella se llevará además de otros libros, uno que se denominará «Registro de Niños Protegidos», en el que se recopilarán todos los datos que interesen a la ocupación de la nodriza, de las cuidadoras, de los niños menores de dos años y la vigilancia de estos.

También en esta oficina se procederá a los exámenes e investigaciones necesarias para conocer la salud de la nodriza y de su hijo, y demás datos que determina el artículo 7.º de la presente ley.

ART. 9.º En los Departamentos de campaña, la Asistencia Pública creará y organizará las Oficinas de Nodrizas que crea conveniente para la ejecución de esta ley.

ART. 10. Es derecho exclusivo de la Asistencia Pública Nacional, crear, organizar y hacer funcionar Oficinas de Nodrizas, así como autorizar a particulares para la creación y funcionamiento de oficinas análogas, de conformidad con las disposiciones de esta ley. Nadie podrá abrir o dirigir una Oficina de Nodrizas sin la autorización del Consejo Directivo de la Asistencia Pública Nacional.

ART. 11. A los efectos de la presente ley, declárase bajo la vigilancia de la Asistencia Pública Nacional, no pudiendo en ningún caso persona alguna oponerse a ello:

A) Las personas que toman uno o más niños de dos años para alimentar artificialmente o para los cuidados generales.

B) Las nodrizas que amamantan fuera del domicilio de los padres del niño.

C) Los niños inscriptos en el Registro de Niños Protegidos.

D) Las personas encargadas de cuidar los niños y las madres que se encuentren colocadas como nodrizas.

E) Las Oficinas de Nodrizas autorizadas por el Consejo Directivo y todos los intermediarios que se ocupen en colocar niños en nodriza y en cuidadoras para la crianza de niños menores de dos años.

Las personas que se opusieran a la aplicación de lo determinado en este artículo serán susceptibles de las penas a que hace referencia el artículo 13.

ART. 12. Cométese a la Asistencia Pública Nacional la dirección, organización y funcionamiento del servicio de vigilancia e inspección, necesarios para el cumplimiento de la presente ley.

ART. 13. Las infracciones a las disposiciones de esta ley serán penadas con multas de diez a cincuenta pesos, y en caso de reincidencia, con el retiro de la autorización para ejercer de nodriza o cuidadora.

ART. 14. Comuníquese, etc.

Hemos considerado todas las instituciones de protección a la primera infancia existentes en Montevideo.

Diversos otros organismos que responden a la misma finalidad (pouponniéres, cámaras de lactancia en los talleres industriales, institutos de puericultura, cunas temporarias, etc) podrían adaptarse a nuestro medio en las medidas de nuestras necesidades. Una institución sobre todo nos parece de gran utilidad y fácilmente adaptable entre nosotros: nos referimos a las *Cantinas Maternales*. Estos establecimientos fundados en París por COULLET en 1904 sirven gratuitamente de comida a las madres que amamantan sus hijos, sin requisitos ni formalidades. En París existen actualmente más de veinte. En Buenos Aires cuentan ya con cinco, organizados por una comisión de damas. Sería fácil establecerlos en Montevideo; el costo de cada comida es muy pequeño (menos de 10 centésimos). Como lo ha propuesto el Profesor MORQUIO, podrían funcionar en los locales de los Consultorios-Gota de Leche y la comida ser preparada en una de las reparticiones centrales del Asilo Larrañaga. Las madres que por sus condiciones pecuniarias no pueden procurarse una alimentación suficiente la encontrarían en las Cantinas, estando entonces en condiciones de continuar amamantando satisfactoriamente a sus hijos.

LA PROTECCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA EN CAMPAÑA

Puede decirse que fuera de Montevideo no existen obras de protección a la primera infancia en el Uruguay. En efecto, la Asistencia Pública Nacional sólo cuenta con estas instituciones en las ciudades de Rivera y Salto. (1).

La campaña está pues casi totalmente desprovista de ellas.

Esta es la falta más importante de la lucha contra la mortalidad infantil en nuestro país. La cantidad de niños que

(1) En la ciudad de Minas existe una Gota de Leche y Policlínicas de Lactantes, de iniciativa privada, bajo la dirección de la Doctora Tula Bonora de Ricci. Esta institución esta subvencionada desde Agosto de 1917 por la Asistencia Pública Nacional.

mueren en la campaña es considerable: de los 5.000 niños menores de dos años que fallecen anualmente en la República, 1.300 corresponden a Montevideo y 3.700 a la campaña; quiere decir que la mortalidad infantil de la campaña representa los 3/4 de la mortalidad total del país. La misma proprción (3/4) se obtiene si se considera las cifras de los nacidos muertos o la de las afecciones gastro-intestinales. Es hora, pues, de corregir esta deficiencia imperdonable, dotando de obras de protección a la primera infancia a las principales ciudades del interior.

En la sesión de Marzo de 1919, la Sociedad de Pediatría de Montevideo, aprobó un proyecto de su presidente el Profesor MORQUIO por el cual se designan delegados de la Sociedad en las capitales de los departamentos, con el objeto de iniciar en nuestra campaña una activa propaganda destinada a combatir la excesiva mortalidad infantil. La misión de los delegados consistirá en dar conferencias de vulgarización a las madres y a las niñas de las escuelas, en redactar artículos de propaganda y principalmente en interesar al público en esta campaña, buscando su cooperación para la creación de los organismos utilizados en defensa del niño.

He ahí la obra realizada. Representa sin duda un esfuerzo laudable, pero sus resultados son todavía insuficientes. Es necesario perfeccionarla y difundirla; en el curso de nuestro estudio quedan indicadas las innovaciones a realizar y las deficiencias a subsanar. Séanos permitido antes de terminar hacer nuestro el voto formulado por el Profesor MORQUIO y adoptado por nuestro Primer Congreso Médico Nacional:

«Para que la protección a la primera infancia rinda los beneficios a que se debe aspirar, es conveniente que todos los organismos dependientes de la Asistencia Pública Nacional que concurren a este fin, se congreguen y organicen bajo una dirección común, con autonomía e independencia suficientes, de manera que la propaganda y la acción puedan desarrollarse con la amplitud y forma necesarias». En efecto «los diversos elementos que concurren a la protección del niño, se encuentran dispersos y actúan de una manera independiente y hasta

caprichosa, y falta la unidad de acción necesaria al mejor éxito. La protección de la primera infancia es una cadena cuyos eslabones se engranan y se continúan como una consecuencia indispensable. Necesitamos congregar todas nuestras fuerzas, disciplinarlas en un fin común, partiendo de un centro que sea la base de la acción y de la propaganda, lo que permitirá al mismo tiempo que con mayor y mejor conocimiento de los hechos que se quiere combatir, una organización más completa de los recursos y de los medios de defensa que debemos poner en práctica». (MORQUIO.—Informe al Primer Congreso Médico Nacional).

La creación del «Instituto de Protección a la Primera Infancia» con buena organización y amplia autonomía realizaría estas aspiraciones tan legítimas como noblemente inspiradas.

CONCLUSIONES

1.º Para que la protección a la primera infancia rinda los beneficios a que se debe aspirar, es conveniente que todos los organismos dependientes de la Asistencia Pública Nacional que concurren a este fin, se congreguen y organicen bajo una dirección común, con autonomía e independencia suficientes, de manera que la propaganda y la acción puedan desarrollarse con la amplitud y formas necesarias. (Voto adoptado por el Primer Congreso Médico Nacional.—1916).

2.º Las obras de protección a la primera infancia deben proponerse la realización de los siguientes objetivos principales:

Evitar la separación entre la madre y su hijo;

Estimular la alimentación natural;

Enseñar y divulgar la puericultura;

Distribuir leche de vaca que reuna las condiciones higiénicas exigidas por la edad;

Prestar al lactante enfermo la debida asistencia médica.

DISCUSIÓN

El DR. VELAZCO BLANCO aprueba las conclusiones a que llega el Dr. Bonaba. Dice que él crée que la protección a la primera infancia, para que sea eficaz, debe ser dirijida por una entidad oficial, como la Asistencia Públi-

ca, y no relegada a la iniciativa privada, por bien intencionada que sea, pues le faltan medios y recursos. Agrega que la acción de los Institutos de Puericultura, Dispensarios y Cantinas Maternales, así como la de asistencia maternal, debe ser conjunta; que el establecimiento de premios en dinero a toda madre que crie a su hijo en buenas condiciones, es un medio eficaz para difundir la lactancia natural.

O PROBLEMA DA ASSISTENCIA A INFANCIA

PELO DR. ALVARO REIS

14.

(*Da Policlinica de Criancas*)

A complexidade do problema da assistencia a infancia não obscurece os horizontes novos que, parece, surgem para as creanças carecedoras de amparo, tal modo se mostram iniciativas soffregas por fazer alguma cousa de bom, de proveitoso, de efficiente.

São tão difficeis e multiplos os aspectos condizentes a tal problema e pelos quaes deve ser elle enfrentado, que o esforço para esse fim tem de ser vigoroso e resultante de um congraçamento de energias diversas, energias essas das quaes, em sua singularidade, não podem advir proveitos reaes para a collectividade social.

O abandono da infancia, accordam os pensadores, é o mais eloquente attestado da incapacidade de um povo.

O espectaculo vergonhoso de ruas e avenidas opulentamente construidas onde creanças maltrapilhas, andrajosas, em calaçaria viciosa incitam á repressão, sóbe de ponto quando se vê egualmente creanças de tenra edade a definharem impressionantemente nos braços descarnados de mães miseraveis.

A situação da infancia abandonada chegou a mais baixa gradação desmoralizadora e não valem por inadmissiveis excusas de aperturas financeiras para o protelamento de qualquer iniciativa util. Demais, o capital despendido com o amparo da menoridade desvalida, e, não é preciso ir buscar autores que já o tem provado, longe de ser onus pesado na despeza

publica, representa um valor economico incommensuravel em futuro não muito remoto porque centenas de creanças que se sesviam de caminhos viciosos a que os levava a má sorte para enveredar pela róta do trabalho, são centenas de creanças que deixam de ser hospedes fataes das casas correccionaes, tornando-se uteis e productivas. Serão homens com que a Nação poderá contar, para applicação honesta do trabalho util, proveitoso, efficiente, porque seus sentimentos se refinaram, as funcções de sua consciencia despertaram, o seu *eu* moral se formou e o amor-proprio, a honra e o caracter dignificaram suas relações com a collectividade social.

O instincto de conservação collectiva excede ao da conservação individual e o conceito a patria se exteriorisa tal um culto religioso.

As centenas de creanças que vivem em abandono moral serão pela educação transformadas em individualidades sociaes, orientadas na consciencia do dever, na concepção de sua responsabilidade.

Obsoletas embora, inda valem as formulas de KANT, quando affirmava que o individuo é o que delle faz a educação e de LEIBNITZ quando se propunha reformar pela educação em menos de um seculo o caracter de toda a Europa. Continua com todo o esplendor de sua verdade o conceito de Helvetius, dependendo a felicidade dos povos da educação dos individuos emquanto já vae em derrocado o conceito da criminalidade nata com que a escola de LOMBROSO pretendia confirmara a *moral insanity* de PRICHARD.

A criminalidade juvenil, mal grado as doutrinas de FOUILLÉ, de TARDE, de FERRIANI, de RICHARD, de HARDING DAVIS, de LOMBROSO, de SCHELORN e BODIO, opinando que a instrucção crea ambições novas difficilmente satisfeitas pelos actos normaes, inda tem sua prophylaxia baseada na instrucção. A percentagem de analphabetos entre os criminosos fala eloquentemente em seu favor. A influencia da educação e do meio ambiente representam indubitavelmente o maior factor extrinseco no desenvolvimento ethico individual.

OLIVIER LACROYE demonstrou na « Revue de la solidarieté Sociale que a vagabundagem e a mendicidade representam

primordiaes factores de criminalidade infantil. Sobre 3067 creanças delinquentes, menores de 16 annos, 42 % eram vagabundas. Estatistica semelhante apresentou ABANEL em seu livro « Crime dans la famille ».

A falta da influencia familiar concorre especialmente como um dos factores mesologicos, 51 % dos réos adolescentes provinham de familias não primando pela moralidade de conducta, estatistica confirmada por YOLLEY que encontrou entre os criminosos menores apenas 7 a 15 % provenientes de familias honestas e normalmente constituidas. « Sou orphão e pouco me importa morrer na prisão » dizia um criminoso joven e essa phrase eloquente da influencia familiar demonstra efficientemente a necessidade da educação social dos orphãos e dos illegitimos cuja quota no crime se apresenta avantajada.

A solução do problema da assistencia condizente a edade juvenil gyra em torno de uma base unica — a instrucção — ministral-a, disseminal-a, diffundil-a, eis tudo.

As medidas outras que se fazem mister não bastam sem que ellas tenham por escopo concorrerem para a expansão educativa.

A escola representa a mais bella instituição social, a mais fecunda obra civilisadora. E' sobre sua directa influencia que se formam os caracteres em que se exerce a moral publica; é em seu poder que se esteia a prophylaxia racional da criminalidade. A escola é o unico apparelho capaz de prevensão social, pois que só ella tem poder de reducção para as tendencias más e condições para adaptal-as e reformal-as a uma norma de conducta condigna.

O caracter que é fructo da influencia exercida sobre o individuo, é a resultante dos factores mesologicos que sobre elle operam. Não ha, prova-o a experiencia de todos os tempos o caracter immutavel, as tendencias natas que levaram a escola de criminalidade a proclamar a inefficacia da educação como meio efficiente de prophylaxia do crime, reputando como paradoxal a affirmação de que a virtude se ensina quando as acquisições hodiernas provam á saciedade que a virtude se ensina como se ensina o vicio, um e outro consequencias fataes do meio.

A aspiração universal é a lucta contra o analphabetismo por meio de disseminação de escolas e da obrigatoriedade de ensino primario.

E esse é o primeiro passo logico e racional de assistencia a infancia na edade juvenil e o sufficiente quando sobre essa infancia age influencia mesologica sã e digna.

Para a infancia moralmente abandonada não basta a obrigatoriedade de instrucção para tornal-a capaz de caminhar pela boa vereda da vida; é que, ao par da instrucção que recebe, agem os exemplos amoraes, a liberdade que leva ao vicio, o desrespeito que traz a indisciplina social. São os multiplos casos de criminosos instruidos que têm levado auctores a descrer da instrucção como arma de defesa social contra o crime.

Na edade em que se formam os caracteres, em que o *eu* moral se constitue, predominam as influencias mesologicas que actuam sobre o individuo mais demoradamente. Affastado do convivio disciplinar que traz a organisação de familia, arredado da boa ordem social, entregue a seu livre arbitrio, o individuo pubere segue a vereda que se lhe autolha, obedece os exemplos que assiste, submette-se ao meio em que vive.

E' por isso que não basta para a infancia moralmente abandonada a obrigatoridade da instrucção, é mister subtrahil-a ás influencias damninhas, aos ensinamentos perniciosos dos exemplos amoraes. Dahi a necessidade de estabelecimentos de prevenção, de escolas premunitorias, onde ao lado da instrucção, primaria e profissional as creanças nessas condições adquiram habitos de disciplina, de ordem, de respeito e organisação social.

Porque é preciso se distinguir no caso vertente a infancia moralmente abandonada, a que falta respeito á lei, aos costumes, á organisação social por defeito de educação, por ausencia de convivio familiar, por falha de disciplina que levam o individuo a pratica de actos de rebellião contra as boas normas de conducta acarretando tendencias nocivas, habitos de desrespeito, e de desobediencia a todos os principios de organisação das sociedades com as creanças portadores de deficiencia mental, anormaes psychicos, completos ou não, para os

quaes não bastam os meios de educação e que exigem tratamento medico especial.

Para os premeiros as casas de educação, as escolas de prevenção, modificando-lhes os habitos perniciosos, as tendencias malsãs; para os outros as escolas especiaes para anormaes, de organisação medica pedagogica, obedecendo simultaneamente ao duplo fim therapeutico e educativo. Naquellas busca-se prevenir, encaminhar, dirigir; nessas melhorar, tratar, durar, levando em conta os restantes elementos aproveitaveis para a educação e instrucção.

Consoante ás escolas de prevenção como casas de educação, elementos de adaptação disciplinar para os menores moralmente abandonados, isto é, para aquelles aos quaes a falta de habitos familiares póde levar a veredas sombrias e tortuosas e jamais para aquelles que já tenham participado da escola do crime, que respondem por contravenções penaes, a sua organisação não póde e não deve nunca obedecer aos regulamentos rigorosos de disciplina militar. Seria contraproducente que como meio educativo e social se encaminhasse o menor ao qual faltam conforto do lar e exemplo familiar para o regimen de caserna, duvidoso quanto aos seus resultados sociaes.

As escolas de prevenção ou premonitorias, de accordo com o pensamento moderno, devem obedecer ao regimen escolar de internato, devendo os seus funccionarios residir no estabelecimento ou muito proximo delle afim de que aos educandos seja dado assistir e participar do exemplo sempre salutar da organisação familiar. A cooparticipação inconsciente e indirecta do exemplo de familia representa um auxiliar poderoso de educação social; é fazer d'est'arte a prophylaxia da insociabilidade, corollario logico da organisação da caserna, contra a qual se revoltava o Dr. Granjux, em sua conferencia na «Ecole des Hautes Études Sociales» que teve por thema justamente a prophylaxia da insociabilidade.

A pratica da segregação do menor em um estabelecimento disciplinar a guiza de instrumento correccional, é contraproducente como meio educativo; a falta de sociabilidade no periodo de formação de sua entidade moral traz como consequencia ideas tendenciosas de rebellião contra a sociedade de que

jamais participou, ideas que se manifestarão ao sahir do estabelecimento.

A organisação desses institutos differe para os menores delinquentes para os quaes existem as escolas correccionaes, chamadas escolas de reforma — destinadas a corrigir, pela instrucção e pelo trabalho, o caracter pervertido do menor condemnado. A internação do menor em taes estabelecimentos é decretada pelo Tribunal de Creanças ou pelo Juiz Priviativo da Menoridade delinquente, conforme a organisação judiciaria e a durabilidade de sua estadia depende da sentença proferida de accordo com o delicto commettido.

Não é demais insistir neste momento pela necessidade imprescindivel do exame medico-psychologico quer por occasião de internação dos menores nas casas de preservação quer principalmente por occasião da formação do processo a que responde o menor delinquente. Da informação prestada pela pericia medica depende a direcção a dar ao menor. Não poucas vezes o menor delinquente carece de tratamento especial de um instituto de anormaes; não sendo um normal de mentalidade, a sua internação em uma escola de reforma, sujeito as medidas regulamentares que não condizem com seu estado psychico, aggravar-lhe-ha a situação, ao envez de corrigil-a, de melhoral-a.

A assistencia a infancia em edade escolar é dada pela vigilancia exercida pela inspecção medica das escolas, praticada com os mais brilhantes resultados em todo os paizes cultos. Sua funcção pedagogica representa contingente poderoso para o excellente aproveitamento do ensino, ao mesmo tempo que desempenha funcções prophylacticas quanto as molestias infecto-contagiosas e evitateis de maxima relevancia. A selecção dos escolares quanto ao seu gráo de capacidade intellectiva, determinando cursos especiaes para os atrazados pedagogicos ou endereçando os anormaes completos para os institutos a esse fim destinados, é dos seus mais importantes serviços.

Decorre desse mister, a necessidade de escolas especiaes para atrazados e debeis ou simplesmente classes especiaes para essas creanças que não podem, sem gravame para as suas funcções sensoriaes, se adaptar ao ensino das creanças normaes.

Sendo imprescendinsivel aos educandos nessas condições que sómente observação demorada póde constatar, programma de ensino especial do qual sejam abolidas as noções abstractas não apprehendidas por sua percepção demorada ou tardia, é mister para o aproveitamento de sua instrucção e aperfeiçoamento de seu estado mental a existencia nas escolas desses cursos especiaes considerados pela pedagogia moderna como indispensaveis.

Nessa funcção tem a inspecção medica das escolas papel proeminente e benemerito. A lei franceza de 15 de Abril de 1909 é nesse particular satisfactoria e deve ser imitada e adaptada a todas organisações escolares.

A assistencia continua e desvelada quer no tocante a organisação dos programmas de ensino para que elles não sejam excesivos e exigentes em face das faculdades sensoriaes das creanças, quer no que diz respeito á hygiene geral e em particular na sua accepção escolar, quer ainda na observação frequente dos educandos afim de evitar a propagação de qualquer molestia contagiosa ou obstar o proseguimento e facilitar a cura das doenças que tiveren passado desapercebidas aos professores e a familia dos escolares completam a relevancia das funcções da inspecção medica escolar. Como corollario logico desse serviço, vem a baila o seu papel condizente á prophylaxia da tuberculose baseada na predisposição morbida hoje reconhecida, embora ainda discutida e no diagnostico precoce do mal.

Essas creanças não podem e não devem, tal como se faz com os anormaes pedagogicos, permanecer nos estabelecimentos communs de ensino. Para esse fim ha as escolas ao ar livre, as escolas florestaes e os colonias de ferias.

As escolas ao ar livre são destinadas ás creanças em edade escolar que apresentam perturbação dyserasíca de saude com tendencias morbidas para a tuverculose. Foi Baginsky o primeiro pugnador das escolas ao ar livre e o primeiro estabelecimento dessa naturaleza foi a « Waldschule-escola florestal fundada em 1904 em Charlotembourg a 3 kilometros de Berlim, em meio uma floresta de pinheiros.

A instituição das escolas ao ar livre começou assim com o caracter exclusivamente florestal, de excellentes proveitos para as creanças pretuberculosas.

A natureza dessas escolas não exige hoje para todos elles o caracter florestal. Não obstante o seu valor medico, as escolas propriamente florestaes são indicadas para os educandos portadores de tuberculose latente ou mesmo para aquelles que a tenham sob a forma chamada fechada, em que não ha ainda perigo de contagiosidade.

Para os escolares depauperados, para os convalescentes de longas molesstias graves, para os portadores de cardiopathias, para os quaes não convem a estadia nas escolas communs, de ventilação quasi sempre precaria, não ha mister a escola florestal. A escola ao ar livre em meio de um jardim, convenientemente arborisado, dotada de installações especiaes para o indispensavel repouso, preenche os fins a que se destina. Aos resultados a colher do ambiente livre em que permanecem as creanças, coadjuva robustamente o regimen pedagogico especial, de caracter objectivo, sem grandes deveres escolares e no qual têm grande importancia os exercicios physicos moderados mais frequentes.

Ao lado desses preceitos que fazem da escola ao ar livre um apparelho excellente de prophylaxia da tuberculose infantil, a alimentação fornecida ao escolar exerce influencia salutar.

As escolas florestaes, não obstante não o ser o intituto de CHARLOTEMBOURG que serviu de modelo aos outros que lhe seguiram, devem ser de typo internato, não sómente para que as creanças possam lograr os proveitos das noutes calmamente passadas em atmosphera campesina, mas tambem porque as longas viagens para a ida e para a volta, embora cercadas de relativo conforto, accarretam esfalfamento physico, sem fallar em que as creanças de resistencia organica deficiente ficam expostas as mudanças bruscas do tempo.

As colonias de ferias têm por fim proporcionar revigoramento physico os creanças pobres durante o periodo das ferias escolares, dando-lhes um estagio no campo, na montanha ou a beira-mar.

A esses estabelecimentos são destinadas as crianças debeis physicamente afim de que, longe da atmosphera viciada da cidades, possam respirar a plenos pulmões um ar fortificante e puro.

Sem duvida, diz Compayré, em seus «Etudes sur l'ensigment et l'éducation», as colonias de ferias não operam milagres; ellas não se encarregam de refazer em alguns dias temperamentos doentios. Mas contribuem, entretanto, para melhorar sensivelmente a saude dos pequenos colonos de forma que, quando elles voltam para a escola, excellentemente dispostos, bem nutridos, bem asseiados, alegres, vivos, o olhar brilhante, o cerebro povoado de imagens puras e noções sadias, são deserdados da sorte que fazem inveja aos que não o são.

Mas não é sómente a saude physica que aproveita com a estadia no campo; é a saude moral tambem. A creança posta em contacto com a natureza adquire sentimentos novos, habitos de asseio e de garbo, de affeição e gratidão para os mestresa que delles cuidaram durante o temporario exilio.

O Dr. Oswaldo Federici chegou a resultados surprenhendentes, em interessante estudo sobre as creanças pobres levadas á Colonia Appenina Romana.

A permanencia dessas creanças no campo durante 20 ou 30 dias deu-lhes o seguinte resultado:

1.º Crescimento mais rapido e desenvolvimento do corpo;
   a) augmento do peso oito vezes superior ao normal;
   b) augmento de estatura oito vezes superior ao normal;
   c) augmento da circumferencia thoracica doze vezes superior a normal.
   d) augmento ao volume das articulações.
2.º Augmento da actividade cardiaca (a pressão arterial augmentou 25 dias de 8 m/m.).
3.º Augmento de capacidade vital.
4.º Augmento da força muscular.
5.º Melhoria da qualidade do sangue:
   a) augmento do valor hemoglibinico;
   b) augmento do numero de globulos vermelhos;
   c) diminuição absoluta do numero de leucocytos;

d) augmento relativo nas proporções numericas de leucocytos mononucleares em relação aos polinucleares pela diminuição dos ultimos.

6.º Regularidade das funcções gastro-intestinaes, com melhoria da absorpção e assimilação, deduzindo-se esse resultado pela diminuição progressiva das substancias não as similadas e de azoto nas defecções.

7.º Actividade maior do intercambio organico, demonstrado pelo augmento de peso e pela economia progressiva do intercambio de azoto.

Os Drs. ZUBER e ARMAND-DELILLENO 3.º Congresso de Hygiene Escolar, reunido em Paris, em 1910, assim se referem aos proveitos obtidos nas colonias de ferias:

« Les bons résultats de cette cure de campagne se traduisent á la fois par la belle apparence exterieure des enfants, par leur teint coloré, leur entrain, leur vigueur et par une augmentation de poids qui est de 1450 grammes en moyenne e dont le maximum atteint parfois 3 kilogrammes, en même temps que la taille s'accroit de 12 millimetres en moyenne et le périmétre thoracique de 20 millimetres. En étudiant les poids d'enfants pésés deux ans de suite parmi les petits colons, il est interessant de constater, en comparant leur poids avant et aprés le séjour á la campagne, que ces enfants ont fait en ce seul mois plus de la moité de leur augmentation anuelle; il est de même á remarquer que l'accroissement de la taille represente pour ce mois le quart de l'accroissement annuelle normal pour des enfants de cet age ».

Proveitos surprehendentes foram egualmente verificados nas colonias de ferias de Chausseé du Maine, com o augmento de 3 a 4 kilos de peso, de 40 millimetros de estatura e de 80 millimetros de perimetro thoraxico, sendo de notar que os resultados são mais evidentes nas colonias de meninas que nas dos rapazes, conclusão a que chegaram egualmente WARSENTRAPP, QUETELET, COTTINET, MANGENOT, DUBRUSSAY, GELLE, CHEVALLERE, todos emfim que têm estudado cuidadosamente o assumpto.

As conclusões a que chegaram os observadores no tocante aos resultados excellentes que apresentam as colonias de fe-

rias, fazem eses institutos um recurso efficiente de prevenção da tuberculose, tão sómente como tal devem ser tomados e não como elemento de tratamento do mal já declarado. Para o fim therapeutico ha mister estabelecimentos de outra natureza.

Para a instituição de Colonias de ferias ha duas orientações, qual a qual com seus partidarios. Ou a colonia se installa em um estabelecimento a esse fim preparado ou as creanças são collocadas em casas de familia, no campo ou á beira-mar. No primeiro caso, as creanças, vigiadas e dirigidas por pessoal escolar já affeito a esse serviço, não perdem, não obstante a relativa intimidade que resulta da vida em commun no campo, os habitos de respeito, de obediencia e de disciplina, além do que recebem alimentação apropriada ás suas condições de saude, accrescendo ainda que a permanencia de um professor nos campos, nos passeios, nas excursões cuja organisação é de real utilidade, imprime a esses exercicios caracter pedagogico pelo ensejo constante de ensinamentos uteis para acquisição dos quaes o espirito da creança é sempre curioso.

No caso da collocação temporaria das crianças em casas particulares, allegam os seus partidarios que a estadia nessas condições se torna mais agradavel, além de que o espectaculo constante de ordem familiar, de actividade tranquilla e laboriosa exerce salutar influencia sobre os sentimentos affectivos das crianças, recordando-lhes constantemente a casa paterna. E' o processo tutorial usado na Dinamarca e na Inglaterra.

Em se tratando de creanças cujo estado de saude é precario, pois a sua escolha é feita pelos medicos escolares, a permanencia no campo deve estar sob constante vista medica. A sua alimentação, os seus divertimentos, os seus passeios para não se tornarem prejudiciaes requerem vigilancia e conselho immediato do medico o que se tornaria difficil no systema de collocação familiar. As creanças que necessitam de colonias de ferias devem estar sob livre regimen de saude vigiada.

A assistencia á primeira infancia, considerada esta do nascimento aos seis annos de edade, é a parte mais difficil e mais complexa do problema Poucos paizes a têm resolvido satisfatoriamente pela multiplicidade de seus aspectos e isto porque

a assistencia em casos taes para que possa apresentar os resultados aspirados tem de ser portas a dentro, indo ao encontro não pocas vezes aos assaz decantados principios de liberdade individual, de patrio poder e da inviolabilidade do lar, os quaes, se não tem para outras contravenções penaes como sejam os crimes contra a propriedade e contra o individuo regalias e obediencia, são para os problemas condizentes a protecção á infancia a Bastilha inaccessivel a demolir.

O Estado não permitte que violentamente alguem elimine uma criança mas tem duvidas se deve ou não permittir a sua destruição pelos meios brandos e lentos quaes sejam os da falta dos cuidados que ensina a hygiene infantil.

Reconhecendo-se, embora, que essa eliminação a golpes demorados não obedece a moveis inconfessaveise preconcebidos e que antes são fructos da pouca experiencia, de negligencia e de ignorancia, não deixa de ser verdade que a mortalidade infantil é atterradora, impressionante e que carece de medidas energicas e efficientes para diminuil-a.

Aquí, alli, em toda a parte o problema se mostra calamitoso. Ante as cifras que exhiben as estatisticas demographicas não ha logar mais para discussões estereis, sobre se o Estado tem o dever ou não de intervir.

Que importam as theorias e ideaes, si assistimos todos os dias aos quadros mais sombrios da miseria infantil para os quaes urge olhar, pondo barreiras ao estiolamento, ao definhamento das creancinhas, que representam um capital valoroso a aproveitar — ¡ Levamos a incrementar a industria pastoril, a emprenhender medidas protectoras e dispendiosas para o apuro das raças cavallar e bovina, fiscalisamos cuidadosa e carinhosamente a sobrecarga dos muares de tracção e quando chegamos a tratar das criancinhas paramos para discutir, não os meios mais efficientes, mais intensos, mais energicos para protegel-as e assistil-as, mas se o Estado deve ou não se immiscuir em taes questões.

O gongorismo philosophico venda os olhos ao espectaculo impressionante do crescimento da mortalidade infantil e baixa a pensar profundamente nos deveres do Estado e no ideal contemplativo do cooperativismo...

O problema, não ha negar, é complexo e difficil, isso, entretando, não permitte o cruzamento indifferente dos braços. E preciso agir e agir sem titubeios, sem esmorecimentos. Para a complexidade das faces pela quaes se apresenta questão, ha medidas radicaes e eficientes a serem emprenhendidas. O que é necessario e imprescendivel, é que essas medidas sejam radicaes.

A therapeutica da agua morna e das panacéas nãotem lugar aqui (como em parte alguma), porque não resolve o problema.

Não sei porque o Estado tem preferencia para cuidar da segunda infancia e entre nós como em quasi todos os paizes, se multiplica em providencias para attender a infancia moralmente abandonada e delinquente, deixando a primeira infancia em plano secundario.

Mas não está hoje sobejamente demonstrado (e ahí vêm as theorias e as explanações philosophicas...) que é cuidando da semente humana que se poderá apreciar a excellencia do bom fructo humano ?

Que fazemos nós para proteger essa semente, que medidas emprehendemos de assistencia á primeira infancia ? Quasi nada se nos apparece.

E' preciso vulgarisar a hugiene infantil. Onde ¿ Porque meios ? Por discursos e conferencias publicas que as mães pobres, as mães ignorantes não assistem ¿ Por meio de publicações, de revistas, de folhetos que essas mães não leem, ou porque não sabem lêr ou porque não lhes sobra tempo no labor quotidiano ?

A vulgarisação dos principios basicos da hygiene infantil tem de ser feita independente dessa intenção. Ha de ser pelos resultados apreciados em sua applicação e dissiminação despreoccupada e expontanea nos estabelecimentos de assistencia á infancia. Ha de ser pela frequencia a esses nucleos de protecção e pelo espectaculo impressionista do desvelo e do carinho que as creanças merecem.

As mães miseraveis, as mães pobres ante as medidas de protecção que as cercam e seus filhos necessitados, expontaneamente veem em auxilio dessas providencias, coadjuvando-as, secundando-as, pelo instincto sublime da maternidade que lhes é innato.

E' pela instituição de *creches*, de dispensarios e de policlinicas infantis que a vulgarisação de hygiene infantil tem de ser feita.

No primeiro Congresso Americano de Creança que se reuniu em Julho de 1916 em Buenos-Ayres, em modesto subsidio que apresentei ao problema de hygiene infantil e que mereceu acatamento da douta assembléa e uma honrosissima moção de applauso proposta pelo Dr. GENNARO SISTO, pediatra e pedoologista dos mais notaveis, disse:

« Está consagrado hoje em sciencia que o meio mais racional e pratico de se obter resultados no tocante a vulgarisação de preceitos de hygiene da primeira infancia, é abrir consultorios de hygiene infantil, onde as mães vejam e sintam os resultados que advêm do bom regimen aconselhado ao mesmo tempo que recebem o alimento de que necessitam as criancinhas. O exemmplo é tudo. A mãe que vê a balança em que é collocada a creança, registar um peso que se lhe diz ser inferior ao que devêra ter e á qual se mostra as causas que determinaram essa inferioridade, recebe, com soffreguidão e interesse, os conselhos, os ensinamentos que se lhe dá em beneficio da creança ao mesmo tempo que se lhe entrega o alimento e se recommenda o regimen indispensavel. Ao voltar á presença do profissional e a nova pesada constatando resultados, a victoria é alcançada: é uma mãe que se entrega confiante ao tratamento scientifico. A propaganda desses conselhos ella se encarrega de fazer e novas conquistas vão sendo dest'arte adquiridas.

Os resultados alcançados pela propaganda feita em face de cada caso particular que se apresenta, sobrepuja de muito a propaganda feita collectivamente. De resto, já foi esse o voto de um Congresso de Assistencia reunido nesta cidade ».

O principio fundamental da assistencia á infancia e consequentemente de combate á mortalidade infantil em cujas cifras demographicas se apresentam quasi como causa unica as molestias do apparelho digestivo, é a fiscalisação da alimentação da primeira infancia.

A vulgarisação dos preceitos essenciaes de hygiene infantil e a instituição de « gottas de leite « para a boa distribuição do alimento necessario são sem duvida medidas sobre cuja impor-

tancia não se torna preciso insistir, tal modo essão sanccionadas pela pratica.

Não bastam, entretanto. A organisação de *creches* em todos os districtos da cidade para as crianças, filhas de empregadas nos serviços domesticos ou outro labor qualquer no qual lhes seja impossivel leval-os, a obrigatoriedade desses estabelecimentos e de salas de aleitação nos estabelecimentos industriaes em que trabalham mulheres, são complemento indispensavel.

Essas medidas tendo por fim proporconar desvelo e assistencia ás crianços, representam por si elementos de campanha á industria das *criadeiras*, primordial factor da lethalidade infantil.

Para essa campanha que tem de ser sem treguas, a adaptação da « Lei Roussell » pela qual deve ser fiscalisada a criação da primeira infancia, é imprescindivel. Para esse fim, se torna necessaria a instituição de uma « Inspectoria de primeira infancia » que além do serviço de fiscalisação de criação de menores até dous annos em domicilio particular e filhos de pessoa extranha a essa familia, terá a seu cargo a superintendencia de todas as *creches* quer as das fabricas, quer as de iniciativa particular, bem como de todos os estabelecimentos destinados a assistencia e protecção á primeira infancia.

Quando em o anno passado, o eminente e saudoso Senador Alcindo Guanabara apresentou á consideração do Congresso Nacional o seu substancioso e importante projecto de assistencia a infancia abandonada e que pende ainda do estudo das commissões do Senado, foi convocada pelo illustre Desembargador Nabuco de Abreu, presidente do Patronato de Menores, uma reunião das pessoas que tem pugnado e trabalhado pelo problema de infancia, no intuito de estudal-o e suggerir as emendas necessarias. Honrado pelo cnvite e ainda mais pela designação para fazer parte da commissão encarregada desse mister, apresentei a consideração da assembléa um projecto de lei, consubstanciando o que a meu ver se torna necessario para uma efficiente assistencia á primeira infancia, visto como o projecto do Senador Alcindo Guanabara é falho e deficiente nesse ponto.

E' esse proyecto que mereceu attenção e acatamento desvanecedores que ora trago á consideração do 2.º Congresso Americano de Ceança, na presente modesta contribuição ao estudo de problema de assistencia á infancia:

DA ASSISTENCIA AOS MENORES DESAMPARADOS ATÉ 6 ANNOS DE EDADE

ART. 1.º São considerados em estado de desamparo e como tal sobre protecção da auctoridade publica:

a) As creanças abandondas, filhos de paes ignorados, que sejam encontrados na via publica;

b) As creanças, orphãs de mãe e pae, quando não houver outros parentes que os tomen a seus cuidados;

c) As creanças, orphãs de mãe, filhos de união illegitima, quando não houver outros parentes que os tomen a seus cuidados;

d) As creanças, filhos de união illegitima, cujas mães por miserabilidade, não as possam criar.

ART. 2.º E' creado em arrabalde poximo á cidade, um estabelecimento, destinado a:

a) recolher as creanças abandonadas, filhos de paes ignorados, que sejam encontrados na via publica;

b) recolher as creanças, orphãs de pae e mãe, quando não houver outros parentes que os tomen a seus cuidados;

c) receber as creanças, orphãs de mãe, quando não houver outros parentes que as tomen a seus cuidados;

d) receber as creanças, cujos mães, por miserabilidade, não os possam criar, devendo ellas proprios ou alguem por ellas as entregar directamente a administração que tomará os apontamentos necessarios, no sentido de garantir a sua identidade, ficando esses apontamentos archivados sob rigoroso sigillo.

* 1.º Por occasião da tomada desses apontamentos, que será feita o mais discretamente possivel, a administração, para evitar o facil abandono da creança, procurará estabelecer o verdadeiro estado civil da mãe e bem assim o gránde miserabilidade não sendo acceita a creança cuja mãe se ache em condições de continuar a criação de seu filho ou que haja outros parentes que o queiram fazer.

* 2.º A administração dará conhecimento aos Juizes de Orphãos da admissão da creança e bem assim do resultado de informação que obteve para o procedimento legal que no caso couber.

* 3.º Em qualquer occasião, as mães desde de que se julguem aptas a continuar a criação dos filhos, poderão retiral-os do estabelecimento, o mesmo sendo permittido a outros parentes em gráu consanguineo, com o consentimento da propria mãe ou por auctorisação dos Juizes de Oprphãos.

e) receber temporariamente, por auctorisação de auctoridade judiciaria, as creanças a respeito das quaes haja questões judiciarias;

f) recolher as mães indigentes com os respectivos filhos recemnascidos, sendo ellas depois de submettidas a exame medico, serão aproveitadas como nutrizes de seu proprio filho e de outra creança.

* Unico. No caso em que o exame medico apure a existencia da infecção luetica só a outra creança nas mesmas condições poderá amamentar, não sendo permittido que uma creança luetica seja amamentada por nutriz indemne dessa infecção.

Art. 3.º Na secção lactentes do estabelecimento serão admittidas as mães nutrizes de que falla a lettra *f*) do artigo anterior. Na falta de nutrizes nessas condições, só serão admittidas nutrizes cujos filhos tenham fallecido, submettidos sempre a previo exame medico.

* Unico. No intervallo das horas de amamentação, essas nutrizes serão aproveitadas nos diversos serviços do estabelecimento, recebendo por esses serviços um pequeno salario.

ART. 4.º No caso da lettra *c*) do artigo 2.º quando o pae fôr valido ou quando outros parentes o queiram fazer, não podendo por motivos que allegarem tomar a seu cargo a criação do internado, será cobrada uma mensalidade rasoavel. O mesmo acontecerá no caso da lettra *b*) do art. 2.º quando houver parentes e esses allegarem não poder tomar conta da creança e no caso da lettra *c*) no qual a mensalidade correrá por conta das custas do respectivo processo.

ART. 5.º A administração poderá de accordo com a Inspectoria Geral da Primeira Infancia, collocar fóra do estabelecimento as creanças, cuja saude compromettida constituir perigo ás outras creanças do estabelecimento, fixando-se o auxilio pecuniario para esse serviço.

ART. 6.º Para entretenimento das creanças, dando lhes relativos habitos de disciplina e ordem, serão organisadas no estabelecimento classes maternaes podendo ser encarregados des e mister profesores designados pela Directoria de Instrucção Publica Municipal.

ART. 7.º A secção — lactentes — do estabelecimento será completamente separada do corpo do estabelecimento e corresponderá á organisação modelar indispensavel para assistencia da primeira infancia.

ART. 8.º Nos serviços do estabelecimento sempre que fôr possivel terão preferencia as asyladas desligadas por supprimento de edade dos estabelecimentos de assistencia.

ART. 9.º Quando os menores, exceptuando os casos das lettras *e*) e *f*) completarem a edade regimental para a sua permanencia no estabelecimento e não forem legalmente retirados, a administração officiará ao Juiz de Orphãos, no sentido de serem elles removidas para outro estabelecimento.

DA INSPECTORIA GERAL DA PRIMEIRA INFANCIA

ART. 10. E' creada «Inspectoria Geral da Primerira Infancia», composta de um inspector geral, auxiliado por tres ins-

pectores ajudantes, que, além de serviço de fiscalisação da criação dos menores de dois annos em domicilio particular e filhos de pessoa extranha a essa familia, terá a seu cargo a superintendencia das *creches* quer das fabricas, quer as de iniciativa particular, bem como de todos os estabelecimentos destinados a assistencia e protecção á primeira infancia.

* Unico. O estabelecimento creado pela presente lei, destinado a assistencia á infancia desamparada até 6 annos de edade, fica egualmente sob a superintendencia da Inspectoria Geral da Primeira Infancia.

ART. 11. A Inspectoria Geral da Primeira Infancia superintenderá e fiscalisará todos os estabelecimentos de assistencia á primeira infancia não sómente sob o ponto de vista medico-socialmas, tambem sob o ponto de vista economico desde que recebam auxilio ou subvenção official.

Para recebimento dos auxilios ou subvenções de que trata a presente lei, concedidos ás instituições e estabelecimentos de iniciativa particular destinados a assistencia a primeira infancia, a Inspectoria Geral da Primeira Infancia dará parecer, opinando sobre a subvenção e sobre os auxilios que directa ou indirectamente possa o governo prestar.

ART. 12. A Inspectoria Geral da Primeira Infancia que será o instrumento intermediario entre as instituições de assistencia á primeira infancia e o governo, apresentára annualmente um relatorio ao Ministro do Interior sobre todos os seus serviços bem como sobre os estabelecimentos e instituições de assistencia que superintende e fiscalisa.

* Unico. Das decisões e resoluções da Inspectoria Geral de Primeira Infancia haverá, por parte das instituições de assistencia á primeira infancia, recurso para o Ministro do Interior.

ART. 13. E' licito aos particulares, pessoas ou associações leiga ou religiosas, instituir creches, dispensarios, hospitaes para creanças, recolhimentos para recem-nascidos, asylos-escolas para menores de seis annos, escolas maternaes ou quaesquer outros estabelecimentos de assistencia á infancia com a condição de não terem em mira lucros pecuniarios, de se sujeitarem a fiscalisação da « Inspectoria Geral da Primeira Infan-

cia» e de os moldarem ás disposições regulamentases imanadas dessa Inspectoria.

* 1.º Essas instituições gosarão de isenção de impostos federaes e municipaes, quaesquer que sejam, dispensa de direitos aduaneiros e de expediente para instrumentos, apparelhos, objectos de uso que importarem ouvida sempre a Inspectoria Geral da Primeira Infancia.

A essas instituições serão concedidas as subvenções annuaes que forem fixadas na lei orçamentaria de despeza.

* 2.º Nos districtos da cidade em que não houver creches de iniciativa particular, a Inspectoria Geral da Primeira Infancia deverá promover a sua organisação, de forma que em todos os districtos haja pelo menos um estabelecimento dessa natureza. Para auxilio da manutenção dessas créches poderá ser cobrada pela estadia da creança a importancia de 500 réis diarios.

ART. 14. Os estabelecimentos industriaes de qualquer natureza em que trabalharem mais de dez mulheres, são obrigados a manter uma créche que será disrigida pelo medico do estabelecimento e sob immediata fiscalisação da Inspectoria Geral da Primeira Infancia. Para auxilio da manutenção dessas créches poderá ser cobrada a importancia de 500 réis diarios pela estadia de cada creança.

* Unico. Esses estabelecimentos são obrigados a conceder ás mulheres que deixarem os filhos na créche 15 minutos de licença para amamental-os em cada tres horas de trabalho.

ART. 15. Para as creanças que não tiverem leite materno as créches fornecerão a alimentação necessaria, de accordo com os preceitos de hygiene infantil.

ART. 16. Pessoa alguma poderá receber para criar menor ou menores de dois annos sem o communicar a Inspectoria Geral da Primeira Infancia, que exercerá vigilancia constante sobre essas creanças, fiscalisando e determinando o regimen hygienico.

* 1.º Ninguem poderá, sob pretexto algum, impedir a Inspectoria Geral da Primeira Infancia de exercer essa funcção

ou burlar por qualquer forma o sua acção, sob pena de multa de $ 200.000 ou prisão por oito dias;

* 2.º As pessoas que receberem creanças menores de dois annos para criar e não fizerem a devida commmunicação ou mudarem de residencia sem participar á Inspectoria Geral da Primeira Infancia será infringida a multa de $ 100.000 á $ $ 500.0000 ou prisão de 5 a 15 dias.

* 3.º Essas multas que serão recolhidas ao Thesouro Nacional, constituirão um fundo especial destinado a auxiliar a manutenção das créches e estabelecimentos de assistencia á primeira infancia.

* 4.º Quando a Inspectoria Geral de Primeira Infancia tiver conhecimento de que existe um lactente se creando mercenariamente fóra do domicilio de sua propria mãe, imporá a multa determinada pelo presente lei, cabendo a pessoa denunciante a metade dessa multa.

* 5.º Quando a Inspectoria Geral da Primeira Infancia tiver conhecimento que uma creança menor de seis annos está em abandono ou victimada por máos tratos, não obstante ter pae valido, officiará ao Juiz de Orphãos para o processo criminal que no caso couber (art. 2.º Titulo 1.º da lei Alcindo Guanabara) ou para a imposição da multa de que trata a presente lei (* 2.º, art. 26, titulo 1.º da lei Alcindo Guanabara).

O artigo 2.º Titulo I da lei Alcindo Guanabara diz.

ART. 2.º Decaheim do patrio poder em relação a taes menores:

1.º . . .

2.º O pae ou mãe que castigar immoderadamente os filhos;

3.º que os deixar em abandono.

4.º . .

O artigo 3.º legisla sobre o processo judiciario em taes casos.

O * 2.º do Art. 26, Titulo III da mesma lei diz:

* 2.º Verificado que o menor tem pae valido ou em condições de educal-o e que não obstante o deixa em abandono, o Juiz applicará áquelle a pena de multa de $ 100.000 á $ 500.000 ou a de prisão de cinco a 15 dias.

ART. 16. Quando a Inspectoria Geral da Primeira Infancia verificar que qualquer estabelecimento ou instituição de assistencia á primeira infancia está desvirtuando os seus fins ou deixando de acatar as resoluções das determinações que houver feito, representará contra ella ao Ministro do Interior, com o fim de serem cassados os auxilios e subvenções officiaes, podendo em caso extremo, determinar o seu fechamento.

***

Ao lado dessas medidas o projecto que ousei apresentar a consideração da douta commissão encarregada de estudar a lei Alcindo Guanabara, sem duvida outras ha, importantissimas que integralisariam e completariam a cruzada benemetrita da protecção e assistencia á infancia, e muitas dellas já fazem parte de outros projectos em estudos no Congresso Nacionl, taes como a protecção a mulher gravida, a regulamentação do trabalhos dos menores e das mulheres, da auctoria do operoso deputado Dr. MAURICIO DE LACERDA e que pendem ainda de discussão e approvação.

Não tendo em mira este modesto subsidio ao estudo do problema de assistencia á infancia, cogitar da creança doente e do papel da assistencia á infancia nessas condições não vem a proposito quaesquer considerações quanto á organisações de policlinicas, de hospitaes para crianças. A asistencia, sob o ponto de vista social, da infancia pobre é o mais elevado padrão por que se póde avaliar do cultivo e do graú de civilisação de um povo. Infelizmente estamos ainda muito aquem desse ideal. Dia, porém, virá e não está muito longe esse resurgimento, prque, ainal, os governos hão de se capacitar de que a creança é um factor social de valor incommensuravel e como tal tem de ser objeto de continua sollicitude nos paizes, ciosos de sua nacionalidade e dignos de sua cultura.

Rio de Janeiro, Abril del 919.

EM PROL DE GERAÇAO DE AMANHÃ — UTILIDADE DA CREAÇAO DO «DEPARTAMENTO DA CREANÇA» NO BRASIL

102-127-164.

PELO DR. MONCORVO FILHO

Director-Fundador do Instituto de Protecção e Assistencia á Infancia do Rio de Janeiro, Chéfe do Serviço de Pediatria da Policlinica Geral do Rio de Janeiro, Presidente e organisador do Comité Nacional Brazileiro do I Congreso Americano da Creança.

A CREANÇA? A VERDADEIRA CRUZADA DE DEFEZA NACIONAL.

I.

Não se sabe bem porque até hoje nos mantemos a espera da organisação da nossa Assistencia Publica. Si ha ramo social em estado de desorganisação entre nós, força é confessar, é esse que se refere ao apparelhamento do soccorro systematisado á creança, ao adulto, ao velho e aos doentes.

As nações mais civilisadas do globo já mantêm, algumas até desde longa data, a melhor organisação da sua Assistencia o que muito tem concorrido para o melhoramento da vida, o confôrto das populações, a diminuição das doenças e uma sensivel reducção da mortalidade.

De tempos a tempos surgem no Brazil iniciativas desta ou daquella natureza tendentes á esse fim, mas infelizmente, longe de lograrem o exito almejado, não tem passado de movimentos esporadicos, cahindo logo depois no olvido.

Ultimamente no entretanto, graças á uma tenacidade de alguns philantropos e scientistas, acção que tem sido proficuamente secundada pela imprensa, movida não só pelo grande progresso naquelle sentido operado nos paiszes cultos, como tambem diante dos casos a cada passo em nosso meio succedendo-se e impondo as mais radicaes medidas, já se vae percebendo que mais longe já estivemos da organisação da nossa

Assistencia Publica, tão necessaria e tão importante ao nosso progresso social.

Verdade é que a propria França e a Argentina, onde a organisação é, sinão modelar, pelo menos profundamente ordenada e de effeitos assaz proveitosos na pratica, só poude rejubilar-se de possuil-a apoz uma serie de projectos e demoradas discussões orientando os Poderes Publicos no sentido desejado.

Lembremo-nos porém que isso se passava em uma epóca remóta. Hoje, que os estudos se diffundiram, as estatisticas demonstraram o merito dos serviços, os exemplos conquistaram as actividades e os resultados se mostram em vibrante evidencia, licito não é que continuemos nessa eterna inacção, a soffrer as consequencias da nossa desidia, sentindo-as diariamente pela absoluta desorganisação dos nossos serviços de beneficencia publica.

Uma serie já não pequena de Congressos levados a effeito em nosso paiz: os Brazileiros de Medicina e Cirurgia, o Medico e o Scientifico Latino-Americano, os regionaes de Medicina, o especial de Assistencia Publica em 1908 e finalmente o 1.º Congresso Americano da Creança, recentemente realisado em Buenos-Ayres, mas com um facto contingente nosso, todos mais ou menos occupando-se do assumpto e alvitrando medidas que nos conduzissem a uma bôa organisação da Assistencia, sem duvida hão contribuido, com a abundante mésse de esforços de conferencistas varios, jornalistas e propagandistas da auspiciosa ideia, para o inilludivel interesse com que, até mesmo no Parlamento Brasileiro já se discutem multiplas questões referentes ao assumpto da ordem do que nos occupa.

Não fossem uns tantos entraves de ordem administrativa, em que os intresses em jogo hão feito esboroar planos bem architectados, já teriamos, desde alguns annos atraz, pelo empenho e bôa vontade do actual e honrado Dirctor de Hygiene Municipal, o Snr. Dr. Paulino Werneck, uma modesta mas util organisação de Assistencia Publica no Districto Federal, feita intelligentemente e sem maior despeza, graças ao aproveitamento das bôas instituições de caridade scientifica que possuimos e dest'arte ficaria esboçado o apparelhamento da assistencia geral pela puericultura, pela protecção das crean-

ças, dos adultos, dos velhos e dos doentes, terminando pela assistencia aos mótos. Era assim fechado o cyclo da magnanima Obra a qual ligaria o nome do seu autor á uma perenne gratidão nacional.

As costumadas injuncções que em nossa terra entravam qualquier ideia bõa foi, ainda dessa feita, a causa de ficar tudo como dantes, a despeito das constantes reclamações dos orgãos da imprensa e até mesmo de representantes da Nação.

Emquanto se espéra, embora anciosamente, a hora feliz da organisação da nossa Assistencia Publica, para a qual já contamos seja dito em bem da verdade, com elementos de grande valor, imperioso é que não se retardem as mais promptas medidas em favor da protecção á infancia, em toda a parte um dos mais cuidados departamentos d'aquella.

A preoccupação com semelhante problema incide no da verdadeira defeza nacional, porque, a par do combate ao analphabetismo, nenhum outro vejo mais importante, de resolução mais premente do que esse de que dependem directa e indirectamente todas as fontes de progresso e de desenvolvimento do paiz.

Cuida-se do gado, cuida-se das plantas e das arvores, cuida-se da immigração, procurou-se extinguir a febre amarella, o que se conseguiu em nossa Capital, trata-se de todas as questões economicas e financeiras que conduzam a nossa patria á uma situação folgada de prosperidade, mas, pergunto eu, porque não se encara, seriamente e sem desfallecimento, o problema da infancia, que é a base da vida da sociedade, que é o esteio da prosperidade de qualquer nação, que é emfim o ponto de mira de todos os bons economistas e dos homens de Estado ?

A historia dos povos revela-nos que, de todos os tempos, nas epocas de difficuldades, é sempre no carinhoso amparo da infancia que se encontra o restabelecimento do equilibrio social, o bem estar da existencia.

Nota-se actualmente no Brazil certa preoccupação pela infancia; ha uma corrente de opiniões para que se a cerque do zelo necessario, do carinhoso agazalho que deve merecer. São porém movimentos algo desordenados, vózes que se perdem

sem a orientação precisa e, ao lado disso, resaltam esforços de valor de alguns luctadores que esbarram ante a desorganisação dominante.

Já se encontra mesmo o que annos atraz era um mytho: estadistas dedicados a causa da infancia e dispóstos á uma acção firme desde que haja uma decisiva resolução dos poderes dirigentes do paiz.

Devem ser com orgulho citados os serviços nesse sentido prestados pelo Dr. ALFREDO PINTO, quando Chefe de Policia, a quem se deve a ceração do Azylo de Menores Abandonados, pelo General Serzedello Correa, que, como Prefeito do Districto Federal, iniciou no Brazil sob minha inspiração, o Serviço de Inspecção Medica Escolar de que fui o organisador e seu Chefe e no Rio de Janeiro os primeiros Jardins de Infancia, pelo Marechal Hermes que como Presidente da Republica doou vasta zona de terreno para a construcção do futuro predio do Instituto de Protecção e Assistencia á Infancia do Rio de Janeiro e finalmente pelo Senador Alcindo Guanabara. batendo-se pela protecção official da infancia delinquente.

O actual Ministro do Interior, Snr. Dr. CARLOS MAXIMILIANO quando o Brazil, ainda ha pouco, de módo tão brilhante cooperou para o 1.º Congresso Americano da Creança, realisado em Buenos-Ayres, poz em relevo o seu alto interesse pelo nosso adiantamento no tocante a assistencia á Infancia bem comprehendendo, atravez de seu culto espirito, ser esta uma tarefa verdadeiramente scientifica.

O Dr. PEREIRA LIMA, muito digno Ministro da Agricultura acaba de ligar o seu nome á uma iniciativa em pról da infancia que vae sendo realisada, como era de espear, com os mais satisfatorios resultados, e por isto, terá, de certo, a consagração da gratidão nacional; referimo-nos a creação dos «Patronatos Agricolas para Menores» ideia em bôa hora imaginada pelo Dr. DULPHE PINHEIRO MACHADO, funccionario superior daquelle Ministerio.

Contando com todos esses elementos, conscio se deve ficar de que não tardará chegar o momento para nós de uma melhor situação social.

FACTORES NEGATIVOS DO NOSSO DESENVOLVIMENTO —A NUPCIALIDADE BRAZILEIRA —A HISTORIA E OS CASAMENTOS.— VARIABILIDADE DO NUMERO DE CASAMENTOS EM NOSSO TERRITORIO.—INFERIORIDADE DO RIO DE JANEIRO EM RELAÇAO A OUTRAS CIDADES DO MUNDO.

II.

«Dans le monde moderne, on s'est preoccupé d'une question grave entre toutes: le sort des enfants...» com verdade e calor adduzia Semichon nas bellas paginas de seu livro sobre a historia das creanças abandonadas;

Tinha rezão o illustre scientista ao escrever taes palavras. O problema da infancia, além de ser dos mais importantes em uma nação, tem a girar em torno de si uma infinidade de questões muito de perto se relacionando com o progresso moral e material do paiz.

Antes de referir-me ao analphabetismo, imperioso se torna tratar de alguns factores de ordem demographica, embora summariamente, mas que bem retratam a nossa actual situação.

Começarei pela *nupcialidade*.

Eis un dado demographico em cujo estudo muito haveria a respigar, si a indole destas despretenciosas notas o permittisem, porque a elle se prende, com o conhecimento dos maleficios das heranças, a condemnação da união dos tuberculosos, dos portadores de avaria ou dos a alcoolatas. Entre os póvos antigos, no tempo dó paganismo por exemplo, as legislações favoreciam os matrimonios e as numerosas progenituras e eram rendidas respeitosas homenagens á mulher pejada ou áquella que amamentasse o filho.

Os antigos cultuavam evidentemente a maternidade e os povos primitivos não só ignoravam os recursos para o impedimento da fecundação, mas ainda nutriam um verdadeiro horror á esterilidade, considerando até a mulher esteril um ente despresivel.

Tudo quanto de mais subleme existia nessa epoca era poder alguem aconchegar ao seio um filho;

Segundo Ionnerat, «os indios estão convencidos de que os deuses só lhes concederam a existencia para a funcção da reproducção, considerando a esterilidade uma terrivel maldição».

A historia dos povos prova, porém, que a medida que a civilisação e o progresso caminharam, a par do desenvolvimento intellectual, pouco a pouco se foi revelando a tendencia de diminuir a familia, tornando-se até o facto assaz exaggerado em nossos dias.

O grande Bertillon, graças á sua competencia, poude restabelecer o seguinte postulado: «A nupcialidade é o barometro mais seguro para aquilatar-se do estado mental de uma sociedade; quer dizer que felicidade ou infortunio, abundancia ou pobreza, esperanças ou descrenças, se traduzem logo pelo augmento ou diminuição do numero de matrimonios».

Não será demais tambem addicionar tambem ás causas que influem sobre a cifra dos casamentos a perversão dos costumes, o analphabetismo e outras.

Foi Huffelmann quem, com a maior clarividencia, procurou demonstrar que a diminuição dos matrimonios e dos nascimentos em um grande numero de paizes em via de decadencia, estava na dependencia menos da alimentação deficiente do que do relaxamento dos costumes, o desejo desenfreado de gósos, o menospreço pelo casamento.

E o illustre hygienista prova-o com os factos e os alagarismos.

Agóra á esses factores ha mais a juntar as deploraveis consequencias da terrivel guerra que ensanguenta de maneira tão cruciante o sólo de uma grande parte da Terra.

***

A situação do Brasil sob o ponto de vista da nupcialidade não póde ser conhecida como seria de desejar, proquanto infelizmente é sobremódo notoria a escassez de dados demographicos em relação a totalidade de territorio brasileiro, antes sendo permittido estabelecer-se dados mais seguros em relação a Capital Federal.

A inspecção do quadro consignado no Annuario Demographico de 1914 exalta, como os anteriores já o haviam demons-

trado, a extrema variabilidade da cifra da nupcialidade nos differentes Estados do Brasil, sendo interessante verificar-se em relação a 1.000 habitantes, coefficientes que variam entre 1.0 para Belem (Pará) e 17.94 para Victoria (¡), achando-se o Rio de Janeiro com o dado percentual de 5.41.

Ha uma circunstancia que os meus estudos fizeram conhecer: é que o coefficiente da nupcialidade em nosso paíz se apresenta progressivamente crescente do Norte ao Sul.

O coefficente de 5.41 registrado para o Districto-Federal mostar-se-ha sobremódo exiguo se se o contrastar com o de outras cidades do mundo: (Montreal, Washington, Paris, Berlim e Berba variando entre 11.98 e 10.18, Buenos-Aures: 9 30, Londres: 9 16 e Montevidéo: 7.46).

Abaixo da cifra encontrada para o Rio de Janeiro só estão as de S. Fé de Bogotá (5.00) Mexico (2.68) e Assumpção (2.24).

Não se póde precisar, no tocante a nossa Capital, quaes as causas positivas dessa inferioridade. No entretanto consolanos o facto de verificar-se um augmento progressivo, de alguns annos a esta parte, do algarismo dos casamentos:

De	1897 a 1901	.	4.14	para	1.000
„	1902. .1906	.	4.70	„	1.000
„	1907 „1911	.	5.39	„	1.000
Em	1913		6.63	„	1.000

N'esse progresso crescente do coefficiente da natalidade em 1914 uma baixa a 5.41 a que Sampaio Vianna (Annuario de Estatistica Demographo-Sanitaria-1914) com muitos foros de razão attribue a crise economica e financeira ajudada pelo rompimento da guerra européa.

Bulhões Carvalho (1895) commentando o escasso algarismo da nupcialidade nesta Capital appellava para o fraco cruzamento das raças em nosso paiz á par do pequeno contingente de casamentos entre estrangeiros. Penso que á influencias varias do meio em que vivemos se deva juntar: a difficuldade de vida, a ignorancia e particularmente o analphabetismo em tão larga escala dominando, maxime no interior do territorio brasileiro.

Na Republica Argentina, ao contrario do que se observa aqui, o elemento estrangeiro muito concórre para o augmento da cifra dos casamentos.

O factor nupcialidade em qualquer paiz rpresenta um papel assáz importante en em se tratando do nosso desenvolvimento social, seria para desejar fôsse elle bem estudado, tanto mais quanto medidas de ordem hygienicas delle se deduzem para o progresso e a civilisação dos póvos.

A NATALIDADE BRAZILEIRA.—A FALTA DE UMA BOA ESTATISTICA A VARIABILIDADE DA NATALIDADE NOS DIFFERENTES TERRITORIOS DO PAIZ.—O FRACO ALGARISMO DOS NASCIMENTOS NO RIO DE JANEIRO.—AS CAUSAS PROVAVEIS DESTA SITUAÇÃO: A AVARIA, A TUBERCULOSE, O ALCCOOLISMO, A FALTA DE PROTECÇÃO A' MULHER E DE LEIS, A ILLEGITIMIDADE DAS UNIÕES, A MISERIA, O ABORTO CRIMINOSO, ETC. ETC.

III.

Pela mesma razão adduzida quando me referi a nupcialidade, a *natalidade* brasileira bem difficil é de poder-se afferir com segurança, sobretuddo por serem muito falhos os subsidios da estatistica estadual.

O estudo comparativo do quadro demographico de 1913 faz conhecer, como alliás sempre tem succedido em anteriores estatisticas, ser muito variavel o algarismo dos nascimentos por 1.000 habitantes nas differentes cidades brazileiras, oscilando por exemplo entre Parahyba do Norte, onde se encontra o coefficente de 5.7 e Curityba que teve o dado percentual de 39.1 achando-se o Rio de Janeiro com o de 29.4.

O mesmo que se dá com a nupcialidade póde-se observar com relação a natalidade: a cifra desta augmentando progressivamente do Norte ao Sul do Brazil.

Haverá para isto explicação ¿ Acaso não será razoavel appelar para a influencia do clima ? Si assim for, licito será poder-se concluir pela maior fecundidade nas zonas menos quentes.

Procurando-se estabelecer a comparação da cifra da natalidade do Districto Federal com a de outras cidades do mundo, tem-se a registar uma certa inferioridade da nossa Capital, restando, porém, o consolo de que ella se tem mantido equilibrada e até por vezes augmentada, parallelamente ao crescimento da nossa civilisação e do nosso progresso material, contrariamente mesmo ao que se observa em outros centros civilisados.

Em 1864 o coefficiente da natalidade para mil habitantes era de 26.60 e em 1914 de 29.47.

Não se conhece bem a causa da inferioridade da natalidade desta Capital.

Tempo houve em que se appellára para as suas condições sanitarias, o desenvolvimento de doenças epidemicas, etc. Esta insalubridade, porém, em relação á febre amarella e outras desapparecen com a transformação porque passou a cidade e as medidas hygienicas póstas em pratica.

Ter-se-ha que admittir então como possiveis factores d'essa situação a propagação crescente da avaria e da tuberculose, o flagello do alccoolismo sempre augmentando entre nós, a ausencia completa, em nosso meio, da protecção á mulher pejada pobre e de leis de regulamentação do trabalho na industria, illegitimidade das uniões, a miseria, o aborto criminoso, etc., etc.

No segundo semestre de 1914 a natalidade da Capital da Republica entrou a declinar e isso é explicado pelas causas de ordem geral conhecidas e que influenciaram em todos os factores demographicos.

Essa serie de considerações aqui feitas a proposito da natalidade de nossa terra, problema que exige as maiores attenções de parte dos nossos homens publicos, vem com clareza demonstrar que precisamos muito e muito dirigir as nossas vistas para o estudo desse e dos demais factores sociaes que se prendem ao bem estar e a felicidade da nação, afim de que na situação difficil que óra atravessa, o Brazil não se deixe, pelo abandono e pela desidia, decahir para uma collocação inferior entre os paizes que caminham na vanguardia da civilisação.

Os cuidados da puericultura são imprescindiveis e a estatistica de Pariz nesse sentido é eloquente.

Entre as mães pobres alli assistidas na Maternidades ou pela Assistencia Publica verificam-se, a despeito da guerra, as seguintes percentagens comparativas:

No anno anterior á guerra	78.5 %
No 1.º anno de guerra.	93.3 %
No 2.º anno de guerra	95.2 %
Media dos trez annos	89 %

A MORTALIDADE DAS CREANÇAS.—QUAES AS CAUSAS QUE TEEM INFLUIDO PARA DIMINUIR O OBITUARIO INFANTIL ENTRE NÓS.—AINDA E' ENORME O COEFFICIENTE DOS QUE MOREM NA PRIMEIRA EDADE.—O QUE VALE A CAMPANHA DE PROTECÇÃO A INFANCIA.

IV

A propaganda de hygiene infantil que nestes ultimos annos aqui se tem feito sentir, os recursos efficazmente dispensados ás familias pobres, as quaes vão gradativamente educando o seu espirito graças a instrução pratica que se lhes ministra, o tratamento rigorosamente scientifico á que facilmente pódem as mães submetter seus filhos quando doentes, asseguram, sem duvida, porque tem sensivelmente diminuido entre nós o obituario infaltil.

Si é verdade que a mortalidade geral, comparada com a infantil (excluidos os nascidos mórtos) revelou em 1899 a cifra de 365.32 por 1.000 obitos geraes, e de 360.76 em 1913, em relação a população, vê-se que o coefficiente por mil habitantes, havendo sido de 10.71 em 1899, em 1913, se reduzira a 7.47.

Fazendo-se o estudo comparativo da *mortalidade infantil* de 0 a 1 anno na zona urbana do Districto Federal de 1886 a 1913, isto é, n'um periodo de 27 annos, póde-se organizar o esguinte quadro:

Mortalidade infantil de 0 a 1 anno.

(Em relação á população)

1886—1892..... 6.09 por mil habitantes.
1893—1899..... 5.67 „ „ „
1900—1906..... 4.83 „ „ „
1907—1913..... 4.45 „ „ „

Bem claro está a reducção que o numero de obitos infantis tem soffrido nesses quatro grupos de 7 annos. Esses dados referem-se, porém, a mortalidade infantil englobada (desde o nascimento até 10 annos); o estudo parcellado do obituario nas differentes edades faz vêr que, ao passo que o numero de obitos diminuiu de 1 a 5 annos e de 5 a 10 annos, se mostrou, todavia, augmentado em relação ao primeiro anno de vida.

Mortalidade infantil pelas edades (excluidos os nascidos mórtos) em relação a mortalidade geral (0-1 anno).

1899..... 192.24 por mil obitos geraes
1913..... 211.400 „ „ „ „

1—5 annos.

1899..... 143.26 por mil obitos geraes
1913..... 136.09 „ „ „ „

5—10 annos.

1899..... 29.80 por mil obitos geraes
1913..... 22.26 „ „ „

O Annuario de Estadistica Demographico-Sanitaria de 1914 faz ver que o dizino mortuario da primeira edade (0—1 anno) se elevou, em relação a 1.000 obitos geraes, a 253.09, por conseguintemuito maior que o de 1913 (211.40) a que poderá ainda encontrar explicação nas conseguencias da crise e da guerra.

São evidentemente as doenças do tubo digestivo que mais calcam o algarismo do obituario do primeiro anno.

Na estatistica de 1888-1890, o Dr. AURELIANO PORTUGAL demonstrara que em 1000 obitos, se encontrabam 890 pertencentes á edade de 0-1 anno, 367 de 1 á 7 annos e 72 apenas de 7 á 15 annos, quer dizer que, embóra sendo de 70 % a proporção dos obitos infantis por doenças gastro-intestinaes em re-

lação a mortalidade geral, quasi 50 % destes eram referentes á creanças de edade abaixo de 1 anno !

Ainda pela leitura do ultimo Annuario publicado se verifica que havendo fallecido, em 1914, 5.853 creanças, 2.376 tiveram como causa de morte as doenças do apparelho digestivo ¡

Esse excessivo dizimo impõe a todos que se interessam pelo bem da patria e da familia brasileiras, os mais desvelados cuidados e severas medidas de protecção hygienica que tenham por fim reduzir ao minimo tão excessivo algarismo.

E' em torno desse problema que gira toda a campanha do Instituto de Protecção e Assistencia a Infancia do Rio de Janeiro e das demais instituições congeneres que, no Brazil, se tem fundado de 19 annos á esta parte.

Em uma estatistica do Dispensario Moncorvo já publicada, sobre 25.000 creanças soccorridas, haviam sido verificados 566 obitos ou seja uma percentagem de 2.27 %, percentagem insignificante tendo em vista que numero não pequeno de creanças já entraram moribundas no estabelecimento.

Esta estatistica comprova com exhuberancia o que valem os cuidados desveladamente prodigalisados pela Obra.

Si nos tempos normaes a puericultura constitue uma das mais heroicas armas para combater os maleficios que assediam a humanidade na ancia tormentosa de progresso e de aperfeiçoamento, nest'hora, com mais razão, que o mundo se conflagra, que as populações são dizimadas, que os pequeninos são cruelmente victimados pela mórte ou pela orphandade e que as nações como a nossa sentem a inclemencia do reflexo da guerra, arrastando-nos a dias amargurados, devemos, todos nós que cultuamos ardentemente o amôr á patria e á humanidade, olhar compassivamente para essa legião do futuro que é a infancia, thezouro o mais precioso, constituindo a sublime e santa cruzada em que se consorciam o amôr e a sciencia.

OS QUE NASCEM MORTOS—TRISTES REVELAÇÕES DA ESTATISTICA EM NOSSA CAPITAL—OS FUNESTOS EFFEITOS DA AVARIA, DO ALCOOL E DA TUBERCULOSE.

V

Já tratamos em anteriores capitulos de nupcialidade, da natalidade e da mortalidade infantil, factores que interessam sobremodo ao nosso progresso social.

Trataremos agóra da *mortinatalidade*, assumpto que, pela sua importancia, muito nos deve merecer.

Entre nós mostra-se exagerado o numero dos fétos nascidos mórtos e este calamitoso phenomeno vem de longa data preoccupando os nossos pediatras e scientistas.

A causa desse factor negativo não foi até hoje precisamente desvendada. Para se ajuizar do grande prejuizo que á nossa sociedade produz o avantajado algarismo da nati-lethalidade, basta sabermos ser cotado por Wappaeus em 3.7 % a media do coefficiente dos nascidos mórtos nos differentes paizes da Europa, elevando-se no entretanto a 7 e 8 o que revelam as nossas estatisticas em que essa cifra vem crescendo de anno para anno.

Entre os brasileiros, alguns homens de sciencia teem aventado hypotheses diversas para explicar o doloroso phenomeno.

Para J. Maria Teixeira eram os casamentos consanguineos, a illegitimidade, a falta de educação physica e intellectual das mães, a desproporção da edade dos conjuges e a disseminação da «lues», a malaria, o alcoolismo, etc.

Para Aureliano Portugal seriam os casamentos precóces e as affecções do apparelho gerador e para Bulhões Carvalho o arthritismo e as doenças das senhoras.

Já Sampaio Vianna, em 1906, era propenso a acreditar antes na influencia da avaria e da tuberculose e Fernandes Figueira em 1908, no Congresso de Assistencia Publica entre nós realisado, emprestava o maior valor, no caso em discussão, ás fadigas exageradas das gestantes empregadas em officinas, fabricas, etc., com acerto solicitando medidas tendentes a me-

horar a situação da mulher operaria no melindroso estado da gravidez.

Dos minuciosos e já longos estudos aos quaes nos entregamos, pensamos não estarmos longe da verdade pretendendo attribuir o excessivo numero dos nascidos mórtos nesta Capital, entre outras causas, a disseminação incontida da avaria, do alcoolismo e da tuberculose, não se devendo entretanto contestar a acção prejudicial que acaso possam exercer os traumatismos, as perturbações nervosas, as diversas intoxicações, os trabalhos penosos, a miseria extrema, etc, etc.

....E as estatisticas fallam bem alto em favor deste módo de pensar.

Não resta duvida todavia que mais aprofundados estudos devem ser póstos em contribuição para que se descortinem os segredos dessa calamidade social que constitue o excessivo algarismo dos nascidos mórtos no Rio de Janeiro, deploravel factor da despopulação e triste acontecimento no evolver da civilização.

AS DESOLADORAS CAUSAS DA MORTALIDADE INFANTIL.—O GRANDE COEFFICIENTE DAS DOENÇAS DO APPARELHO DIGESTIVO. — UMA BOA PILITICA SERÁ CUIDAR DO PROBLEMA DA INFANCIA.

VI

Como conclusão ao estudo das causas da devastação da infancia, sobretudo nos verdes annos da vida, resta-nos dizer algumas palavras sobre a *mortalidade*, quer dizer as causa das docenças que em tão grande escala dizimam os pequeninos.

Cinjamo-nos ainda ao que se passa em nossa Capital.

Os nossos demographistas J. M. Teixeira, A. Portugal e Bulhões Carvalho, provaram que as pertubações do apparelho digestivo fornecem um coefficiente de 62.3, por cento comparativamente ao do adulto.

Desde 1868 que o numero de obitos infantis de taes doenças tem crescido sempre até nossos dias e, como succede em todo os paizes. é a baixa edade, é o primeiro anno de existencia que maior tributo paga.

A cifra das doenças do apparelho respiratorio tambem cresceu até cerca epoca, tendo baixado pouco em 1911.

As modificações da nos salubridade, depois dos grandes melhoramentos porque passou a Capital da Republica, deve-se atribuir o declinio das doenças infecto-contagiosas, havendo desapparecido a febre amarella, o tetano (chamado impropiramente dos recemnascidos), a escarlatina e outras.

Ha todavia muito a fazer em relação as doenças que acometem com tanta impiedade a nossa infancia. As taras de um lado, os effeitos do alcoolismo, da avaria e da tuberculose, sempre crescentes entre nós, os grandes prejuizos do analphabetismo, dos preconceitos inaceitaveis dominando uma grande parte da população, a falta de organisação da verdadeira Assistencia Publica, a escassez das Obras de divulgação dos conhecimentos de hygiene infantil (« Gottas de leite », « Consultas de Lactantes », « Dispensarios ») e outros n'uma cidade como a nossa, que é a mais extensa do mundo e de polulação já bastante condensada, são todas questões dignas da ponderação e do estudo dos nossos homens publicos.

A melhor politica será aquella em que os administradores olhem com carinho para todos esses problemas, e nenhum de maior vulto que o da infancia, que condizem com o bem estar das populações, o cuidado com a sua saude, a sua instrucção e o aprimoramento da raça.

A IMPORTANCIA DA PROTECÇÃO A INFANCIA COMO RAMO DA ASSISTENCIA PUBLICA. — O NOSSO MOVIMENTO AUSPICIOSO. —OS ADMIRAVEIS EXEMPLOS DA AUSTRALIA DO SUL, DA HUNGRIA, DA ARGENTINA, DO CANADÁ E DOS ESTADOS UNIDOS. — ESTUPENDOS RESULTADOS.

VII.

Diante do progresso do nosso paiz, das condições em que óra se encontra ante as nações civilisadas, precisando emancipar-se como nação de real valor e que dispõe de elementos para sel-o, jamais se impoz como agóra a necessidade da organisação systhematisada da Assistencia Publica.

E desta nenhum ramo se mostrará de maior importancia do que o da protecção a infancia, incontestavelmente o alicerce em que deve estribar a sua organisação geral.

Percebe-se felizmente, por um acervo de circunstancias, já estar preoccupando seriamente o espirito dos homens cultos de nossa terra a sorte da infancia e não se póde delixar de reconhecer quanta razão tém em assim pensar os que estão encarando o momentoso problema sob o prisma porque nest'hora se nos apresenta.

N'estes ultimos annos já alguma cousa se ha feito sobre o assumpto e os Congressos realisados, certas medidas como a creação de varias Obras de preservação a infancia estendendo-se aos diversos Estados do Brazil, oriundas da iniciativa da creação do Instituto de Protecção e Assistencia á Infancia do Rio de Janeiro e que tomamos sobre os hombros, a fundação dos Serviços de Hygiene Escolar e particularmente o interesse com que a imprensa medica e profana cuida do assumpto, são factos auspiciosos e animadores que nos arrastam a convicção plena de que medidas efficientes não tardarão a vir saldar a indesculpavel divida de que é creadora a parte mais debil da sociedade-a infancia.

Por toda a parte é notoria a preoccupação com a sórte das creanças que, sendo o enlevo das familias, constituem-se, por seu lado, a base da sociedade futura, dellas dependendo a energia e o vigor da nacionalidade.

Quando já iam em progresso crescente as medidas tomadas em todos os paizes cultos pela vida dos pequenos sêres, os governos da Australia do Sul e daHungria tomavem deliberações radicaes, estabelecendo repartições especiaes para cuidar da protecção á infancia e para proval-o basta lembrar o « State Children's Council » na Australia e que é um verdadeiro Ministerio protector de todas las creacinhas que vivem no paiz. E o systhema é tido como modelar.

No Canadá as medidas officiaes de protecção á infancia são dignas de registo.

A Argentina, onde os serviços de assistencia pódem servir de edificante exemplo a qualquer povo, a assistencia publica bem organisada e officialmente cuidada, fechou o cyclo da sua

extremada preoccupação pela sórte da infancia, fazendo recentemente estudar pelos illustres Drs. BULLRICH E GOCHE a questão da protecção e da defeza das creanças, dos delictos precoces e do regimen legal e penitenciario respectivos, dahi se originando a creação de um «Codigo de Menores» cuidando de tudo, a começar pela puericultura intra e extrauterina, a protecção á maternidade, etc., etc.

Os Estados Unidos, na materia que nos occupa, bateram o «record» do progresso porque, sob bases as mais solidas, estabeleceram em 1902 o «Children's Bureau» repartição especialissima annexa ao Ministerio Federal do Trabalho.

Dirigido por uma senhora bastante culta a Dra. Julia C. Lathrop, o Departamento, nos seis annos de seu funccionamento, tem produzido resultados excedendo mesmo a espectativa e, as medidas de alta relevancia em pról da infancia hão sido alli tomadas, graças aos estudos aprimorados da excellente Repartição, cuja importancia fal-a hoje como que um verdadeiro Ministerio.

Publicações de alto valor e em numero copioso provam a excellencia dessa creação no adiantado paiz, que dess'arte demonstrou de maneira tão carinhosa e tão intelligentemente cuidar de seus filhos

A COOPERAÇÃO DO BRASIL NO CONGRESSO DA CREANÇA. — BASES PARA A CREAÇÃO DO DEPARTAMENTO DE PROTECÇÃO Á INFANCIA. — PROGRAMMA QUE REALISADO SERIA DE RESULTADO INCONTESTE.

VIII

A valiosa cooperação do Brasil no «Primeiro Congresso Americano» realisado em 1916 em Buenos-Aires, fizeram-nos perceber com eloquencia que o nosso paiz, pela preoccupação dos seus scientistas, está preparado para cuidar seriamente do magno problema da infancia, não se devendo retardar o estabelecimento de medidas tendentes a uma bôa organisação social nesse sentido.

Pelo muito que hemos estudado, pela longa experiencia que nos trouxe a execução da nossa cruzada de protecção á infancia atravez dos ultimos vinte annos, pensamos ir ao encontro das actuaes necessidades da nossa patria, com adaptação ao nosso meio, lembrando a utilidade da creação de uma repartição official para cuidar, em todos os seus detalhes, da momentosa questão do amparo á infancia brasileira.

Eis como concebi pudesse ser levado a effeito essa medida do maior alcance social:

Bases para a organisação do

DEPARTAMENTO DE PROTECÇÃO Á INFANCIA

(que poderá ser annexado a qualquer Ministerio)

O «Departamento de Protecção á Infancia» terá por especial missão cuidar interessadamente do problema da infancia sob todas as suas faces, graças a um trabalho systematico e methodicamente organisado, proporcionando dest'arte ao Governo da Republica os mais efficazes elementos para uma acção decisiva e permanente em pról do beneficiamento, nesse sentido, de nossas condições sociaes.

Terá como fins especiaes:

1.º Proceder ao historico da assistencia á infancia no Brazil. Seu aspecto nos differentes periodos da civilisação de nosso paiz.

2.º O estudo geral da situação do Brazil em materia de protecção directa e indirecta á infancia.

3.º Ter em ordem o registo minucioso de todas as instituições privadas ou officiaes da Capital da Republica e de todos os Estados, com a inscripção de dados historicos, estatisticos e serviços prestados, á ella referentes.

4.º Estabelecer um serviço perfeito de informações e dados completos a esse respeito.

5.º Obter informações acerca de toda a legislação nacional que directa ou indirectamente se refira á infancia, devendo depois apresentar ao Governo propóstas para medidas legislativas tendentes a regular a situação da infancia sob todos

os pontos de vista e de accôrdo com o estudo da situação actual feito pelo « Departamento ».

6.º Ter sob sua responsabilidade a organisação de um « dossier » com a separação de todos os assumptos de asistencia, puericultura, hygiene, etc., em relação ao nosso paiz, de modo a ser facilmente consultado pelos interessados.

7.º Constituir ao cabo de algum tempo uma bibliotheca especial de obras sobre protecção á infancia á disposição do publico.

8.º Ter sob seu especial cuidado o estudo social e demographico da nupcialidade, da morbidade e da mortalidade infantis e da mortinatalidade, em ordem a poder propôr ao Governo sempre que fôr conveniente, o estabelecimento das medidas urgentes e inadiaveis contra os factores negativos do nosso progresso e da nossa civilisação, maxime em relação a despopulação e as condições de robustez de nossa raça.

9.º Pôr em execução todos os recursos á mais facil educação hygienica do povo em pról da bôa puericultura, por meio de uma cerrada campanha contra o analphabetismo, o alcoolismo, a avaria, a tuberculose, a ignorancia e o preconceito, da conveniente criação e alimentação das creanças, sobretudo até a edade de um anno, o mais delicado periodo da vida, propagando o aleitamento materno, etc., etc.

10. Estudar muito seriamente os meios efficazes de protecção das collectividades infantis, principalmente fabricas, usinas, etc.

11. Idem em relação a mulher gravida pobre, particularmente nos centros industriaes.

12. Estudar o problema da infancia moralmente abandonada, a delinquente e a que é victima dos paes ebrios ou immoraes, apresentando ao Governo propostas para beneficiar a sua situação.

13. Fomentar a creação de todas as iniciativas que digam directa ou indirectamente respeito a infancia, maxime das que se refiram ao combate da mortalidade infantil e da mortinalidade, á bôa creação dos lactantes, á educação, á correcção dos máos costumes e ao ensino, principalmente profissional, nesse intuito promovendo a realisação de Congressos, Conferencias

e Palestras publicas, a divulgação de conselhos impressos e outras deliberações que hajam por objectivo o desenvolvimento physico, moral ou intellectual da creança, podendo chegar mesmo a organisação de uma « Exposição » ou « Museu » permanente da Infancia, onde esteja representado todo o movimento n'aquelle sentido já operado no Brasil, o que será sobremódo instructivo á nossa população.

14. O « Departamento » publicará periodicamente um Boletim semmatico de todo o movimento de caridade e assistencia á infancia, estatisticas e dados historicos do que se fôr operando em nosso paiz, sendo annualmente feita uma publicação completa de todo o movimento com as conclusões praticas, oriundas do estudo e da observação do « Departamento », acompanhada de mappas graphicos, estampas, etc., afim de que póssa o Governo n'ella colher dados para agir no melhor sentido.

15. Informar ao Governo, quando lhe fôr solicitado, sobre qualquer assumpto que se refira directa ou indirectamente ao amparo ou a salvaguarda da saúde ou da vida da creança.

16. Corresponder-se directa e assiduamente com os Governos e as altas autoridades sanitarias dos Estados afim de que póssa o « Departamento » estreitar relações e suggerir medidas, todas visando a melhor protecção á infancia e a divulgação de conselhos da maior utilidade pratica.

17. Fomentar a fundação de « Associações » ou de « Ligas » de Beneficencia Publica em favor das mães e das creanças pobres.

18. Entrar em relações directas com todas as agremiações ou instituições sociaes ou scientificas de protecção á primeira e a segunda infancia ou ás mães pobres para que lhe sejam remettidas informações sobre o seu funccionamento e methodos modernos introduzidos.

19. Lembrar aos Poderes Publicos quaes as fontes de renda aproveitaveis e a sua melhor applicação ao beneficio da infancia desprotegida.

20. Fornecer ao Governo todos os elementos com que póssa este ir cuidando da organisação geral da « Assistencia Publica«, na parte que se refere a infancia e a adolescencia.

21. Levar ao conhecimento das autoridades competentes os casos de atrocidades, castigos e attentados contra a infancia e a puericia, afim de que sejam tomadas as mais promptas e efficazes providencias.

22. Divulgar conhecimentos, informações, conselhos e indicações que despertem a iniciativa, em todo o territorio brasileiro, da creação de obras de protecção e assistencia a infancia rigorosamente scientifica como: « Dispensarios », « Créches », « Gottas de Leite », « Consultas de Lactantes », « Restaurants para as mães-nutrizes pobres », « Mutualidades maternaes », « Jardins de Infancia » ou « Escolas Maternaes », « Externatos ao ar livre », « Colonias de ferias », etc., etc., e bem assim do ensino da « Puericultura e da hygiene infantil » em geral.

23. Fiscalisar, si assim o entender o Governo, a applicação das leis protectoras da infancia, providenciando sobre a infracção das mesmas a sua má comprenhensão ou execução.

24. Conseguir em todos os Estados do Brazil a uniformasação das estatisticas sobre a mortalidade infantil, afim de que haja sempre base segura para o estudo do impotante assumpto.

Eis um programma da maoir utilidade pratica e não haverá quem póssa negar os meritos dos serviços que tal organisação, dirigida com competencia, dedicação e interesse, venha prestar ao nosso paiz.

Ahi fica a ideia entregue ao criterio dos homens publicos que bem comprehendem não podermos mais continuar na dolorosa situação em que nos encontramos, sem a menor medida salvadora da familia brasileira sobre o ponto de vista da assistencia publica.

CONCLUSÕES

1.º E sensivel a lacuna da não existencia em nosso paiz da verdadeira organisação da « Assistencia Publica », embóra não se possa deixar de reconhecer sejam utilissimos os cuidados

que já presta um grande numero de obras de philantropia, algumas até rigorosamente mantidas sob os mais sãos principios scientificos.

2.º Nesse sentido deve-se salientar o que ja é feito em pról da infancia, principalmente pelo Instituto de Protecção e Assistencia á Infancia do Rio de Janeiro e suas dez filiaes em differentes Estados do Brazil, a Policlinica de creanças, a Policlinica do Rio de Janeiro, a de Botafogo e outras.

3.º A nupcialidade brazileira, mal conhecida pela deficiencia das estatisticas estaduaes, mostra-se variavel, segundo as regiões do seu vastissimo territorio. A da Capital da Republica é de 5.41 por mil habitantes, menor por conseguinte que as de Montreal, Washington, Paris, Berlim e Berna que variam entre 11.98 e 10.18, Buenos-Ayres com 9.30, Londres com 9.16 e Montevideu com 7.46, sendo no entretanto maior que a de S. Fé de Bogotá, cuja cifra e de 5.00, do Mexico 2.68 e de Assumpção 2.24.

4.º O algarismo da nupcialidade no Rio de Janeiro tem crescido progressivamente pois havendo sido de 4.41 para mil no periodo de 1897 a 1901 ascendeu a 6.63 em 1913.

5.º Tambem muito variavel a natalidade brazileira em relação as diversas regiões e climas de seu extenso territorio, verifica-se alcançar na Capital da Republica o seu coefficiente a cifra de 29.47 para mil habitantes, provando a estatistica ter ella augmentado de anno para anno tendo sido de 26.60 em 1864.

6.º A cifra global da mortalidade infantil no Rio de Janeiro revela-nos um decrescimento sensivel, graças naturalmente aos beneficios da iniciativa de varias obras pias, a propaganda de hygiene infantil, os melhoramentos materiaes da cidade, etc., etc. Tendo sido de 6.09 por mil habitantes no periodo de 1886-1892, baixou a 4.45 no de 1907-1913.

Tem no entretanto augmentado a mortalidade do primeiro anno, a despeito de todos os serviços hoje em nossa Capital prodigalisados á infancia. Sendo ella de 192.2 por mil em 1899 subiu a 211.4 em 1913.

7.º Em relação a mortinatalidade é para lamentar observar-se ser ella excessiva entre nós, mantendo-se, desde muitos annos, de 7 a 8 sobre 100 nascimentos.

8.º D'entre os variados factores da morbidade das creanças no Rio de Janeiro figuram com destaque evidente as doenças do tubo digestivo, cuja cifra attinge um coefficiente maior de 60 % em relação aos adultos.

9.º Não se póde desconhecer no combate a todos os factores negativos que calcam as estatisticas demographo-sanitarias, a importancia da protecção á infancia como um ramo do maior alcance social na organisação da Assistencia Publica.

10. São nesse ponto de vista de uma eloquencia incontestavel as iniciativas officiaes da Australia do Sul, da Hungria, da Republica Argentina, do Canadá e principalmente dos Estados Unidos onde ha seis annos funcciona com magnificos resultados o «Children's Bureau» annexo ao Ministerio Federal do Trabalho.

11. O estudo das nossas condições politico-sociaes induziu-nos a lembrar a extraordinaria vantagem de ser creado no Brazil, annexo a um dos Ministerios o «Departamento de Protecção á Infancia» destinado a cuidar interessadamente do momentoso problema, sob todas as suas faces, graças a um trabalho systematico e methodicamente organisado, proporcionando dest'arte ao Governo da Republica os mais efficazes elementos para uma acção decisiva e permanente em pról do beneficiamento, nesse sentido, de nossas condições sociaes.

A MORPHOGENIA, E O CONCEITO BIO CHIMICO EN SUAS RELAÇOES COM A PUERICULTURA INTRA-UTERINA

PELO DR. NASCIMENTO GURGEL

106.165

O estudo das relações entre a individualidade plasmatica e a morphogenia, representa um dos mais importantes themas, da moderna bio chimica, cheio de resultados promissores.

Se a fórma dos seres vivos depende de sua particular composição, a ponto de differenciar o propio individuo, claro está a intima connexão dos plasmas e o crescimento, quer do organismo em geral quer em particular de certos orgãos, e mesmo a formação neoplasica.

Será perfeitamente dispensavel, fallando neste recinto e diante deste auditorio, recordar uma serie de factos, por bem conhecidos, acerca da influencia de determinadas secreções internas sobre o crescimento e desenvolvimento dos orgãos, influencia das chamadas substancias morphogenicas.

Certo, os productos endocrinos da glandula intersticial do testiculo, do ovario, do corpo amarello, thyreoide, thymo, hypophyse, etc. intervem no modelado das fórmas dos organismos, e já hoje ninguem duvida da cooperação importante d'elles na individualidade chmica: humoral e plasmatica.

No desenvolvimento do organismo, e claro está que o desenvolvimento não termina no período embryonario, tém primordial importancia as correlações chimicas.

É uma questão acceita por todos os embryologos e por todos os naturalistas, isto é, a natureza chimica da correlação interorganica; é o facto fundamental. Assim, nada de admirar, que a chimica dos organismos em crescimento seja decisiva na producção das fórmas e da orthobiose.

No presente estudo, deixando de lado questões varias, bem conhecidas, como as que se referam a acção dos productos glandulares endocrinos, nos occuparemos de alguns factos de acquisição recente, de grande valor biologico, trazendo grande luz, sobre a relação intima de todos os factores de coordenação, de unificação organica.

Dois pontos, dois grupos de phenomenos aparentemente distinctos mas, na realidade, intimamente ligados, merecem a nossa atenção. *As interreacções homoraes no processo da gestacao* e na producção das *neoplasias, e a noção* de *parentesco biologico ao lado do problema das transplantações.*

É bem conhecida a complexidade da composição dos organismos, em particular de sua composição proteica, bem como a accão physiologica das substancias que actuam en proporções infinitesimaes.

Essa complexidade dos plasmas vivos, o numero e qualidade de substancias n'elles contidos, distinguem mais profundamente as especies, do que as propriedades morphologicas. E ainda, d'entro da especie differem pela chimismo, composi-

ção e intercambio, as differentes raças. Já muito se falla e se discute sobre a *ethnochimica.*

Do mesmo modo, notadas são tambem as differenças individuaes.

Estas se revelam principalmente por differenças na composição proteica; o chloreto de sodio, por exemplo, dos individuos distinctos, será identico, variando no emtanto os proteicos do sangue, do figado, etc. dentro está visto, da pauta geral da especie. Taes variações não reveladas pela analyse chimica, o são pelo reactivo biologico, muito mais sensivel.

Com effeito, investigacões realizadas sobre reacções de immunidade e transplantacões de tecidos nos mostran o valor da individualidade chimica e suas relações com a evolução, o crescimento dos tecidos. Em relação aos tecidos transplantados, por exemplo, bem nos mostram os trabalhos de RIBBERT, de L. LOEB, de MURPHY e outros, a influencia de correlação chimica no crescimento do enxerto.

O corpo de cada individuo constitue o meio de cultura mais appropriado para o desenvolvimento de um tecido. Pela herança, pela adaptação, pelo habito, se estabelece uma intelligencia taõ perfeita, entre as distinctas partes do organismo, se particulariza tanto o metabolismo, que cada individuo se distingue dos demais pela composição chimica de seus tecidos e humores, mais talvez que por sua physionomia e fórma.

As leis dirigentes da proliferação dos tecidos normaes se applicam aos tecidos neoplasicos, e são as mesmas que presidem a reproducção. Observou LOEB e tambem SAMUEL que nos casos de tumores expontaneos dos ratos e cachorros, obtem-se quasi sempre com exito a transplantacão no mesmo animal, morrendo facilmente os enxertos quando applicados á outros animaes da mesma especie. Muitas são as experiencias d'essa natureza, executadas com varios animaes.

Animaes com tumores autochtones representam melhor terreno que os animaes sãos para o desenvolvimento de tumores experimentaes por transplantação.

De uma feita HAALAND demonstrou que o enxerto do proprio tumor no animal já enfermo não actúa como antigeno, não se estabelece a immunidade.

De igual modo, ante os tumores propios não se produzem reacções cellulares, ao passo que nas transplantações homoplasticas de neoplasias como de tecidos sãos, observa-se uma evidente reacção lymphocytica. A cultura de tecidos neoplasicos se consegue *in vito*, mais facilmente em plasma do mesmo enfermo ou de outro de igual natureza, do que em plasma normal.

Por ventura indicará tudo isso uma volta ao conceito clasico de diathese neoplasica? Ha uma disposição chimica especial que favorece o rejuvenescimento de certas celulas e seu desordenado crescimento. Essa disposição nos explicaria a influencia hereditaria: não se herda o tumor, porém a diathese.

Parece com effeito, confirmar-se a idéa de CONHEIM, isto é, a consideração da neoplasia como o retrocesso hetero chronico dos tecidos que se encontram em outros momentos da vida. Em certos casos, como nos tumores branchiaes, por inclusão, parece evidente o facto.

Em outros, porém, mesmo que nos pareça clara a pathogenia, somos forçados a considerar de um modo differente a essencia do mal. Trata-se de cellulas que perderam parcial ou totalmente a capacidade reproductiva, e que de um modo intenso a readquirem, ora sem motivos apparentes, ora pela intervenção de estimulos diversos. Este rejuvenecimento poderá ter sua explicação em uma acção chimica.

Distingue-se na cytomorphose varias etapas; a *embryonaria* em que não ha differenciação, *adifferenciação*, *degeneração e morte*. A capacidade reproductiva é maior na cellula nova e menos differenciada. Por isso, nos organismos de certa differenciação se produz mui rapidamente a distincção entre as cellulas somaticas e as embryonarias, reproductoras, que não tem evolução morphologica nem funccional, transmittindo-se, reproduzindo-se, com a mesma fórma e estructura de geração en geração.

Contando com as convenientes condicções humoraes, algumas cellulas somaticas podem retrogradar por diversas causas, umas conhecidas, outras ainda ignoradas, a um estado anterior, conduzindo-se como cellulas de typo embryonario.

Assim são manifestas as relações entre os mechanismos chimico-celullares de producção de uma neoplasia e os da

reproducção. Com LOEB podemos reunir em numero de cinco os casos em que se intensifica a reproducçao cellular.

1.º Differentes estimulos actuando por curto tempo sobre um systema complexo, o ovulo, dão lugar a uma serie de phenomenos de crescimento que cessan mais ou menos tarde. Com a evolução do novo individuo na fecundação natural;— de varios individuos succesivamente, na fecundacão que se segue de parthenogenesis, ou com uma evolução incopleta, nas experimentacões de parthenogenesis artificial.

2.º As mutilações distinctamente reparaveis de accordo com a differenciação do animal—são tambem motivo de phenomenos de crescimento que se continuam até que os tecidos neoformados, tenham reconstituido, mais ou menos completamente, a parte lesada.

3.º Certas substancias hormonicas estimulam o crescimento de differentes tecidos (corpos amarellos, glandula miometrial, embryão, etc. actuando sobre a aglandula mamaria; o Fhymo sobre os ossos, etc.).

4.º A associação dos dois factores anteriores (2 e 3) póde determinar crescimentos de tecidos analogos aos neoplassicos (deciduoma experimental do utero), e, assim é, que, actuando isoladamente só dão lugar á proliferações physiologicas.

5.º Substancias chimicas differentes provocam o crescimento de alguns tecidos, sem que com elles exista relação espedifica de especie alguma (certas gorduras e lipoides-gordura soluvel, etc.). Distinctos factores chimicos e mechanicos agindo solidariamente com factores internos, podem produzir uma excitação permanente impellindo distinctos tecidos a um desordenado crescimento. Essa é a reacção cancerosa, a que póde responder a quasi totalidade dos tecidos dos mamiferos.

O estímulo primitivo póde haver cessado, continuando no emtanto, como se dá na reproducção, a proliferação anormal das cellulas.

A normalidade da vida do individuo e a persistencia da especia estão asseguradas pelo perfeito equilibrio entre a tendencia somatica das cellulas e a tendencia embryonaria.

Dentro da normalidade, predomina a tendencia embryonaria na producção de um novo individuo, na reparação de uma mutilação no estabelecimento de uma secreção, na constituição de um tecido.

Com a apparição, porém, de uma neoplasia, rompe-se o equilibrio; dominará de un modo anormal a tendencia embryonaria, produzindo-se fóra de tempo e de lugar, um rejuvenescimento pathologico de cellulas que, no organismo já adulto, estavam encarregadas de uma determinada funcção.

Sem duvida, todos esses phenomenos encontram condicções favoraveis ao seu apparecimento nas propriedades do meio plasmatico. Não se produziria o rejuvenescimento cellular, a volta ao estado embryonario, o crescimento neoplasico, se não existissem as condicções de meio favoraveis ao referido desenvolvimento.

Sem fallar nos experimentos feitos com os enxertos e transplantações, neoplasias, a influencia que exercem certas secreções internas na producção de algums tumores, demonstra a intervenção plasmatica em certas formações normaes e pathologicas. A supressão da prenhez mostra-se eficaz na prophilaxia das neoplasias no rato e, mais ainda a castração, já nos tendo tambem referido ao papel do corpo amarello na pathogenia do deciduoma.

Estudos bem interesantes, como os de Peyton Rous y J. Murphy, conseguiram a reproducção do sarcoma da gallinha por meio do macerato do tumor filtrado por vela. Trata-se ou de virus filtravel, talvez causa do tumor, o que é pouco verosimil, ou de uma substancia soluvel que favorece o crescimento de determinadas cellulas, mais predispostas que outras, por especiaes condicções physiologicas, as quaes, a partir d'esse momento, tornam-se os fócos de crescimento. Desmonstra-nos esse facto a intervenção de um factor chimico na producção de certos tumores.

Se sobre o tumor em evolução tanto importam as propriedades bio chimicas de quem o alberga, comprehende-se reciprocamente, que aquelle actúe sobre este. Não se faz neccessario grande esforço para a demostração de tal facto, bastanto que se attente para a intensa alteração nutritiva que se observa em

seguida a á implantação de uma neoplasia maligna. Produzem-se isotoxinas de natureza a mais diversa, devidas á perversão do metabolismo proteico e á formação de certos productos (lipoides) toxicos e anemiantes.

Da mesma maneira, na gestação, que tantos pontos de contacto apresenta com a producção de uma neoplasia, se estabelecem as mais intimas relações humoraes entre a mãe e o filho. Já nos primeiros momentos apparecem em toda evidencia. E, si o organismo materno, influe sempre sobre o ovulo, não é menos certo que o ovulo fecundado influe sobre a progenitora. O conhecimento exacto destas relações, ainda não completamente estudadas, nos offrecerá dados precoces e seguros para o diagnostico da gravidez.

Toda funcção genital da mulher mostra uma correlação nervosa e endocrina. São conhecidos os reflexos nervosos uterinos, pertubações multiformes de natureza nervosa, tão frequentes na gestante. E, tambem, se procurarmos verificar a influencia da glandula intersticial ovarica e do corpo amarello sobre a puberdade, a menstruação e a fecundação, e a do mesmo corpo amarello, da glandula miometrial, da placenta e do proprio embryão sobre a secreção lactea, nos convenceremos das influencias humoraes diversas sobre o funcionamento genital da mulher.

E, não ha negar, no estado da gestação, que se complicam e se accentuam essas interrelações; o ovulo fecundado, desde o inicio da fecundação excerce sua acção sobre o organismo materno. Poucas horas depois do coito já se encontra no sangue da mulher, anticorpos especificos. A medida que se desenvolve o ovulo, com a activa divisão e proliferação cellular, toma vulto a sua influencia chimica sobre o metabolismo materno e sobre sua composição plasmatica. Verifica-se uma forte integração anabolica e consequentemente, grande quantidade de tecidos novos com cellulas do typo embryonario.

E'o caso da neoplasia, com a differença que n'esta a reproducção cellular é desordenada sem obedecer á uma pauta de differenciação succesiva, ao passo que na gestação encontra-se preestabelecida a evolução *ontogenica*, que terminará na elaboração de um feto, que será expulso dentro de prazo fixo.

Em quanto permanecer na cavidade uterina, dois individuos differentes, de differente idade, de diversas propriedades physiologicas, por mais intimo que seja o parentesco biologico, duas colonias cellulares com exigencias nutritivas, plasmas humoraes histologicos distinctos, vivem em symbiose, influindo-se mutua e intimamente.

Da mesma maneira que são differentes os caracteres morphicos entre o filho e a progenitora, tambem a mesma não é a composição chimica dos orgaõs.

Durante o desenvolvimento intrauterino, sobretudo nos primeiros tempos, quando ainda não se differenciou a glandula nutritiva, elaboraora, defensiva, que é a placenta, encontra-se o embryao nas mesmas condições de um homoenxerto, e n'este caso, claro é que se produzirá uma complexa reacção por parte do organismo materno invadido rapidamente pelo crescimento embryonario.

O estudo d'essa reacção, ainda não totalmente feito, dará dados seguros para o diagnostico precoce da gravidez.

A maior parte dos signaes de probabilidade observados nos primeiros tempos da gestação são signaes reaccionaes ou simplesmente consecutivos á influencia humoral ou á influencia nervosa, muitas vezes de valor equivoco. As perturbações digestivas, os vomitos, a sialorrhéa, as pigmentações, o desenvolvimneto mamario, etc. pódem ser observadas em differentes circunstancias, de todo alheios á prenhez.

Alguma coisa, etretanto, se descobrio na gestação de mais especifico. Pela adaptação nutritiva que se estabelece entre o organismo materno o o embryão, apparece no sangue materno fermentos que antes não existiam, revelados pelos methodos da *interferencia* e *polarimetrico* e pelas differentes reacções corantes dos productos de desintegração proteica, *ninhidrina* especialmente. O methodo de ABDERHALDEN constitue, sem duvida, uma conquista de indubitavel valor pratico, residindo porém a sua maior importancia, em nos demonstrar as reacções do organismo materno, como esperança de resultados definitivos.

Seja a substancia que digére o tecido placentario, anticorpo de antigenos que se desprendem do ovulo em desenvolvimento, ou se trate de uma tripdiastase, produzida pelas cellulas em-

bryonarias e a placenta mais tarde, para desintegrar as substancias proteicas do sangue materno, e subministrar ao embryão os fragmentos moleculares necessarios á sua nutrição, o certo é que no organismo materno se formam, com a prenhez, fermentos que antes não existian.

Eis o principal serviço da nova acquisição; provar precisamente que se produz uma reacção biologica na prenhez, desde os primeiros momentos, fazendo ver, que, mediante a analyse das particularidades desta reacção-multipla e mui complexa, não sómente humoral, como tambem histologica, funccional, nervosa, ou de outra natureza — se poderá conseguir o diagnostico precoce da prenhez. Possuimos hoje um só methodo, que em alguns casos ainda nos deixa duvidas. Quando outros methodos possuirmos, seguramente mais perfeitos, de menores complicações, menos sujeitos a erros de technica, de especificiade maior, poderemos fazer o diagnostico desde a primeira hora.

Nada dizemos aqui do seu valor clinico. O que nos interesa com este trabalho é a comprovacão evidente de que no periodo de enorme actividade morphogenica que suppõe a gestação, se produzem importantes modificações no equilibrio plasmatico do organismo materno. A morphogenia bem se entende com a influencia nervosa e a influencia humoral. Formar é funccionar.

A funcção morfogenia se sujeita, como outra qualquer ás exigencias da unidade funccional.

CONCLUSOES

1.º Desde os primeiros momentos da prenhez produz-se uma reacção biologica.

2.º Já por essa época tornam-se evidentes as correlações existentes entre o organismo materno e o ovulo fecundado.

3.º As diversas causas capazes de perturbar a proliferação cellular intensa que então se dá, a reproducção embryonaria, sóem a um tempo perturbar, desorientar a evolução ontogenica.

4.º A'vista da grande importancia que tem essas diversas etapas da intima vida cellular, do embryão, não se pode bem comprehender porque só se exije o repouso da mulher gravida operaria nos ultimos tempos da gravidez.

5.º Como meio prohylatico ontogenico, importa no mais alto grão o repouso, a regulamentação das horas de trabalho, da mulher gravida operaria, nos primeiros tempos da prenhez.

6.º Esse repouso, n'esse periodo da prenhez, deverá ser uma imposição da puericultura intrauterina.

DISCUSIÓN

El Presidente, Dr. Scoseria, felicita al autor por las nuevas e interesantes vistas que expone.

El Presidente propone que las conclusiones de los trabajos, leidos, todos referentes a la puericultura y a las obras de protección a la infancia, pasen a informe de una Comisión, la que redactará y presentará a consideración de esta Seccional, las conclusiones de orden general y los votos que deban ser elevados a sesión plenaria.

Aprobado.

La Mesa designa, para integrar esta Comisión, a los Doctores Bonaba, Mercante y Gaing.

ENSEÑANZA DE LA PUERICULTURA

POR EL DR. PEDRO RUEDA 5/.106.

Hasta cuando seguirá siendo un problema social grave el de la excesiva mortalidad infantil, es difícil pronosticarlo. Sería injusto desconocer que algo se ha hecho en pro, pero este algo es tan reducido en sus resultados, como los límites a que se ha circunscripto su acción. Refiriéndome a nuestro país; si exceptuamos a la Capital Federal, en el resto de las provincias se nota un acentuado crecimiento de las cifras de defunciones en la primera infancia, alcanzando en ciertas partes un porcentaje tan elevado que ha llegado a impresionar hasta al mas indiferente.

Lástima grande que muchos esfuerzos quedan en el vacío, a pesar de que aparezca de cuando en cuando uno que otro... que contesta, como un eco al llamado de atención de los pocos

que con más deseos del bien general y menos egoismos; nos preocupamos de incitar a las autoridades para que desarrollen una acción metódica proporcional a la importancia del magno problema.

Para que exponer en este certamen los hechos bien conocidos de todos vosotros, para que fatigar vuestra atención con cifras, de que todos estamos empapados, para que perder el tiempo en repetir cosas tan trilladas. Creo mas conveniente detenernos un momento para exponer una solución práctica y fácil para ese problema cuyo resultados me ha preocupado desde hace algunos años.

Dos son los procedimientos que conducen a resolver la cuestión: el uno que llamaré *directo*, consiste en la instalación de servicios médicos apropiados y se distribuirían por todo el país; y el otro, al cual califico como *indirecto*, podría llamarse con mas propiedad *preventivo*, consistiría en la enseñanza de la Puericultura.

Dejando a un lado el primero me ocuparé de exponer brevemente como he aplicado por primera vez en nuestro país este último método y los resultados obtenidos en tan árdua tarea.

Sostengo que se debe difundir la enseñanza de la Puericultura, entre las futuras madres de todas las escalas sociales, dando a conocer al mismo tiempo los múltiples factores que causan esa mortalidad infantil.

Esta sería la manera práctica de obtener un buen resultado sin malgastar tiempo y dinero. Pero para realizarlo se requiere: Primero, hacerlo practicamente y segundo dedicar la enseñanza a jóvenes que su preparación y edad, se encuentren suficientemente capacitadas para interpretar fielmente el significado y la transcendencia del gran problema.

Respecto a la primera consideración decía: (1) «Desde luego, pienso que los libros han hecho ya su tiempo agradezcámosles su enseñanza y sin dejarles del todo, reconozcamos «que su sola acción no es suficiente.

---

(1) P. Rueda Primer Curso de Puericultura dictado en la República Argentina.

En efecto: *la vieja difusión impresa* no ha podido resolver « la cuestión como lo prueban por una parte: la excesiva mor- « talidad infantil y por otra: la necesidad en que se han visto « las naciones mas civilizadas de seguir nueva vía. La ense- « ñanza de los libros es incapaz de corregir el mal, por varias « razones... pero bastará enumerar la siguiente: porque mucha « gente que sufre no *sabe leer* y muchos de los que saben *no leen.*

« *Las conferencias teóricas* muy útiles, son signo evidente del « esfuerzo que hace la sociedad para llegar al fin deseado; es « esto un buen síntoma porque los muestra que el pueblo « empieza a preocuparse de veras; constituye pues un gran « progreso hacia el perfeccionamiento.

« Pero es indiscutible que la *única* forma razonable y válida « es la *enseñanza esencialmente práctica.* Es tiempo ya que « la *acción se inicie,* que los *hechos* reemplacen a las teorías, « para que se infiltre en el hogar el pleno dominio de los sanos « e indispensables consejos.

« Enseñar haciendo, enseñar mirando, enseñar palpando y « sintiendo en todas las formas posibles a conocer el alma y el « cuerpo del niño, interpretar mejor sus necesidades y sufri- « mientos y alejarle un tanto del mal que le acecha, es como « haremos obra útil, mediante el concurso inestimable de vues- « tra feliz intervención en esta cátedra.

« Haciendo práctica se impresionará vuestro espíritu con « sensaciones diversas; tristes y dolorosas las mas, matizadas « a veces de alegres rasgos, cual la mirada risueña y picaresca « de un *bebé* robusto y sano. En esta forma—lo espero—co- « secharemos óptimos frutos.

« Impresionando la exquisita sensibilidad de la mujer se « marcarán huellas profundas en el corazón y sobre todo en el « cerebro, que pueden guiar las prácticas científicas; ora ejer- « citando en carne propia, ya predicando con criterio firme « para aliviar muchas veces las amarguras del hogar ageno.

« Sin desechar por completo el libro impreso, pienso que al « leer este libro viviente; que llora, ríe y sufre, que ofrece su « frágil cuerpecito hambriento a veces y a veces lastimado por « achaques mas crueles, al leer esta página sentida y palpitan- « te, en la fuente original y pura de las necesidades sociales,

«aprendereis de la manera mas patética, a reflexionar con «provecho y a resolver con éxito algunos problemas que con «harta frecuencia se presentan en los hogares. Procederemos «así con las ventajas de la previsión sobre los lamentos de la «desesperanza.

«Cuando veis ese niño que llega anhelante, pálido y ansioso, «torturado despiadadamente por interno mal, sin aliento ni «para lanzar un débil quejido, último recurso que le queda «para implorar el auxilio, llegado en una palabra estado físi- «co miserable; cuando veis, repito, ese niño tan próximo a la «muerte, capaz todavía de recuperar la salud de que parecía «irremisiblemente privado, cuando auscultéis las mil cir- «cunstancias que como una consigna fatal le acecha; habreis «llegado a comprender la magnitud del problema y la urgen- «cia de resolverlo. Mas aun, si penetrais mas intimamente la «práctica hospitalaria, podreis comprobar la nefasta acción «que la ignorancia ha provocado en el vulnerable organismo «del niño, podreis comprobar también con que frecuencia, «felizmente, la víctima tan gravemente atacada reacciona a «prescripciones de la mas pura lógica.

«Reunid todas esas impresiones, considerad todas esas con- «tingencias y os asombrareis con justo motivo de la inexpli- «cable apatía con que se ha mirado siempre, esta fase de la «Higiene Infantil; así comprendereis mejor la justicia de mi «entusiasmo por esta verdadera lucha; la necesidad impres- «cindible de difundir los conocimientos de Puericultura en los «hogares, implantando el *único sistema* eficaz para su ense- «ñanza».

Pienso que el factor con que podemos contar para nuestro progreso y que podrá cumplir con eficacia nuestra misión es la Maestra Normal, quien puede ayudarnos en esta tarea de índole esencialmente social.

En un trabajo que tuve el honor de presentar al Congreso del Niño en 1913, decía, refiriéndome a la Maestra como auxiliar del Médico: «Es la Maestra por su doble carácter, parti- «cularmente en el ejercicio de su nobilísimo ministerio, en «contacto íntimo con la masa social, quien desarrollará un «gran papel en la impregnación de cuestiones tan vitales para

«el progreso de nuestro pueblo; es la Maestra, el factor pode-
«roso que contribuirá con su prédica constante y tenaz a la
«realización de la gran obra, que en época no lejana nos per-
«mitirá mostrar nuestra Patria como un modelo en el con-
«cierto universal de las Naciones. Será solamente por su ines-
«timable concurso que lograremos alcanzar la perfección ob-
«tenida en la actualidad por los suecos que han hecho descen-
«der la mortalidad infantil a una cifra verdaderamente ideal—
«vale decir al 40 °/oo (cuarenta por mil) de la natalidad».

Mi enseñanza se dirije al último curso (4.° año) de la Escuela Normal N.° 2 de esta Ciudad, (1) el cual para facilitar el aprendizaje se divide en dos secciones. La enseñanza se hace practicamente y cada alumna está obligada a someterse al trabajo de enfermera bajo mi dirección. Ellas bañan al niño, lo visten, lo pesan, preparan su alimento en la cocina que funciona anexa a la Escuela, y hasta esterilizan los frascos en los cuales debe guardarse la ración.

Ademas se les enseña las curaciones de ciertas enfermedades tan comunes, como conjuntivitis, iden del ombligo, las grietas del seno, cuyas pésimas consecuencias son de desastrosos resultados para la madre y para el hijo en la lactancia actual y en las sucesivas.

Allí mismo han visto los resultados de las matistis del recién nacido y sus causas, hemos observado y curado tétanos de infantes, algunos con éxito y han aprendido a rechazar la errónea práctica de seccionar el frenillo.

En fin; han aprendido a suministrar una buena alimentación adecuada a la edad y a la constitución del niño.

Para mayor prueba de ello invito a los distinguidos Congresales a leer los trabajos que acompaño, hechos por mis alumnas y que versan sobre temas aprendidos por la observación y práctica, recogidos en la sala.

Me es satisfactorio declarar que a pesar del corto tiempo, he podido recoger algunos frutos. Voy a citar un ejemplo: Una de mis alumnas, al observar la defectuosa forma de vestir a un

---

(1) Rosario de Santa Fé (Rep. Argentina.)

niño recién nacido, hizo indicaciones señalando los inconvenientes y los males que ocasiona al niño, y despues de una larga y razonada discusión con la partera, pudo hacer triunfar su opinión, obligando luego a que se arreglara al infante de acuerdo a la práctica enseñada por su maestro: el Doctor Rueda.

CONCLUSIONES

1.° La divulgación de los preceptos de puericultura es absolutamente necesario.

2.° La Enseñanza extra médica debe dirijirse muy especialmente a las alumnas de los cursos superiores de las E.E.N.N.

3.° La forma práctica de la Enseñanza es la mejor y casi la única que puede dar los resultados verdaderamente útiles.

4.° La difusión teórica o la que va dirijida a alumnas muy jóvenes no produce ninguna utilidad.

5.° La Enseñanza de la Puericultura debe ser dirijida por un médico especialista.

HIGIENE GENERAL DEL NIÑO, CAMAS, HABITACIONES, BAÑOS Y VESTIDOS

Lidia Rivas y María Pollastri Rossi

La madre misma es la encargada de las atenciones para con su hijito, porque: quién mejor que ella sabrá hacerlo con todo el amor que esto exije? Quién como la madre llegará hasta el sacrificio si necesario fuese para dar la vida por su pequeño y desplegará mayor celo e interés sin esperar de él más recompensa que su mirada, su sonrisa y sus caricias?

Si el bebé no se desarrolla normalmente o padece ya de un mal, yá de otro, jamás será la alegría del hogar del cual ha empezado a formar parte. Se constituirá así en una pena viviente para los que tienen que verlo cada día y un impedimento para la madre. Y si ésta no es constante en sus atenciones terminará por buscar los consejos y los ejemplos de sus parientes, de sus vecinos o de los curanderos, que con sus mañas estudiadas y sus engaños interesados conducen al niño a la muerte.

Porqué la madre ha de consultar a otras personas tan o más ignorantes que ella, a las que bien sabe no han hecho ningun estudio ni se han preocupado de leer manuales recomendados por los hombres de saber ? Si ella no sabe desempeñarse, tampoco lo sabrán aquellos y para qué entonces acudir a ellos ? para qué ? si para malos procedimientos ya pueden ocurrírsele a ella de cualquier modo. Ya que consulta, ya que pide enseñanzas a otras personas, manifestando su deseo de cuidarlo mejor, guiada por un creciente cariño hácia esa preciosa continuación de su ser, ya que se interesa abiertamente por su vida debe hacerlo con cierto tacto e inteligencia, dirigiéndose a persona que hayan estudiado este asunto de importancia primordial.

Un médico especialista de niños es el consejero más seguro y eficaz para los cuidados que hay que tener con los niños: si enfermos, para curarlos y si delicados o sanos, para evitarles los contagios y las enfermedades que por cualquier causa puedan sobrevenirles.

Hoy día, gracias a la difusión de las ciencias la Puericultura que es una de ellas y nos enseña el cuidado de los niños, se la pone en conocimiento a las maestras de una manera práctica, amplia y detallada y en el futuro serán ellas las que, comunicando a las madres lo que aprendieron y vieron hacer por el médico especialistas, activo y laborioso en un hospital de niños, las guíen y les enseñen las atenciones para con el niño, más simples y esenciales, a la vez.

Por de pronto nuestro grupo de alumnas—maestras del IV° año—asistimos una vez por semana al Hospital Centenario, donde nuestro Profesor de Puericultura Dr. Pedro Rueda nos instruye sobre el cuidado de criaturas de corto tiempo, de una manera práctica y sencilla a la vez, en su servicio de niños de pecho del mismo establecimiento. Lo que en estos trabajos exponemos lo hemos visto aplicar a dichos niños así: si de baños debía tratar la clase, los bañábamos siguiendo las indicaciones del Dr. Rueda;—si de alimentos, viendo alimentar al niño, y calculando las pesadas de antes y después de ésta, o preparando las leches;—si de enfermedades, estudiando los niños y siguiéndoles en sus historias y cuadros respectivos que

diariamente registran las enfermeras y el médico,—si de vacunas, vacunando nosotras a los bebés;—si calefacción y habitaciones, estudiando ambas con atención, etc..... en fin, todo cuanto narramos ha sido visto por nuestros propios ojos y enseñado por nuestro distinguido profesor, hacia cuya materia dirije toda su actividad, sus estudios y sus afanes, con el mayor desinterés, animado por un inmenso amor a los niños y a la humanidad presente y futura.

Pero nosotras opinamos que todo hogar debía tener su fuente de consulta al respecto, concentradas en las páginas de un sencillo tratado de Puericultura que, en lenguaje vulgar y a un precio muy reducido se ponga al alcance de ellas y les enseñen muchas cosas, que al leerlas les causaran asombro al no haber reparado en ellas y que descuidándolas intervienen, ya en contra o en pró, en la salud, en el buen desarrollo físico y en la vida misma del bebé.

Así como el agricultor inteligente y consciente,—que ninguno de ellos quiere dejar de serlo,—se ocupa de estudiar bien las condiciones favorables de la semilla, de la tierra donde ha de sembrarla, de la plantita nueva, de los brotes, para que su trabajo no resulte estéril y a la recolección halle en la belleza y calidad de los frutos el premio de su labor constante, tal la madre debe conocer y estudiar las condiciones que rodean al niño en todos sus aspectos y en todas sus sutilezas al parecer, para obtener al cabo de sus sabios cuidados un hombre, contento, robusto, en vez de un raquítico y deprimido como resultado de negligencias y abandono, para lo cual no valía haberle dado la vida.

Si el hombre es capaz de dedicar la mayor parte de su vida al cuidado de los vegetales y de los animales, siguiéndolos en su evolución, en sus variaciones, mejorando las especies, modificándolas, tratando de conservar la vida del ser exótico que están alimentando y que asídua labor reclama, el deber humanitario se impone siempre por sobre ellos, y el cuidado del niño debe ser redoblado con más ardor y más minuciosamente, puesto que su vida es mil veces más preciosa y más necesaria a la tierra, que la de cualquiera de los seres que se precien por más bellos.

Generalmente, las madres creen que nadie mejor que ellas cuidarán mejor a sus niñitos y siguen el consejo de las personas instruídas que las ayudan, hasta donde les parece o como les place, sin poderlas convencer que el modo de proceder en ciertas cosas no conviene al niño o que hay que prestar atención a otras que ellas descuidan por completo. Muchas veces creen que por el hecho de ser ellas madres de sus niños, nadie mejor que ellas los conocen y con sus manias llegan hasta perderlos. Si no tienen bastante fé en lo que sabiamente se las aconseja, debían consultar su manual, del que ya dijimos debían todas poseer, donde hallarían ordenado lo mismo para el caso y tendrían que terminar por obedecer. Lo mismo: quien convencerá a una madre poco dócil de la íntima relación que guardan con la salud y el perfecto desarrollo del bebé, las condiciones que reunan la cama donde duerme, la pieza en que ésta se halle, el baño y sus vestidos ? Los consideran como la nimiedad más grande, quizá con la idea que todos tienen, de que cuanto menos se lo atiende menos delicado y más fuerte se cría; pero después tan fuerte quieren criarlo que se sorprenden si muere de una pulmonía ocasionada por un leve resfrío o por una asfixia, o si se cría torcido o deforme en algunas de sus partes.

La obediencia por parte de la madre a una observación oportuna recibida de quien mejor que ella lo sabe, pueden mejorar o evitar por completo estas verdaderas desgracias.

Y sepan las madres al leer estos renglones,—para ellas escritos,—que así como todas se apresuran para que a sus hijitos no les falte un momento que comer, así también deben interesarse con ardor donde los acostarán, cómo debe ser ésta camita, cuales serán las ropas de cama más convenientes, cómo debe ser la habitación en que duerme, su temperatura, luz, aereación y moblaje;—si hay o nó que bañar al niño, y dónde, de que manera, lo mismo conqué y como lo vestirán y como mantendrán en perfecto estado de higiene estas cosas.

Pues sabrá que la higiene es para la salud del niño, como es el aire para su cara vida.

Si Vd. es madre y ha leído estos sencillos renglones hasta aquí, en los que hemos querido expresarle la gran responsabilidad que inconscientemente tiene Vd., con la posesión de ese

niño, sepa que no solo es suyo, sinó que la sociedad y la patria también se lo reclaman,—doble razón para cuidarlo en todos los instantes, en las cosas que crea de mayor importancia, como en las que negligentemente no considere de interés, animada de su incomparable y sublime amor maternal que la inclina hácia todas las buenas acciones.

Dónde habitúa Vd. a hacer dormir a su bebé?

Con Vd. misma, no es verdad? En su propia cama, a su lado?

Pués le respondemos dándole un aviso a tiempo, que lo tiene expuesto a morir, pués si esta noche, terminando con su propio hijito y empezando para usted la terrible pena de un descuido fatal (nos referimos especialmente a los niños recien nacidos, a los pequeñitos y nó a los grandes, que en estos casos no correrían tal peligro). No lo acueste ni una vez más con Vd. misma, que durante el sueño, al cambiar Vd. de posición y darse vuelta,—hecho necesario y por tanto inevitable,—puede golpear u oprimir a su propio hijito con la espalda o con el brazo, torturándolo físicamente y pudiendo llegar el caso de que usted no despierte a tiempo. Usted replicará: «Pero si yo lo pongo bien separado y además así lo puedo atender si despierta, tranquilizar si llora, mientras que estando en sitio aparte no me daría tanta cuenta de lo que pudiera sucederle durante la noche y me enfermaría con el levantarme a cada rato». El estar separado de su lado no implica, como Vd. supone, porque bien puede tenerlo cerca acostándolo en una camita sola, bien arrimada a la suya, con la cual solo bastaría inclinarse para verlo. Si Vd. reincide ya habrá capricho por su parte y no será difícil que aumente el número de los casos que desgraciadamente con bastante frecuencia publican los diarios, donde lo mismo que nosotras los habrá usted leído. Cuando usted sepa que un niñito duerme con su madre en la misma cama, avísele y convénzala del peligro, que éste corre, como lo haría si lo viese en una vía pública expuesto a ser arrollado por los vehículos que contínuamente pasan por ella.

Qué cama le conviene al bebé si la familia a que pertenece es muy pobre?

Si carece de los medios necesarios para proporcionar a su bebé una camita a propósito, puede tomar una cesta lo bastante ancha y larga o un cajoncito, para que el niño quepa con holgura. Los bordes deberán ser altos de manera que por una mala posición o un mal movimiento no ruede el niño al suelo, sufriendo golpes que con tanta facilidad pueden evitarse. No quedarán en el suelo, ni sobre sillas u objeto donde corran el riesgo de caerse, sinó sobre un baúl ancho y plano, una mesa fija o en un sitio que se vea al pasar y no se caiga al menor roce. Estas cunitas suplantan muy bien una de las compradas, siempre que se las mantengan en perfecto estado de limpieza, de lo que hablaremos después.

Y si los padres pueden comprarle una cunita, qué requisitos debe ésta reunir para elegirla convenientemente?

Si usted puede comprar una camita para su bebé, conviene que sea una cunita porque ocupa menos espacio y con más comodidad puede tenerla al lado de su cama, y las piezas de ropa de la cunita son pequeñas y como hay que lavarlas con frecuencia dan menos trabajo, y además la calorificación se verifica con mayor facilidad por que en espacio reducido es más rápida y económica. Recien después de los dos años, cuando su hijito es ya más grande, es cuando puede comprarle una camita-cuna.

Al elergir la cunita debe desechar todas las que sean mecedoras porque no hay que habituar al niño a que se duerma meciéndolo, pués esto constituye después en él un vicio que redunda en perjuicio de ambos, de la madre y del niño; el niño llorará para que lo amaquen y sin ellos ni dormirá ni callará, entorpeciendo los quehaceres de la madre que tendrá que molestarse por lo mismo cuando llore de noche. Además al cunar al niño, puede mover con demasiada violencia,—si no usted cualquier otra persona,—la cuna y provocar los vómitos con mayor razón si es después que éste se ha alimentado.

La cuna debe ser fija en sus patas o bien segun el tipo Moisés que tiene la forma ovóide suspendida de un aro con cuatro patas, en la cual se la puede poner o retirar haciéndola portátil.

En cuanto al material, tanto de la cuna como de la camita que usará después se deberá tener en cuenta que las

de hierro o de bronce son las más higiénicas porque se prestan mejor a la limpieza periódica y no son propicias para el desarrollo de gérmenes ni de insectos de los cuales hay que estar muy prevenido. Las de madera no deben ser preferidas, por reunir las condiciones contrarias a las citadas, aunque las de madera bien lisa y las de mimbre no son tan antihigiénicas, pero se queman con poco trabajo. También debe fijarse que sean lo bastante altas para que los perros u otros animales, que siempre hay en las casas, no las alcancen, y que tengan un reborde levantado para que el niño no se caiga por los lados. Las barras de hierro de la baranda deben ser estrechas porque podría pasar la criatura su cabeza entre ellas: si la baranda de la camita es movible, resulta más cómodo para el examen en casos de enfermedad. No deben tener cortinados espesos, con el objeto de precaver el niño de las corrientes de aire y de la excesiva luz, porque enrarecen el aire al no dejarlo renovar haciendo respirar al niño durante su sueño un aire viciado. Usted nos dirá que con estas cortinas al hallarse el niño a oscuras, dormirá sin necesidad de cantarle o de cunarle pero deberá saber usted que no es necesario que su hijito duerma todo el día; puede descansar y permanecer acostado con los ojos abiertos, que el sueño le sobrevendrá naturalmente cuando de él haya menester su organismo. En lugar de la cortina, que además acumula mucho polvo póngale usted a la cuna o a la cunita, tul mosquitero para que ni los mosquitos ni las moscas perturben el sueño. Nada de adorno, de molduras, ni de colgajos que impidan su limpieza; cuanto más sencilla e higiénica más bonita será.

Una vez que haya elegido inteligentemente la cunita o la camita tendrá que saber que colchón, mantas y almohadas necesita para ella. El colchón de lana tiene el inconveniente de absorver la orina con facilidad y de retenerla por mucho tiempo, tardando así en secarse; siempre que pueda usted comprar o hacer un colchón, ocúpese que sea de cerda, de crin o de plantas marinas desecadas llamadas «varech» que, se infiltran menos los líquidos y se secan más pronto. Puede poner si desea, dos colchones para alternarlos entre sí. Sobre la primera sábana se puede colocar un impermeable

con una colchita de franela encima para que absorba la orina, o un fieltro fino, para que el colchón no se moje y estropée pronto, pero con la condición de cambiarla cada ves que éste se moje. Tiene el inconveniente que la orina detenida en el impermeable, irrita la piel del niño por hallarse mucho tiempo en contacto con ella, pero el caso está en retirar inmediatamente del niño la pieza mojada.

La segunda sábana es necesaria para que se conserve limpia la frazada puesta sobre ella; la almohada no debe ser dura ni áspera para la cábecita delicada del bebé, sinó de pelo por que también es menos caliente que la lana o que la de pluma. No debe ser muy alta porque fatigaría al niño en lugar de cooperar a su perfecto reposo, sinó tal que la cabeza quede naturalmente a un nivel un poco más levantado que el cuepo. En la cuna o en la camita, tendrá usted a su niño más bien abrigado que muy liviano, pues su cuerpecito sumamente sensible sufre más que usted misma el frío y los cambios de temperatura, así que no puede juzgar el grado de sensibilidad física del pequeño por el suyo, sinó pensar que siempre sentirá en este sentido más que usted. Tampoco queremos decirle que lo abrigue tanto hasta provocarle la transpiración; si esto sucediese debe entonces aligerarle el abrigo pero con mucho tino.

Como ya hemos dicho, el niño necesita, especialmente en los primeros meses de su vida y en invierno, calor para vivir porque su organismo, tan frágil aún, no puede desarrollarse con suficiencia y entonces se debe proceder por medios artificiales. Se hace uso del termóforo que es un tubo de metal esmaltado que circunda interiormente la cuna o la camita entre las dos sábanas. A este tubo se le llena con agua caliente y se la arroja después por una abertura especial, cuando ya ha irradiado todo el calor manteniendo el pequeño en una temperatura conveniente. Esta calefacción es muy necesaria, pero hay que cuidar que el niño no se halle en contacto con el aparato porque podría quemarse y además hay que tenerlo con agua caliente mientras el niño esté acostado.

En el Pabellón de Niños del Hospital Centenario, Servicio del Dr. Rueda, hemos visto que cada camita tenía su termó-

foro bien dispuesto y muy blanco bastándole con esto una sána y una frazada como cobertores. En un principio, cuando recién los usaron, vieron que después de hechar dentro el agua caliente y al irradiar esta su calor, la diferencia de presión, entre la del exterior y la del interior producía una abolladura en el metal y para salvar esta dificultad se ideó y se hizo una pequeña abertura lateral de modo que se equilibraran ambas presiones.

Nos preguntará usted: «Como debo acostar a mi pequeño en el lecho?».

La cuna o la camita, está destinada al reposo del niño y por tanto hay que proporcionar a éste la manera más cómoda de estar en ella y la más conveniente: acostará usted al niño con su camisita, batitas de abrigo y pañal bien estiradito, no ajustado, para permitir los movimientos necesarios y de medio lado. Decimos que debe acostarlo de lado, porque de espaldas existe la desventaja que si el niño vuelve el alimento, se le quede en la boca, exponiendolo, a ahogarse si no se acude oportunamente para ponerlo boca abajo, mientras que de costado no sucederá esto nunca. Pero es necesario alternar esta postura con el costado izquierdo o con el derecho, por que en el período de formación ósea del cráneo, pueden producirse diversas deformaciones en la cabecita del niño cuando apoya con preferencia sobre una sola parte.

El doblado de las frazadas debe llegarle al cuello y no cubrirle la cabeza, con el objeto de que ésta quede bien abrigada, porque un movimiento puede llegar a cubrirlo por completo.

«Que debo hacer para mantener bien aseado el lecho de mi pequeño».

En primer lugar, quitar enseguida las ropas de cama cada vez que estén mojadas y sustituirlas por otras bien limpias. Muchas madres se conforman con tender al sol las prendas mojadas resultándoles muy cómodo el procedimiento y las lavan solo de tanto en tanto; pero se comprenderá ya lo antehigiénico que esto será. Se las debe lavar siempre y desinfectar algunas veces para mantener una completa higiene en todo cuanto al bebé se refiere.

Es indispensable lavar la cuna o la camita de vez en cuando con agua hirviendo, o bien pasarle un algodón empapado en alcohol y prenderle fuego para exterminar los microbios que como el polvo, pueden haberse acumulado allí. Mucho sol y mucho aire convienen a la cuna o camita, porque ellos son los higienistas naturales más constantes y eficaces en esta obra benefactora.

« *Dónde debo situar la cuna o camita de mi bebé ¿* ».

En proporción, un niño pequeño necesita más aire que una persona adulta y seguramente usted y su hijito duermen en la misma habitación: no es así?; pués entonces debe haber en ella capacidad suficiente para el niño y para usted o para el ama, o niñera, que lo acompaña. Usted habrá visto que en una habitación misma duermen los padres, tres o cuatro hijos ya grandes y uno de meses y todavía más, completamente encerrados « para no tomar frío »; esto es una barbaridad: el aire confinado y cargado con las emanaciones del cuerpo los está envenenando y matando poco a poco, y: cómo no sufrirá con mayor razón el organismo de ese ser débil, ávido de un ambiente puro y sano para seguir viviendo?. En estos casos deben arreglarse de modo de proporcionar al pequeño las mejores condiciones necesarias para su salud. El ideal constituiría en que su hijito tuviese su habitación especial y en plena camunicación con la de usted o la persona destinada a cuidarlo.

Ahora, no basta que usted le prepare un dormitorio particular: es preciso que usted sepa las condiciones que éste debe reunir y las malas que tiene que salvar para que lo disponga de acuerdo con las sencillas leyes de la higiene.

« *Que condiciones debe tener ésta pieza?* ».

La pieza donde usted coloque la cuna o la camita de su bebé debe tener una capacidad de 15 a 20 mt.^{3} para que haya aire suficiente y éste se pueda renovar con más amplitud.

Habrá dos puertas altas o una puerta y una ventana alta para que el sol llegue hasta el fondo y el aire viciado, que ocupa la parte superior de la habitación, circule y salga facilmente, efectuandose así la renovación aérea bien completa; es mejor que la puerta o la ventana tenga banderola o que le falte el vidrio último para que estando de noche bien seguros, se

efectúe sin embargo una buena ventilación. En el caso de la ventilación no hay que cometer excesos y exponer a la criatura a una corriente de aire; cuidará de no colocar el lecho entre las dos puertas o la ventana y la puerta, ni en la dirección en que el aire vaya directamente, pues éstas corrientes son peligrosas y producen los resfríos, pulmonías, dolores de vientre etc.

Respecto de ésto, la cuna o la camita, debe ubicarse de modo que los rayos solares los alcancen; si esto no fuese posible, se dejará a la mañana la puerta abierta y se correrá la cuna al centro de la pieza, para que el sol desempeñe en ella su papel de higienista, y no vaya a olvidarse usted jamás de exponer a su hijito bajo la acción directa del sol, porque sin sol no hay salud, ni colores, ni alegría, la naturaleza misma nos lo enseña. Seguramente que nunca habrá visto usted una flor de las sombras con tintes vivos, ni un pájaro cantando en un sitio oscuro; aquella es siempre pálida y éste se duerme, se entristece y se enferma si en varios días no vé la luz solar. No haga usted de su hijito una «flor de estufa», por miedo de que el sol vaya a quemarle la tez blanca y fina.

El buen estado fisiológico depende en gran parte de la perfecta limpieza que con él y con cuanto le rodee se tenga, de modo que el sitio donde ha de pasar la mayor parte del día debe prestarse cómodamente a ello.

Las esquinas de la habitación deben desaparecer haciéndolas redondeadas, porque así se acumulan menos el polvo y los microbios que lo acompañan y la limpeza es más segura.

Por la misma razón nada de molduras, ni de rendijas en el techo, ni en el piso, y es muy frecuente ver a los padres estar orgullosos del dormitorio que han destinado a su hijito por lo lujoso y lleno de adornos, de relieves, sin ver lo sucios que son, y su orgullo debía residir en la sensillez, comodidad, amplitud y aseo de la habitación. Los colores de las paredes y del techo, tales como el rojo, o azul subido, reflejan la luz con mucha intensidad y hieren la retina; por eso los más convenientes son los tonos pálidos como el rosa muy claro, el celeste o crema.

La pared estucada es la que más se presta para ser lavada diariamente, con un paño mojado, o sinó la pintura al oleo o

la con azulejos hasta la mitad. Las paredes húmedas deben ser desechadas porque enferman al niño; es necesario que sean bien secas y lisas.

Los techos lisos enyesados son buenos: los más antihigienicos son los de papel engrudados en lonas, que se rompen con facilidad y mantienen perfectamente una legión de microbios o insectos, imposibles de destruir, que el engrudo descompuesto alimenta con generosidad cada día. El de madera de junturas bien reunidas, es más caliente, pero tiene la desventaja de retener mucho tiempo el agua y para salvar esto se le ensera y pinta.

« Como debo amueblar el dormitorio de mi bebé? ».

No se afane usted en llenar de muebles la habitación que cuanto menos cosas haya y más sensillos éstos sean, mejores condiciones reunirá.

El cuarto donde el bebé debe dormir no tendrá cortinados, ni alfombras, ni tapicerías de ninguna clase, que por lo mismo que cuesta limpiarlas conservan el polvo que en ellas se deposita y por consiguiente los microbios, siendo el más terrible de ellos el de la tuberculosis, enfermedad, como otras que bien pudieran evitarse despejando la pieza por completo al librarla de estos focos de infección. Se pueden reemplazar las cortinas por los vidrios pintados. Además de la cuna, o camita, el roperito o baúl, el lavatorio, la mesa y las dos o tres sillas, deben ser bien lisas sin tallados ni adornos, de modo que puedan limpiarse bien y pronto.

« Que medio de calefacción es el conveniente para mantener la habitación de mi pequeño a una buena temperatura ?».

A veces, la habitación donde el niño duerme, es fría, especialmente en invierno y entonces se hace necesario elevar la temperatura de dicho ambiente por procedimientos artificiales.

La gente pobre, hace uso del brasero entrándolo en la habitación donde les resulta cómodo también para cocinar al mismo tiempo, pero sabemos que a veces desprende humo y que enrarece el aire respirable, efectos bien sencibles por el mareo, el dolor de cabeza y el malestar general que sienten las personas que buscan su calor.

Hemos leído varias noticias publicadas en los diarios «La Razon» y «La Nación», en que una familia entera había perecido asfixiada durante la noche por haber dejado en el dormitorio un brasero encendido. Es peligroso usar el brasero como calorífico por las fatales consecuencias que trae cuando con él se comete un descuido cualquiera. Otro inconveniente que hace inútil su aplicación, es el de calentar mucho de cerca y muy poco de lejos, cuando el fín que debiera llenar es el de no localizar el calor, sinó el de calentar por igual las partículas de aire que ocupan el recinto. Las chimeneas y estufas a carbón o leña son mejores, aunque nó las preferidas. Estas tienen, sobre el uso del brasero, la ventaja de un intenso tiraje efectuado por una chimenea, que pasando por la pared asoma a la azotea; de este modo la influencia perniciosa del envenenamiento del aire queda bastante salvada. Estas clases de estufas generalmente se hallan fijas a la pared y es probable que no existan en abundancia, porque el progreso ha llegado hasta ellas y las ha desbancado favorablemente.

Respecto de las estufas alimentadas con carbón, se hallan las que calientan el aire manteniendo un depósito permanente de agua caliente, una como hace poco fué colocada en la Sala de Niños del Hospital Centenario que atiende el médico especialista de niños Dr. Pedro Rueda. Este aparato de calefacción, consta de un sitio reservado para el carbón, de donde sale una chimenea hacia el interior de la pared, para el tiraje; sobre el fuego descansa un alto depósito de metal, con agua hirviendo; el vapor de agua sale condensado, por un pico de metal sobre una piletita. Presta gran utilidad por el agua caliente y limpia que se obtiene a discreción.

La calefacción por el vapor, es un buen sistema; pero hay que vigilar constantemente que los caños que contienen el vapor, alejados en el interior de los zócalos, no estén rotos.

El ideal de estufas por lo higiénicas y cómodas son las que funcionan a electricidad; pero resultan costosas porque las bujías destinadas a calentar la habitación, gastan mucha electricidad.

Usted dirá que la calefacción en la habitación beneficia por un lado y perjudica por otro, porque al salir de ésta, el cambio

brusco de temperatura reciente notablemente el organismo. Pero en esto, como en todas las cosas, hay que tener muchas precauciones y si usted se halla en la pieza calentada, con su hijito, no debe situarse entre la corriente de aire establecida por dos puertas abiertas, ni frente a una rendija. Hablamos de usted, porque respecto de la situación del bebé en la cuna, lo tendrá resguardado de estas corrientes, como le dijimos anteriormente.

Cuando abandone la habitación calentada artificialmente, póngase un sobretodo y abríguese bien sin olvidar el cuello y la nuca: no vaya a otra habitación tal cual se hallaba, para quedar tranquila o sentada: puede salir con poco abrigo, mientras sea para correr o hacer un ejercicio activo que mantenga en todos los casos al cuerpo a la misma temperatura anterior sin que sienta la nueva más baja.

Mientras preserve el cuerpo de todo cambio brusco siguiendo estos pocos y sencillos consejos, la buena estufa en la habitación del niño no será mala, sinó, por el contrario, muy necesaria.

« Acostumbraré a mi hijito a que duerma con o sin luz ? »

El niño a veces tarda en dormirse, porque la luz se lo impide: atágesele la luz con una pantalla o quítesele por completo y el niño no tardará en dormirse. Si usted le ha acostumbrado a tenerlo con luz hasta que duerma, apáguesela y el niño llorará; pero no se alarme que terminará por dormise y a habituarse a este método mejor para él y para usted misma.

Esto no quiere decir que en la habitación no deba haber luz; al contrario, esta es muy necesaria durante la noche por cualquier causa y en los casos de enfermedad. La luz mejor para el cuarto donde deba dormir su bebé, es la eléctrica con lámpara translúcida que mitigue la intensidad de la luz: es higiénica por lo limpia, es pronta y poco costosa.

El gas vicia mucho el aire y hay que estar con el constante cuidado de que no haya el menor escape, siendo por tanto poco recomendable.

La vela de estearina, o el aceite, son buenos bajo el punto de vista higiénico y no así del peligro que encierran de poder incendiar el mosquitero y la cuna del bebé u otro objeto al cual por descuido se le haya arrimado.

El petróleo o la nafta, empleados en lámparas, para la iluminación, despiden mal olor y es fácil que desprendan humos cargando el aire de carbono y haciéndole irrespirable. Provocan dolor de cabeza, mareos, y resulta poco económico.

« Cómo haré para mantener el dormitorio de mi niñito en perfecto estado de higiene? ».

Diariamente hay que limpiar el piso con un lienzo mojado, o barrerlo con aserrin o arena húmedos para que ni el polvo ni los microbios se levanten mezclándose con el aire respirable. Ante todo, no barra con la escoba seca, porque solo se consigue diseminar el polvo y con éste los micro-organismos que se hallan quietos en la superficie del suelo, respirándolos luego con el aire y depositándolos sobre los muebles.

Si usted limpia el piso todas las mañanas en esta forma, no necesita sacar al niño de la habitación, cuando se hace la limpieza, de vez en cuando se debe lavar bien el piso con jabón y desinfectarlo. Al zócalo, si es posible, se le lavará igualmente. Se vé muchas veces que olvidan la limpieza de la parte superior del dormitorio, pues esta se halla con polvo y telas de araña o insectos que, además de darle un aspecto sucio, son centro de microbios que deben desaparecer y destuírse lo más pronto posible. Se pasará al efecto un plumero de mango largo por el techo y paredes, con bastante frecuencia. Por los muebles se pasará el lienzo para quitarle el polvo. Sobre todo, debe usted, cada mañana, abrir bien las puertas y ventanas del dormitorio donde ha pasado la noche su pequeño, a fín de que el aire se renueve y de que el sol bañe la cuna y los rincones del mismo.

Después de estas sencillas y vulgares observaciones, pero así mismo muy poco tenidas en cuenta, pasaremos a hablar del baño del niño.

« Debo o no bañar a mi hijito? ».

La higiene del cuerpo es la base de la salud del niño, de modo que si usted desea a su hijo sano, báñele diariamente siguiendo los buenos consejos necesarios de conocer sobre este asunto importante para que se obtengan los mejores resultados. Muchos no bañan a sus hijitos, más que de vez en cuando por temor a enfermedades y otras series de ideas absolutament

falsas, pues las enfermedades provienen más bien de no bañarlo con frecuencia.

« Necesito comprar una bañadera especial para bañar a mi bebé ? »

No es indispensable si usted no posee los medios, porque esto no constituye ningún grave inconveniente; un recipiente cualquiera bastante hondo y ancho de modo que el niño quepa cómodamente, un fuentón grande, una palangana espaciosa pueden hacer sus veces. Cuando el niño sea mayorcito y necesite una bañadera más grande, puede comprarla de latón o sino enlozada o de loza, con una abertura que permita la salida del agua, bien lisa y con los bordes redondeados para que no se lastime.

« Cuándo debo preparar el baño y cómo debo hacerlo ? »

Durante los primeros meses, puede usted bañarlo cada día sin dejar de limpiar bien diariamente al niño según las reglas del buen aseo. A la mañana, antes de alimentarse el niño será bañado y no después, hasta que no hayan pasado dos o tres horas. Si el niño es nervioso o no duerme tranquilo, conviene bañarlo antes de acostarlo, porque es un gran calmante y lo mismo muy eficaz.

Para preparar el baño es indispensable que la bañadera esté bien limpia, para cuyo efecto se la debe lavar previamente con jabón y agua hervida y de vez en cuando esterilizarla, mojándola con alcohol y prendiéndole fuego.

No use jamás bañadera prestada, porque usted no sabrá el uso que ha tenido, ni tampoco preste la suya porque al recuperarla resulta en primer caso y con generosidades mal entendidas enfermedades en su pequeño, atribuyendo usted el mal a todo menos a la bañadera y en caso inevitable desinfectarla antes de usarle. Se pondrá, después en la bañadera el agua hirviendo y el agua fría bien limpias y un termómetro dará noticia de la temperatura que se obtenga. De treinta y cuatro a treinta y cinco grados es la temperatura conveniente para el baño del niño; no debe ser muy fria ni demasiado caliente, porque como extremos siempre son malos.

El agua de la bañadera no deberá ser escasa ni ocupar el máximo de capacidad, sinó una cantidad suficiente ya calculada

de antemano. El agua así preparada, pura, sin agregados de ninguna clase, constituyen el mejor baño para higienizar refrescar y hacer al niño resistente y menos suceptible a adquirir catarros, broquitis, etc.

« *Como debo proceder para bañar a mi niño?* ».

Si la bañadera está dispuesta en el cuarto de baño, conviene llevar al niño envuelto hasta ella, a fin de que no tome frío: en cambio, si ésta es portátil, lo cual resulta más conveniente, la colocará en el dormitorio del niño y cerrará bien la habitación para evitar las corrientes de aire. Quitará al niño todas las ropas y tendrá buen cuidado al tomarlo, para evitar accidentes: en la mano izquierda apoyará la cabeza de su hijito por la nuca, y con la mano derecha, lo tomará por las nalgas de modo que quede acostado sobre ellas, boca arriba y bien seguro; en seguida lo pondrá dentro del agua sugetándolo bien, porque el cambio del medio ambiente y además el haberle desvestido provacan en él, el llanto; pero lo que hay que cuidar es no retirar ninguna de las manos cuando se mueven mucho para que no se golpee o se ahogue. Hay que prestar mucha atención en esta importante operación del baño, porque una mala postura en los niños los expone a un sin número de accidentes sobre las resistencias de las articulaciones, de los ligamentos y de los huesos tiernos. Si el niño está bueno, el agua bien preparada y usted ayuda a tranquilizarle, se quedará quieto bien pronto y aquella manifestación violenta, resultará momentánea y natural. Usted lo sostendrá por la nuca solamente con la mano izquierda dejandolo a flote de modo que quede cubierto por el agua hasta el cuello, y con la otra mano le lavará bien con una esponja suave o con algodón hidrófilo, pues se presta mejor para ello y lo jabonará con jabón suave de tocador que no le perjudique la piel delicada y fina raspándole o quemandole.

Le hará una limpieza prolija de la piel, con especial atención en los pliegues que forma en el cuello, en los brazos y en las piernas, para librarlas de los microbios y excreciones que suelen depositarse allí y ser origen de erupciones y lesiones diversas y para dejar expeditas las aberturas de las glándulas sebáseas y sudoríferas, activar la circulación de la sangre y la respiración, que se hace por la piel. No deben ser olvidados

nariz oídos y ojos a los cuales hay que dedicar especial atención limpiandolos bien con un algodón limpio, mojado en agua tibia para evitar irritaciones o enfermedades en los ojos, para limpiar la nariz de las mucosidades que dificultan la respiración y no hacer de estas ni del oído un asiento de microbios que se propaguen tranquilamente y le produzcan después grandes daños. La cabeza será lavada siempre como cualquier parte del cuerpo pero que se mantega bien limpia y la grasa la transpiración y el polvo, con la humedad, no formen ese fango amarillento negruzco, repartido en costras sobre el cuero cabelludo, que todas las madres ignorantes tratan de faborecer y conservar como síntoma de buena salud. Ha visto usted algunas vez que un niño que ha conservado bien aseada su cabeza y que nunca ha tenido esas escamas repugnantes, haya muerto o enfermado por esa causa?. Es seguro que no, porque la higiene no destruye ni mata sinó que dá vida y mantiene la salud. No olvide nunca de lavar la cabeza a su hijito.

Cuán grato resultará para usted el bañar a su hijito, cuando le vea mover los bracitos y las piernas, mirarla contento y sonreírle con infinito placer. Pero no se deje entusiasmar demasiado que el baño debe durar tres o cuatro minutos porque si lo prolonga lo expondrá usted a un enfriamiento o cualquier otro mal destruyendo así por completo la influencia sana del baño.

Para sacar la criatura del baño lo tomará usted con la mano izquieda por la nuca como lo tenía y con la derecha por las piernitas o los tobillos en alto y lo envolverá sobre la cama en una tohalla de baño calentada previamente para que el cambio no resulte brusco y procederá a secarle con prontitud y suavidad.

El baño influye notablemente en el espíritu del niño y verá usted que al sacarlo del agua llora desesperado porque le quita, lo que para él constituye un gozo inmenso.

Hemos tenido oportunidad de observar estas manifestaciones, porque nosotras mismas hemos bañado niños en la sala de niños de Pecho del Hospital Centenerio, — varias veces aquí citado, — de donde hemos sacado estas enseñanzas que nos complacemos en trasmitir a las madres para bien de tantos niñitos

que inocentemente sufren la ignorancia y desconfianza de éstas.

Una vez bien seco, se le pasará por todo el cuerpo un algodón con talco o con polvo de almidón y especialmente por los pliegues de la piel y se le vestirá inmediatamente.

La higiene del niño no debe quedar satisfecha jamás con el baño diario o periódico, sinó varias veces al día se le debe lavar la cara, los ojos y las manos con un algodón limpio. El bebé toca siempre con sus manos todo lo que cae bajo ellas y con la misma facilidad las lleva a la cara, dentro de la boca, a los ojos y a la nariz, infectándolas con tierra, la suciedad y los microbios que ha recogido. Al mismo tiempo puede arañarse si las uñas son largas, o rómperselas lastimándose los deditos y todo esto puede evitarse en primer lugar, lavando siempre las manos del pequeño, con agua y un algodón o lienzo y recortando bien las uñas. Además cada vez que se le cambien los pañales conviene limpiarlo bien con una esponja o lienzo, mojada, secarlo y ponerle talco para higienizarlo y conservar la piel en perfecto estado y bien sana.

Pasaremos a hablar de los vestidos del bebé:

« *Que cualidades deben reunir los vestidos para mi hijito?* ».

Usted vestirá a su hijito con una ropa que no sea muy pesada una ropa de tela liviana, pués resultan muy molestos esos géneros gruesos y duros: además, las batitas y otras piezas que usted hará a su niñito las confeccionará muy holgadas, y por último, otra condición que debe usted tomar en cuenta es la de ser abrigados: en efecto, cuando el niño es pequeño sufre muchísimo el frío y la baja temperatura puede acarrearle una grave enfermedad.

« *Con que sujetaré las ropitas de mi bebé?* ».

Las ropitas que usted pondrá a su bebé las sujetará con cintas o tiras y deberá desechar en absoluto los botones, porque llegan a irritar la delicada piel del niño; lo mismo suprimirá por completo los alfileres comunes porque son, en muchos casos, causas de molestias graves en el niño, o bien pueden producirle heridas. No olvide jamás que los alfileres comunes deben abandonarse al vestir al bebé lo que usted empleará

en reemplazo de los anteriores serán los alfileres de gancho, bien seguros que necesitará para sujetar los pañales.

« *Como vestiré a mi bebé?* ».

Vestirá usted a su hijito de manera que el niño tenga libertad en sus movimientos.

Cuidado con fajar a la criatura muy estrechamente, con los brazos adentro de la faja. Su hijo crecerá torcido, con algún defecto en el cuerpo, si usted lo sigue vistiendo así, y siempre que alguna amiga suya haga lo mismo, recomiéndele lo que debe hacer.

Los brazos y las piernas, bien sueltos, para la libertad de los movimientos; no use aquellas fajas de varios metros de largo que usaban y que aún el vulgo usa, que envolvían al niño estan estrechamente que impedía hacer movimientos; deberán desecharse y por el contrario se usarán las fajas cortas que no ajusten demasiado y colocadas de manera que no impida los movimientos.

En una palabra: el vestido del niño debe satisfacer el abrigo sin impedir los movimientos, pues tiene una influencia importante en la función muscular.

Así tenemos que cuando se hallan apretados los miembros (brazos y pi rnas) no permiten su movilidad y por otra parte impiden la libre circulación de la sangre, sobre todo cuando se recuerda que la acción muscular es uno de los mayores factores de la circulación venosa.

La opreción que el vestido ejerce sobre el tórax, tiene una influencia igualmente por el libre juego de la respiración, y por lo tanto de la oxigenación de la sangre, y ambos hechos, mala respiración y mala circulación no pueden menos de perturbar la función principal, la elaboración de los alimentos, la nutrición.

« *Que clase de tela usaré para la ropita de mi bebé?* ».

No le exigimos una tela determinada: usted confecionará la ropita con la tela que tenga o que pueda, pero siempre que reuna las condiciones que le hemos indicado (nos referimos siempre a personas pobres); vestirá con más o menos ropa según la estación.

« Cómo procederé para vestir a mi hijito? ».

Para vestir a su hijito usted procederá de la siguiente manera: introducirá las mangas de las dos o tres batitas que usted le quiera poner, una dentro de la otra, para poderlas pasar todas juntas por los brazos del niño.

Sujetadas por detrás como ya lo hemos indicado, las estirará muy bien para que no formen pliegues y molesten a su niño; esta precaución deberá tenerla también con los pañales que le irá poniendo. Para sujetar los pañales tomará cordones o alfileres de gancho, pero nunca alfileres comunes.

Cuando usted haya vestido a su niño se fijará si él puede mover sus brazos y sus piernas, pues es una de las principales condiciones para su crecimiento.

« Debo o nó cambiar con frecuencia la ropa a mi bebé? ».

Es muy indispensable que usted cambie lo más a menudo posible los pañales y las demás ropas, de manera que la orina y las materias fecales no queden en contacto con la piel de los muslos y de las nalgas pués se producen eczemas y ulceraciones que pueden infectarse y ser mortificantes. Por estas mismas razones es necesario que usted tenga una buena provisión de piezas de ropa, teniendo en cuenta que en el niño sano los pañales y mantillas deberán ser cambiados al principio, de ocho a diez veces por día, y las camisas; batas, por lo menos una o dos veces diariamente.

ESTERILIZACIÓN DE LOS UTILES EMPLEADOS EN LA ALIMENTACIÓN DEL NIÑO

El conocimiento de los medios empleados para esterilizar los útiles en que el niño toma habitualmente su alimento es de capital importancia no solo para las madres de los niños, sinó para todas las personas a él allegadas.

Se ha probado que multitud de desarreglos y enfermedades sufridas por las criaturas, son debidas al descuido en que incurren muchas madres ignorantes o despreocupadas.

En efecto, hemos presenciado en el « Hospital Centenario », Sección Lactantes dirigida por el Dr. Pedro Rueda, la reacción

favorable que en pocos días ha sufrido la salud de niños sólo resentida por la mala esterilización de los útiles empleados. Puede citarse el niño Antonio Gulo que ingresó enfermo con vómitos y a los 21 días sale sano; Alfredo Ogrerzan que a los 12 días queda perfectamente bien y es dado de alta; lo mismo ocurrió con otro niño, Angel Vicente, que salió bastante mejorado con solo 5 días de estar sometido a esta práctica.

Estos cuidados deben ser tenidos en cuenta por todas las madres; nó solo por las adineradas sinó por aquellas aún más indigentes, puesto que con un ínfimo gasto, mejor dicho, con ninguno, pueden higienizar los útiles en que el niño toma su alimento.

Una práctica sencilla y económica (yá que estos dos factores son de la mayor importancia en la cuestión de la alimentación higiénica del niño) es la siguiente, que aconseja nuestro maestro, el Dr. Rueda, para el uso diario en la gente del pueblo.

El recipiente destinado a recibir la leche que debe ser tomada directamente de la vaca, nunca del tarro, debe hervirse previamente con agua y ántes que ésta se enfríe, se vacía el contenido y se recibe la leche, que se ordeña directamente.

Inmediatamente se procede a hervir la leche que no solo se habrá librado así de muchos microbios, sinó de todos.

Como se puede observar, perseguimos el objeto de divulgar entre la gente pobre preceptos higiénicos fáciles de aplicar en la práctica y hacemos, por lo tanto, abstracción completa de sistemas industriales y solo nos dedicamos a lo que podríamos llamar un modo casero de manipular la preparación de las raciones.

Un procedimiento práctico e higiénico para conservar en buen estado las raciones dadas al niño, consiste en distribuir la leche en botellas o frascos de vidrio, con tapones de goma o de vidrio.

Quizá parezca más cómodo conservar las raciones en una sola botella; pero esto es inconveniente porque al trasvasar pueden ensuciarse los frascos y aún los alimentos, resintiéndose de este modo la salud del niño.

La mamadera, la goma, el chupete, los frascos que contienen la leche, todos deben ser objeto de un cuidado minucioso por parte de las personas encargadas de suministrar las raciones al infante.

Sabido es que el polvo contiene gran cantidad de microbios en suspención y que éstos resisten la temperatura normal del agua.

Tampoco es conveniente que los lavajes se hagan con agua tibia porque ésta es la temperatura más propicia para el mántenimiento de la vida microbiana. Por todas estas razones es indispensable, para asegurar la limpieza de estos útiles, que el agua haya llegado al grado de ebullicion, temperatura que no resiste casi ningún microorganismo.

Análogos cuidados deben dispensarse a los chupetes con que se entretienen las criaturas. Estos constituyen un agente propagador de enfermedades porque con suma facilidad caen al suelo cubriéndose de una capa de polvo. Para evitar esto, es conveniente colgar los chupetes del cuello del niño, por medio de una cinta suave, para que no les haga daño. De esta manera se impide que la goma caiga al suelo; no obstante estos cuidados. es necesario lavar a menudo los chupones porque las moscas pueden depositar en ellos sus excreciones.

CONCLUCIÓN

Puede afirmarse que la mortalidad infantil disminuirá sensiblemente el día que el pueblo quiera aceptar y practicar los consejos de la higienización del alimento y de los útiles empleados en la administración del alimento artificial.

DENTICIÓN

Elvira Stoisa y Amanda Bollin.

Una de las cuestiones dignas de tenerse en cuenta y de gran importancia durante la primera edad del niño es, sin duda, el período de la dentición.

Vulgarmente se cree que el malestar del niño durante la erupción de los dientes, es únicamente debido a dicho fenómeno; idea tan equivocada como perjudicial.

Se ha tenido ocasión de comprobar en la Sala de Puericultura a cargo del Dr. RUEDA del hospital Centenario de esta Ciudad, casos de niños atacados de complicadas y peligrosas enfermedades por el solo hecho de que las madres, culpando a los dientes, han demorado la revisión médica del niño.

Expondremos en breves palabras el orden de erupción de los dientes y las pocas perturbaciones que dicho período trae, a fin de evitar en lo posible todo cuanto mal puede ocasionar la ignorancia de tan necesarios conocimientos.

Los primeros dientes que aparecen son los incisivos inferiores y ocupan la parte central de la mandíbula; son cuatro y se hacen visibles más o menos de los 6 meses.

Pueden también aparecer a los 7 u 8 meses, pero no se puede hablar de retardo antes de los 9 meses. Ha habido casos de niños que contaban un diente al nacer.

Hay que tener en cuenta la alimentación pues si es deficiente puede retardar la erupción dentaria.

Un mes o dos después los incisivos superiores aparecen y entonces los laterales no se hacen esperar. De los 18 a los 20 meses este grupo debe ya completarse. Se nota luego un intervalo relativamente largo para la aparición de los molares que generalmente salen a los 24 meses. Sigue inmediatamente la aparición de los caninos para dejar como último grupo a los molares gruesos. Puede decirse entonces que el niño, de los 28 a los 30 meses, tiene completa su dentadura de leche. En total: 20 dientes.

Además de las condiciones de la alimentación que puede retardar la aparición de los dientes hay que tener en cuenta cuestiones de familia y de raza.

Hay niños en determinadas familias cuya aparición es muy pronta, mientras que hay otros donde es tardía; esto es debido a la herencia.

Pasaremos ahora a enumerar las perturbaciones que puede traer consigo la aparición de los dientes. Son muy pocas las enfermedades infantiles atribuídas a la dentición; tales: ligeros

insomnios, el niño puede ponerse fastidioso, los pañales quizá más frecuentes pero repetimos son alteraciones pasajeras y que por lo tanto cuando persisten obedecen a otra causa, que exige la inmediata presencia del médico.

Hemos dicho anteriormente que estos casos no son graves y para desterrar la idea general de que todos los males del niño durante la dentición son debidos a ella, recordaremos lo que dice el doctor JULIO COMBY que «después de haber examinado durante 24 años en los hospitales, visitado por millares de niños declaró que jamás he visto una enfermedad o una indisposición grave cuya causante sea la erupción dentaria». El doctor ROGER, cuyas experiencias no dejan nada que desear, considera los accidentes de la primera dentición como absolutamente insignificantes. Las enfermedades de la dentición son imaginarias.

Si la dentición no es capaz de producir enfermedades, tampoco lo será de agravar las existentes.

Algunos consideran la dentición como una época crítica para el niño y dicen: «*bello niño hasta la dentición*».

Lo crítico de esta época de la vida no es precisamente la dentición, es el período en que el niño está expuesto más que nunca a las enfermedades contagiosas, ya sea por falta de higiene, factor principal de la mortalidad a esta edad. No es porque sea el período de la dentición, la edad más expuesta, sino porque el niño es muy débil.

Dejando a un lado todo lo que a higiene se refiere, aconsejamos una vez más a las madres que cualquier indisposición de sus niños durante la primera infancia, no se la atribuya a los dientes que son los más inocentes, sinó que recurra inmediatamente a la revisión médica, ya sea a un hospital, ya a un médico particular si está en condiciones. Tened, madres, siempre presente lo que dicen los doctores en este escrito nombrado.

RACIÓN ALIMENTICIA DEL NIÑO

Maria Lutereau y Amanda Ferré.

Nada nos puede dar una idea más exacta de nuestra debilidad, dice BUFFON, como el estado en que nos encontramos inmediatamente después de nuestro nacimiento.

El niño por sus propios medios no podría conservar la vida; depende exclusivamente de la madre durante un año más o menos.

El recién nacido viene al mundo desprovisto de todo; debe recibir la leche y los cuidados de su madre; el alimento maternal es la mejor salvaguardia de su vida, durante su primera edad.

Siempre será la madre la que debe ocuparse de la alimentación de su hijo y no por puras vanidades entregarlo a manos extrañas.

La madre nunca debe renunciar a esta sublime misión, solo cuando la imposibilidad física se lo impida y por orden del médico.

Por lo tanto, siendo la leche humana muy superior a cualquier otra, solo debe administrarse la lactancia artificial en casos especiales.

Es más saludable para el niño, tomar por lo menos en sus 9 ó 12 primeros meses, leche materna, porque sus funciones gastro-intestinales están establecidas para esa clase de leche.

De aquí que sea muy delicado criar a los niños desde su nacimiento, artificialmente.

Desde este punto de vista, todas las instituciones que permiten a las madres dar el pecho, durante los 7 primeros meses del nacimiento, contribuyen grandemente a disminuir la mortalidad infantil.

Es de alta importancia fijar tan exactamente como sea posible la ración fisiológica que conviene a un niño normal, para evitar las perturbaciones orgánicas y favorecer su crecimiento regular.

La cantidad de leche que el niño absorbe en cada mamada, tanto en el día como en la noche es muy rigurosa. Para conocer la cantidad de leche ingerida por la criatura, debe pesarse a éste antes y después de haber tomado alimento y la diferencia será la cantidad de leche que ha tomado.

La cantidad de leche que ingiere el niño, debe ser proporcional a su peso. Por ejemplo: un niño debe tomar 150 gramos por cada kilo de su peso, así si pesa 5 kilos, al día toma 750 gramos o sea 150x5, y como se reparten en seis mamadas resulta que en cada una debe tomar 750:6 = 125 gramos.

Además la cantidad de leche ingerida debe ser proporcional a la capacidad del estómago, y por lo tanto lo será a su edad y peso.

	1.ª	semana	de	30	a	35	grm.	en 9	mamadas.
	2.ª	„	„			50	„	„ 9	„
	3.ª	„	„			60	„	„ 8	„
de 4.ª a	8.ª	„	„	75	a	90	„	„ 8	„
	2.º	mes				100	„	„ 7	„
	3er	„				120	„	„ 7	„
de 4.º a 5.º y	6.º	„	„	135	a	160	„	„ 6	„
7.º „ 8.º y	12	„	„	180	„	200	„	„ 6	„

Sin embargo el niño no tomará rigurosamente la cantidad asignada, pués puede alterar un poco, tomando en una más que en otra.

Es un grave error el de las madres, que creen que su hijo crecerá más rápidamente cuando más leche tome; otras se imaginan que cuando llora es por falta de alimento, aunque hayan terminado de tomar en ese momento, como si no hubiera otro motivo que los hiciera llorar.

A menudo el niño, llora por un exceso de alimento, causa por la cual se siente molesto, o bien porque están mal envueltos y quieren cambiar de posición. Cuando los niños, toman menos cantidad de leche que la necesaria para su organismo, se debilitan disminuyendo poco a poco de peso sin causa aparente y es debido a que el niño se alimente a expensas de sus propios tejidos.

En cambio cuando la alimentación es excesiva, el funcionamiento del aparato digestivo se altera, manifestándose por vómitos frecuentes de leche y malestar del niño traducido casi siempre en contínuos llorisqueos.

El primer caso es mucho más peligroso que el segundo, porque los padres creen su hijo sano, por tranquilidad con que duerme mientras tanto el niño se consume lentamente.

Hoy más que nunca se comprueba la frase aquella que dice: que «es un arte muy difícil criar un niño sin el socorro del seno materno». Las dos dificultades principales de la alimentación artificial son: 1.º la leche animal que se emplee,

contiene micro-organismos que la corrompen, siendo tanto mayor el número de aquellos cuanto de más lejos viene la leche; 2.º por su composición diferente de la leche de mujer, pués aquella es de difícil digestión y no responde a las exigencias del niño. Es necesario esterilizar y hervir la leche previamente y hacerla semejante cuanto sea posible a la de mujer.

La leche de vaca tiene menos lactosa que la de mujer y la misma cantidad de gordura y casi el doble de la cantidad de sal y de caseína.

La caseína de ambas no son químicamente iguales, y el tiempo en que se coagula difiere también.

Para subsanar estos inconvenientes, la mayor parte de los médicos aconsejan agregar a la leche de vaca una cantidad de agua suficiente para debilitarla y asemejarla a la de mujer.

La cantidad de agua azucarada que debe agregarse a la leche de vaca debe ser inversamente proporcional a la edad del niño. Por ejem lo:

	LECHE DE VACA	AGUA AZUCARADA
1.ª semana	1 parte	3 partes.
2.ª ,,	1 ,,	2 ,,
1.º y 2.º mes	1 ,,	1 ,,
3.º a 4.º ,,	3 ,,	2 ,,
5.º a 6.º ,,	2 ,,	1 ,,
7.º a 9.º ,,	4 ,,	1 ,,

La leche de madre siempre será el alimento ideal del niño y a pesar de todos los ensayos hechos hasta el presente no se ha podido coseguir el mismo fin con la leche de vaca.

Cuando el estado de salud del niño es satisfactorio, en el 7.º mes puede ensayarse leche mezclada con 1/4 de agua: si esto es tolerado, se sigue con leche pura ligeramente azucarada.

Si las perturbaciones digestivas se manifiestan, conviene volver a la leche mezclada con 1/4 ó 1/3 de agua.

Se utiliza generalmente la leche de vaca por ser la más común barata y estar al alcance de todo el mundo; pero pueden emplearse otras leches, para la alimentación artifical del niño, tales: como la de cabra y burra, ésta última la más parecida a la leche de mujer.

CONCLUSIÓN

1.º *Sea cual fuere el alimento empleado es de la mayor ventaja administrar las raciones con intervalos de 3 horas, por lo menos.*

2.º *La práctica ha demostrado acabadamente que una cantidad de ciento cincuenta gramos de leche de mujer por kilo y por día es absolutamente suficiente.*

3.º *Es de la mayor ventaja, el reposo nocturno, por lo menos durante seis horas.*

HIPOGALÁCTIA (EN LA MUJER NORMAL O SANA)

María Elena Tassini y Matilde Tapper.

Una vez más, han de leer y convencerse las madres principalmente, de la causa de la mortalidad infantil, o del débil desarrollo del niño.

Por primera vez, exponemos los hechos con claridad y evidencia citando ejemplos hermosísimos, ocurridos aquí, en esta ciudad; pueden servirnos como testimonios las «historias apuntadas diariamente» en la Sala de «Lactantes», que tan acertadamente dirige el Doctor Pedro Rueda, maestro profesor, quien poniendo empeño y amor, conseguirá sus anhelos divulgando en la gran masa del pueblo, las causas de las enfermedades en los pequeños, que pueden ser evitadas.

Nosotras por nuestra parte, hemos tomado un gran empeño en este asunto, pues nunca nos había dado por detenernos en él y trataremos siempre de ayudar a realizar tan humanitaria labor, difundiendo y sosteniendo por todos ámbitos posibles tan beneficiosa obra, cuyo objeto es poner en salvo a la mayor parte de los pequeños niños, cuya muerte es originada casi siempre por la falta o el mal alimento.

La mortalidad infantil nos presenta cifras sumamente pavorosas y el fenómeno suele hacerse más doloroso como, cuando en estos casos, las causas a que el mal responde son fácilmente evitables.

Madres enteramente afectadas por el estado de sus hijos se presentan diariamente a implorar que les salven sus criaturas,

como si el todo residiera en el médico, pués es mucho más probable que esté en ellas, y que es lo que me propongo divulgar.

Entremos a ello:

El aspecto exterior del niño es el que nos llama la atención; si está bien, su salud se refleja en la alegría movilidad, etc.

Ahora nos preguntamos: cual es la causa de esa buena salud, cuáles los indicios de esa alegría y bienestar del pequeño?

Sin pensar mucho, respondemos como lo haría cualquiera, que ello se debe al alimento, pués de él depende su vida.

Un niño insuficientemente alimentado, no presenta los mismos caracteres del niño que goza de buena salud; se halla en un estado que no puede definirse con certeza, ni se sabe qué enfermedad determinada presenta.

Su rostro pálido, la fontanela deprimida, las orinas raras: son sus síntomas.

Todos estos signos observados en un buen número de infantes hacen suponer la insuficiencia de la secreción mamaria, primordial elemento de vida para el niño.

Esa falta de leche en las madres, es la que constituye la «Hipogaláctia».

Si la leche es insuficiente, origina en el niño un nuevo estado: sufre de hambre.

La madre entonces, pone cada cinco minutos, su hijo en el pecho, sin darse cuenta que no tiene leche y que el niño chupa sin sacar nada, apenas gotas.

Pasan varios días y no pudiendo resolver el problema, resuelve ponerlo en manos del médico.

Afirma a este que su hijo se halla atacado de alguna enfermedad; generalmente, le dán como causa los dientes, ignarando que la criatura sufre de hambre.

Ellas contestan que la falta de alimento no puede ser, puesto que cada vez que lloran le dán el pecho, y no se dán cuenta que carecen de leche: La prueba está que ni bien le dán leche de otra mujer, el niño se vá reponiendo y concluye por volver al estado normal. Las pesadas antes y después de dar el pecho son el procedimiento seguro de apreciar la cantidad de leche de una madre.

Así son todas las madres, generalmente, ignorantes en estos casos y que pueden dejar de ignorarlo si practicasen lo que tanto indica la ciencia y que casi nunca tiene cumplimiento.

Creen las madres, que una vez que la leche se ha retirado es imposible hacerla volver; recién cuando ven a sus hijos sanos criados con su propia leche, después de carecer de ella, creen fervorosamente en la posibilidad de tener leche, aún se hubiese retirado.

Manera espléndida de dar a conocer los hechos! Si todos los casos pudieran imitarse ya una gran parte de la mortalidad infantil hubiese disminuído.

Otras veces, la madre, viendo que su hijo sufre de hambre, y no puede remediarlo, por no conocer el procedimiento, le dá otros alimentos, sin saber que pueden originar, en la criatura, una enfermedad que puede tener consecuencias fatales. Y el niño sigue desarrollándose débilmente y siempre enfermo.

Cuando a vosotras os falte alimento para criar al pequeño, no hagais lo que la vecina indique, porque es más o tan ignorante como vosotras.

Haced y seguid siempre el procedimiento que os voy a indicar y que es el que aconseja el Dr. Rueda.

Como la leche se ha retirado por cualquier causa, ya sea por una emoción, u otros desarreglos, y constituye, como lo dijimos anteriormente, el todo del niño, es necesario hacerla venir lo más pronto posible.

Entonces, estimulad siempre al pecho, exprimiendo lo que más puede con aparatos especiales y mejor aún con vuestras manos que es lo más cómodo e higiénico. Enseguida poned al niño en el pecho, a fin de que siga sacando y después de haber mamado un rato, dadle lo exprimido con una cucharita que suele ser 5, 10 o 15 gramos o 1/2 o 1 cucharita que irán aumentando a medida que transcurran los días.

El exprimir el pecho, es una excelente manera de estimularlo, y tan solo con ello y dando de mamar al niño se obtendrá en pocos días leche en cantidad tan abundante que puede causar enfermedad al infante, por exceso de alimentación!

Esto lo veremos en las «historias» que voy a citar, donde ademas hemos encontrado señoras que no solo alimentaban a su

hijito, sinó también a dos o más niños del mismo establecimiento donde se encontraban.

Hemos seguido un caso interesantísimo como lo es el de la señora de C., domiciliada en la calle Balcarce, Rosario, correspondiente a la historia N.° 24.

Al ingresar al « Hospital Centenario » el 8 de Febrero de 1917 daba poca leche y a los días de estar allí, o sea el 12 aumentó notablemente, llegando a dar 600, repartidos cada 3 horas.

Otros casos que han servido como base, son los siguientes: La señora B., con domicilio en la calle 3 de Febrero en esta ciudad, ingresa al mismo hospital el 4 de Mayo de 1917 dando leche; pero en poca cantidad. Después de unos días llega a dar 900 gramos diariamente, como lo prueba la historia N.° 69.

La señora de F., domiciliada en el Pasaje Cárlos Calzada, Rosario, incapacitada para criar naturalmente a su hijo, después del tratamiento indicado dá 480 gramos por día.

Lo mismo podemos decir de la señora de D., con domocilio en la calle Vera Mújica 126, de esta Ciudad, cuya historia corresponde al N° 45, y de la señora de E., domiciliada en la calle 57, (Arroyito), que entrando el 27 de Abril de 1917 y saliendo el 9 de Mayo del mismo año, nos presenta un caso muy notable como puede observarse en su historia, correspondiente al N.° 66.

CONCLUSIONES

1.° *Puede sostenerse y lo afirmamos categóricamente que una nodriza en condiciones normales de salud puede recuperar fácilmente la secreción mamaria tan abundamente como sea necesario para la crianza del hijo.*

2.° *Un procedimiento fácil, práctico y seguro es la expresión manual de la glándula cada dos o tres horas.*

AMAS

Eulalia Borrás y Elena Nuñez

Siempre que sea posible el niño debe ser amamantado por su propia madre; más, si por cualquier circunstancia no puede realizarlo, si su estado pecuniario lo permite debe buscar un ama capaz de reemplazarla.

Puede ocurrir sin embargo que al niño no le convenga el alimento que puede facilitar un ama al mismo; entonces, si no se está en épocas de grandes calores puede cambiarse la alimentación natural por la artificial.

La elección de una nodriza es tarea importante y delicada, puesto que un descuido podría acarrear serios peligros: es entonces una tarea absolutamente médica.

Existen dos clases de amas, del niño que alimentan. Cuando el niño es nutrido por las primeras está más expuesto, pues la madre no puede velar sobre él y si la nodriza no es bastante escrupulosa le dará alimentos que dañen su salud. En este caso los resultados pueden llegar a ser desastrosos.

Dan mucho mejor resultado las nodrizas que viven en la casa del niño por estar bajo la vigilancia directa de la madre. Antes de ser introducidas en la casa deben ser examinadas cuidadosamente pór un médico.

Los requisitos para la elección de un ama exigen también el estudio de la leche. A la simple vista el aspecto de ésta no nos dá a conocer si posee las condiciones que debe reunir. Es muy indicado recogerla en una cuchara para conocer su densidad, es decir, si es más o menos rica en elementos nutritivos. Un excelente medio de reconocer la leche es el de analizarla. Esta experiencia se efectúa del modo siguiente: se toman porciones de leche sacadas en 3 momentos distintos: 1.º Antes que el niño haya sido colocado en el pecho; 2.º En la mitad de la succión y 3.º Después de ella; mézclanse las seis porciones (3 de cada pecho y se verifica el análisis. Esto no obstante, el mejor medio de conocer las cualidades de un ama consiste en el examen de su propio hijo, requisito que no debe dejar de llenarse. Si el niño es pequeño, delgado y triste, su madre no es buen ama; si por el contrario está grueso, rosado y alegre, si sus carnecitas están duras y se ha alimentado solamente del pecho, la madre es buena nodriza. No debe limitarse el examen de un ama a su parte física, debe extenderse a su moralidad puesto que ésta puede influír poderosamente en su organismo.

Al elegir cualquiera de las dos clases de ama debe tenerse en cuenta su edad; una nodriza no debe ser ni demasiado jóven ni demasiado vieja; entre las jóvenes de 18 a 19 años suelen

encontrarse amas excelentes;—constituyen, empero, una excepción, pués la práctica nos demuestra que las mujeres muy jóvenes es lo corriente que se debiliten fácilmente y se vean obligadas a bandonar al niño que crían.

Aquellas que tienen demasiada edad no convienen porque su organismo está ya debilitado. Tanto en el primer caso como en el segundo se corre el peligro de que la cantidad de leche disminuya y llegue a ser insuficiente al cabo de algunos meses. La mejor edad es de 20 a 30 años.

El lugar donde han vivido las mujeres influye también muchísimo en el valor y la cantidad de su leche; las mejores nodrizas son las que han pasado su vida en el campo, puesto que son mucho más fuertes, sanas y vigorosas que las que habitan las ciudades donde no pueden gozar del aire libre; tienen su organismo debilitado y por lo tanto su leche no es bastante nutritiva, no siendo el progreso del niño notable como es de desear.

Edad de la leche: Se cree con frecuencia que la leche de la nodriza debe tener la misma edad del niño que va a criar; esto sería ideal; no es, empero, indispensable; aunque exista gran diferencia entre ambas edades el resultado de la alimentación del pequeño suele ser excelente si se tienen los cuidados necesarios; por ej: no debe tomarse nunca un ama cuya leche tenga menos de 2 o 3 meses; la leche de 8 a 10 meses no siempre conviene al recien nacido; sin embargo, hay mujeres que después de haber terminado una lactancia pueden criar otro niño. La leche en esa época presente modificaciones que la hacen más nutritiva y demasiado abundante para un niño muy pequeño. *podría esto ser causa de una enfermedad si no se atendiera a la cantidad que se le debe dar.*

Suele acontecer que cuando una madre se separa de su hijo para colocarse de ama, durante los primeros días disminuye su secreción láctea, es natural y no debe inquietar semejante fenómeno. La tristeza que experimenta el cambio de costumbres y alimentos lo explican y pasados pocos días la leche vuelve a ser abundante; la balanza servirá de guía para apreciar con exactitud la producción de leche y el desarrollo del niño.

Cuando un ama entra a criar un niño débil nacido en la ciudad y abandona el propio, acontece que aquel mama débilmente por cuya causa la leche disminuye poco a poco y puede hasta desaparecer casi totalmente.

Para evitar este contratiempo pueden seguirse dos procedimientos; exprimirse después de cada succión la mayor cantidad posible de leche; o bien permitir a la nodriza que alimente al mismo tiempo a su hijo. De este modo el niño del ama es la salvaguardia del otro; claro está que es necesario asegurarse de antemano que no tiene enfermedad alguna contagiosa. Con frecuencia se ha comprobado que una nodriza en buenas condiciones de salud puede fácilmente amamantar a dos niños.

Alimentación del ama. — Las mujeres del campo que se colocan en la ciudad experimentan algunos cambios en su género de vida debido a la alimentación completamente distinta en una y otra parte; algunas veces llega este cambio hasta disminuir considerablemente su secreción láctea; ella puede engrosar, pero el niño, en cambio, adelgazar. Es pués necesario averiguar cual fué su alimentación en el campo proporcionándosela igual en la ciudad.

Una mujer que cria debe evidentemente comer y beber más que en las otras épocas de su vida; pero no cambiará sinó muy poco su régimen habitual.

Cuando la madre tiene una enfermedad contagiosa y en el caso de que el niño haya nacido sano no se dará al niño recien nacido un ama; en estos casos es la crianza materna o artificial la que se impone. Pero ésta generalmente da malos resultados; la familia pide el socorro de un ama; es entonces cuando el médico se encuentra en una situación verdaderamente angustiosa.

Más, en ningún caso aún en el de que el niño parezca sano se le confiará a una ama; *debe pues el médico imponer su veto cuando reconozca que una nodriza puede ser contagiada por el niño extraño que crie*; en el caso de que *el médico no proteste y permita que un ama sana amamante a un niño enfermo de afección contagiosa su conducta es muy reprensible. Lo más acertado y que no acarrea peligrosa es la alimentación por leche exprimida de una mujer sana.*

Higiene del ama. — La higiene del ama no comprende solamente el estudio de su alimentación y del régimen de vida que debe seguir sinó que encierra también los cuidados que debe tener para su seno, el aseo de su cuerpo en general y de sus ropas; pero siendo el alimento lo que más importancia tiene para el bien del niño, nos ocuparemos con preferencia de ello. Hay algunos alimentos de los cuales no debe tomar sinó una pequeña cantidad y otros de los cuales es necesario abstenerse por completo. Puede comer féculas en forma de puré. La mujer que cría tiene necesidad de beber mucho a causa de la deshidratación del organismo producida por la crianza; debe dársele las bebidas que esté acostumbrada a tomar; pero en ningún caso puras.

Hay la costumbre errónea de dar a las amas bajo pretexto de fortificarlas, vinos tónicos que son de un efecto contraproducente, pués todo este alcohol ingerido puede tener sobre el niño una influencia desfavorable, produciéndole diarreas, vómitos, agitaciones y hasta convulsiones.

El café y el té debe tomarlos con moderación y en los intérbalos de las comidas debe dársele leche para calmar la sed. Al ama debe proporcionársele una existencia apacible, tranquila y evitarle lo posible las emociones fuertes que pueden ejercer una influencia desfavorable sobre la secreción láctea. Hará un ejercicio moderado evitando las fatigas; se acostará temprano y durante la lactancia toda reunión social, bailes, teatros, banquetes, serán suspendidos

No debe descuidarse el aseo de su cuerpo; se bañará regularmente

El aspecto del ama debe ser agradable y esto solo se consigue con el aseo esmerado y el orden de sus ropas que revelen en ella una mujer limpia y pulija.

Su ropa interior, sencilla y holgada no será exageradamente abrigada en invierno ni muy liviana en el verano, pues un cambio repentino de temperatura podría serle perjudicial; deberá mudarse a lo menos dos veces por semana siempre que la secreción láctea si es abundante en demasía, al derramarse no haga necesario sea más frecuente el cambio. Sus vestidos serán también holgados, de modo que le permitan ejecutar

sin dificultad cualquier movimiento; los cuidados que un niño requiere no son compatibles con trajes ajustados o cargados de adornos inútiles y molestos. Es muy indicado el uso diario del delantal en el ama y son mas ligeros éstos de mudar en cuanto se manchan.

La cabeza, es esta parte del cuerpo del ama la que debe vigilar la madre del niño con más esmero; se le exigirá lavársela con frecuencia y que la tenga constantemente peinada con sencillez y seriedad.

CONCLUSIONES

1.° *De lo que antecede se deduce que en el importante tema de la lactancia natural mercenaria, siendo un punto complejo debe tenerse en cuenta su aspecto puramente social y su aspecto médico. Socialmente debemos recordar que toda elección de un ama mercenaria presupone una injusticia para un pequeño ser; entonces tratemos de aminorar esta injusticia eligiendo como ama a una madre cuyo hijo haya llegado a un grado tal de desarrollo que corra el menor riesgo posible al suprimírsele su alimento propio; por ejemplo, a los siete meses.*

2.° *Aceptar como norma invariable que toda nodriza, al ser solicitada para un niño deba ingresar con su propio hijo; así habremos logrado resolver del modo más sabio el problema de la lactancia nodriceril que se apoya en el hecho bien conocido de que un ama puede dar suficiente leche para 2 niños.*

Teniendo en cuenta estas dos consideraciones habremos satisfecho con la mayor probidad y justicia estas exigencias opuestas.

CAUSAS DE LA ALTERACIÓN DE LA LECHE DE VACA (COMO ALIMENTO ARTIFICIAL)

Irma Abadie y Mirta Rodas Zamora

La alteración de la leche de vaca, que puede resultar más o menos nociva a la salud del niño, se refiere especialmente a dos categorías: o se trata de la substancia nociva añadida a la leche, o de alteraciones que la leche puede sufrir debido al desenvolvimiento del gérmen más o menos patógeno.

Las alteraciones más frecuentes son: 1.º Unir la leche con agua; 2.º Extraer la crema que sube a la superficie. El agua pura mezclada con la leche, generalmente no es peligrosa para la salud del niño; pero sí lo es, cuando se la mezcla con ácido salicílico, ácido bórico, formol.

Esta falsificación con cierto cuidado de la autoridad municipal puede fácilmente ser controlada y evitada.

Mucho más grave y frecuente son en vez las consecuencias que pueden verificarse, a causa de la alteración que sobreviene a la leche en presencia de gérmenes patógenos y a su desarrollo.

Los gérmenes que se encuentran en la leche pueden provenir del animal enfermo y multiplicarse indefinidamente en medio tan propicio y alterarlo con facilidad, volviéndolo nocivo para la alimentación.

Después de *dos horas* de ordeñada la leche, el número de gérmenes aumenta, a las *seis o siete* horas su número es enorme y después de *veinte y cuatro* horas ha llegado a la colosal cifra de 506 *millones* por c. c.

Ordeñando la leche con precaución, el número de gérmenes que va cayendo, es en vez, mucho menor.

La causa que determina la contaminación de la leche puede ser el contacto con: *a*) las enfermedades de los animales; *b*) la ordeñación; *c*) con la mantención; *d*) con la distribución hecha en manera impropia.

a) *Enfermedades de los animales*:

Los animales pueden estar sujetos a algunas infecciones que determinan alteraciones en la leche. Entre las enfermedades debemos anotar: la interitis, la perineumonia, la fiebre aftosa, el carbunclo, etc.

Las enfermedades mamelares son muy peligrosas debido a la contaminación de la leche.

De todas las afecciones que pueden ser observadas, merece especial atención la *tuberculosis*.

La leche de vaca constituye uno de los vehículos más comunes de esta enfermedad. En muchos países el 30 % de las vacas están afectadas de tuberculosis. En Lombardía (Italia) alcanza a un 40 %.

Para esto, es una buena medida, la tuberculinización previa de las vacas que producen leche, debiendo dar por resultado la sacrificación del animal atacado de dicho mal.

b) *La ordeñación*:

Al momento de ordeñar la leche es fácil que se mezclen a ella un número notable de micro-organismos. Estos pueden provenir ya sea del ambiente donde el animal se encuentra, ya sea de la persona que ordeña o del recipiente.

Con una serie de precauciones especiales se puede llegar a obtener prácticamente, que el número de gérmenes disminuya considerablemente al ordeñarse la leche.

Además de los gérmenes pueden caer en la leche, substancias extrañas, tales como: pelos del animal, excrementos, polvo, etc. Estas impurezas de la leche constituyen uno de los factores más importante de la alteración de la leche. Algunos datos de Berlín han demostrado que en un litro de leche pueden hallarse en estado de sequedad de 1 a 30 miligramos de estas impurezas. En Milán se han encontrado hasta 2 gramos por cada hectólitros.

c) *Conservación de la leche*:

Apenas ordeñada y después de un período de tiempo la leche se mantiene tibia. Este tiempo es muy favorable al crecimiento de los gérmenes que han caído.

La temperatura un poco favorable, hace mucho en pró de los gérmenes.

Según los datos de MICHEL resulta el siguiente cuadro:

	Gérmenes por c.c.
Después de 15 horas, a 15° de temperatura dá:	100.000
„ „ 15 „ „ 25° „ „ „	72.000.000
„ „ 35 „ „ 35° „ „ „	160.000.000
„ „ 21 „ „ 15° „ „ „	6.000.000
„ „ 21 „ „ 25° „ „ „	200.000.000
„ „ 21 „ „ 35° „ „ „	

Las bajas temperaturas obstaculizan notablemente la evolución de los gérmenes. Desde el momento de ordeñarse la leche, hasta el momento de consumirla, si fuese mantenida a una temperatura relativamente baja, 10° ó 15°, se podría estar

seguro de tener una leche poco alterada aún después de doce horas. En la mayor parte de las lecherías de segundo orden, la leche apenas ordeñada, la mayoría de las veces sin estar enfriada, viene conservada en tarros más o menos limpios. Estos tarros durante el día son abiertos muchas veces para sumergir en ellos, la medida destinada a tomar la cantidad de leche que cada vez es expedida a los consumidores.

Todas estas operaciones constituyen otros tantos modos de contaminación. Con todos estos sistemas es lógico pensar cuan fácilmente se corta la leche, especialmente en el verano.

d) *Distribución de la leche*:

Una distribución de la leche sin precauciones, contribuye grandemente a la alteración: facilitando el desenvolvimiento de gérmenes; los recipientes sucios, mal tapados o calientes.

El tiempo transcurrido desde la ordeñación hasta la llegada al aparato digestivo del niño, ejerce su influencia, bien marcada, en el aumento de los gérmenes que indefectiblemente deben caer en la leche.

Como queda anteriormente dicho la temperatura ambiente ejerce también su influencia en el desarrollo de gérmenes patógenos; siendo el verano, la estación más apropiada para su desarrollo.

Bueno es recordar que el hombre que ordeña puede ser tuberculoso, o portador de gérmenes patógenos (los más comunes: fiebre tifoidea, difteria, y las enfermedades infecciosas comunes: sarampión, escarlatina, etc).

En tésis general se puede decir que:

1.° La leche de vaca es un buen alimento para la mantención de los niños en la primera infancia.

2.° Se puede afirmar de un modo general que es la alteración de la leche, fermentaciones microbianas, o las bacterias patógenas que la vuelven peligrosa.

3.° Que manejada con las condiciones necesarias de higiene no debe producir enfermedades en los niños.

4.° Que la estación de verano influye poderosamente en la mortalidad infantil por la alteración que podría sufrir la leche de vaca.

De todas estas consideraciones se puede deducir la gran significación que tiene la esterilización de la leche de vaca en la administración como alimento para los niños.

Se vé, pués, la necesidad de divulgar ante el pueblo estos hechos y hacer entender las ventajas de administrar la leche en condiciones higiénicas.

LACTANCIA ARTIFICIAL

Está perfectamente demostrado (y aún sin demostración debe aceptarse como lógica) que ningún alimento es mejor para el niño en la primera edad, que la leche de la madre.

Pero hay circunstancias especiales, ya sea la excesiva debilidad de la madre, una enfermedad crónica o cualquier otro inconveniente que pueda redundar en perjuicio de cualquiera de los dos, que obligan a suspender la lactancia natural.

La lactancia materna, realiza las mejores condiciones para la nodriza y el niño.

En caso de que la madre no pueda realizar tan nobilísima función se recurrirá a la lactancia artificial.

Cuando las condiciones pecuniarias permitan el sostenimiento de un ama o nodriza, se preferirá ésta leche a cualquiera otra siempre que un minucioso examen médico, asegure la perfecta salud de esta mujer.

Las amas deben tener una edad comprendida entre los 20 y 30 años, además, cualidades morales irreprochables, secreción láctea abundante y que el análisis la ponga en perfectas condiciones higiénicas.

No siempre los padres del niño pueden hallar una nodriza en condiciones ideales para la perfecta salud del niño; en tal caso se preferirá a cualquier otra, la leche de vaca.

PRINCIPIOS DE LA LECHE	MUJER	BURRA	YEGUA	VACA	CABRA	LLAMA
Caseína . . .	0.34	0.60	0.78	3.00	3.50	3.00
Albúmina . .	1.30	1.55	1.40	1.20	1.35	0.90
Manteca . . .	3.80	1.50	0.55	3.20	4.40	3.10
Lactosa . . .	7.00	6.40	5.50	4.50	3.10	5.60
Sales diversas	0.18	0.32	0.40	0.70	0.35	0.80
Agua	87.38	89.63	91.37	87.60	87.30	86.60

Se prefiere la leche de vaca porque es la que puede adquirirse con mayor facilidad y agregarle o quitarle substancias que le faltan o le sobran para acercarse a la composición de la leche de mujer.

Por ejemplo: tiene mucha caseína y muchas sales; en cambio tiene menos albúmina, menos manteca y menos lactosa.

Después de la leche de mujer, la mejor es la de burra. Pero en los hogares pobres no es posible adquirir ninguna de esas dos leches por lo cual se prefiere la de vaca.

Está perfectamente probado que un niño alimentado con leche de vaca en perfectas condiciones, dá excelentes resultados.

Generalmente se divide en raciones que se suministran al niño cada tres horas desde las seis de la mañana hasta las nueve de la noche. Durante la noche no hay necesidad de molestar al niño ni de que se moleste la madre.

La estadística llevada en la «Sala de Lactantes del Hospital Centenario» revela satisfactoriamente, los inmejorables resultados que presta la alimentación del niño con leche de vaca contra todas las erróneas creencias del vulgo.

CONCLUSIONES:

1.° *La leche de vaca, puede dar excelentes resultados en la alimentación de la primera infancia.*

2.° *De un modo general, se puede afirmar que no es como leche, que la leche de vaca perturba las funciones digestivas del niño, sinó como leche alterada (fermentada, etc.).*

Los cuadros que presentamos, demuestran de un modo evidente, los buenos resultados que se consiguen alimentando a los niños artificialmente siempre que esa alimentación se suministre convenientemente.

Nosotras hemos observado esos niños en el Hóspital Centenario, y hemos podido comprobar una vez más que la leche de vaca suministrada en perfectas condiciones, es un buen alimento de los niños en la primera infancia, y la que dá muy buenos resultados a falta de la leche materna.

PROTECCIÓN A LOS HIJOS DE MADRES COLOCADAS COMO NODRIZAS MERCENARIAS Y A TODO NIÑO MENOR DE DOS AÑOS ATENDIDOS POR CUIDADORAS FUERA DEL DOMICILIO DE SUS PADRES.

Por el Dr. Mamerto Acuña 102-166.

Profesor de la Facultad de Medicina.—Jefe del servicio de niños del Hospital Fernández.—Médico del Hospital de niños.

Una categoría de niños que en nuestro país necesita protección especial dadas las condiciones particulares que los rodea; son los hijos de las madres que se colocan como nodrizas mercenarias. En este grupo la mortalidad infantil es muy elevado, circunstancia que ha hecho que casi todos los gobiernos le hayan dedicado particular atención, reglamentando por un lado el oficio de amas de leche y, tratando por otro, de asegurar a sus hijos la protección y tutela del Estado y la comuna.

En Francia, por ejemplo, la ley Roussel establece entre otras disposiciones que ninguna mujer puede colocarse de ama antes que su hijo hubiese cumplido siete meses, es decir hasta que por su edad esté en condiciones de defenderse de los peligros de una alimentación inadecuada.

La mortalidad es elevada, sobre todo, por el abandono en que caen estos niños en manos de las mujeres encargadas de su alimentación y de sus cuidados, personas que, por lo común, carecen de todo sentimiento de responsabilidad.

Es bien conocido, en efecto, el desamparo en que en nuestro país están los hijos de las amas; y, en esta misma Capital, tan llena de nobles sentimientos de piedad, tan celosa en mitigar dolores, hasta no hace mucho, la suerte de estas inocentes víctimas estaba completamente descuidada.

Los hechos pasan por lo general de la manera siguiente: La madre se coloca de ama en una casa rica para lo cual tiene que abandonar su propio hijo el que por lo general aún no ha cumplido los 3 meses de edad, entregando para sus cuidados a otra mujer a quien no conoce y a la que ningún vínculo la une, estas tituladas cuidadoras se comprometen a hacer alimentación

a pecho mediante una remuneración mensual de 20 a 30 pesos. Hay que convenir en que pocas veces se cumple este compromiso, siendo corriente que desde los primeros días el niño reciba una alimentación inadecuada, librada por completo á su criterio.

El resultado es conocido; pronto adquiere uno de los trastornos gastro-intestinales graves, propios de su tierna edad, por lo que ingresa a alguna de las salas de niños de nuestros hospitales.

En el Servicio de Lactantes del hospital de niños (Sala y Consultorio) tenemos con frecuencia oportunidad de presenciar cuadros desgarradores de madres nodrizas conduciendo a sus hijitos moribundos; víctimas del engaño de mujeres sin escrúpulos.

Este gremio de « Cuidadoras de niños », está reclutado, en efecto, entre gente ignorante, de sentimientos endurecidos, sin escrúpulos y sin la más mínima noción de la responsabilidad de su alto cargo.

Se trata para ellas solamente de un negocio y como tal entienden sus funciones, ignorando hasta las más elementales reglas en el cuidado y alimentación de sus protegidos; no es extraño pues que la mayoría de estos niños terminen por fallecer.

Es por tales circunstancias, que la protección de los hijos de amas constituye una real necesidad habiéndolo entendido así los diversos países de Europa y América donde se ha tratado de ir en su auxilio mediante disposiciones sabias y oportunas.

Entre nosotros en esta Capital la Administración Sanitaria está empeñada desde hace algún tiempo en remediar este mal, mal que iba tomando poco a poco en manos de cuidadoras irresponsables, los caracteres de una verdadera calamidad pública, como oportunamente lo hizo notar el Dr. DELIO AGUILAR en un vibrante artículo.

Desde fines de 1910 tenemos una ordenanza aprobada por el Consejo Deliberante reglamentando la lactancia mercenaria. Para el cumplimiento de esta ordenanza se ha creado la *Oficina de Nodrizas* dependiente de la sección protección a la primera infancia.

Por dicha ordenanza se establece que toda mujer que desee colocarse como ama debe ser examinada conjuntamente con su hijo y ser inscripta en el Registro que lleva la Oficina de Nodrizas. En los casos en que la mujer sea considerada apta para la crianza mercenaria se le otorga un certificado de salud y de aptitud.

El *artículo* 4.º establece que la nodriza al tomar colocación está obligada:

a) A dejar su niño bajo la vigilancia del dispensario de lactantes más próximo a su domicilio;

b) Comunicar a la Inspección de Nodrizas entre las 24 horas de haberse colocado, el nombre y domicilio de la persona que se encarga de la crianza de su niño conjuntamente con la dirección, nombre y apellido de la persona que la ocupa;

c) Comunicar cada vez que cambie la persona que cría su hijo así como el domicilio de aquella.

Artículo 7.º La persona encargada del hijo de la nodriza estará obligada a llevarlo al dispensario más próximo cada 15 días para su vigilancia.

El artículo 13, establece que los tenedores de agencias de amas no podrán colocar ninguna nodriza bajo pena de $ 100 de multa y cancelación del permiso en caso de reincidencia sin que esté previamente registrada en los libros de la Oficina y posea el certificado a que se refire esta ordenanza.

Esta reglamentación, como se vé, tiende a proteger a los hijos de amas colocadas en el público, así como también a las mismas familias que las ocupan, gracias al examen médico y reacciones biológicas que la Oficina respectiva practica y hace practicar.

Pero, no obstante la meritoria labor que aquella realiza, no escapa a nadie que la ordenanza es controvertida todos los días y que el mayor número de amas que se colocan en esta capital lo hacen infringiendo tal reglamentación.

En efecto, la mayoría del público prescinde de los buenos oficios que la ordenanza la brinda, sea porque ignora su acción, sea, porque les es más fácil dirigirse a las agencias y a los avisos de diarios. Otras veces son las mismas amas las que una

vez anotadas se colocan sin llenar los demás requisitos de la ordenanza respectiva.

Las agencias de colocación de amas, están sometidas es cierto al contralor de la Oficina de Nodrizas pero sabemos que con frecuencia eluden el artículo 13 de la actual ordenanza.

Sea como fuere, lo cierto es que, un buen número de amas prescinde de los servicios de la oficina respectiva que les ofrece tutelar sus hijos.

Las cuidadoras, mujeres sin escrúpulos por lo general, y libres así de toda responsabilidad pueden impunemente sacrificar a sus desdichadas víctimas desde que saben que su crimen quedará impune.

Aun en los casos en que las amas comuniquen el domicilio de las cuidadoras y en que los hijos queden bajo la directa tutela de la oficina, aquéllas dejan con frecuencia de presentarlos al dispensario de lactantes y eluden también con facilidad las visitas de las inspectoras con solo cambiar de domicilio.

Es indudable que cuando la ordenanza pueda cumplirse en todas sus partes y sea conocida y justamente apreciadas los servicios que presta, la tutela a los hijos de ama será una realidad pudiéndose entonces aspirar a una disminución de la mortalidad.

Para ello es indispensable, como hemos dicho, la educación popular, el concurso de las madres pudientes interesándose por la vida de los hijos de las nodrizas y particularmente el concurso del médico, el paladín esforzado en esta cruzada redentora con cuya generosa ayuda, por la influencia en el seno de la familia y frente al ama, puede esperarse un éxito real en la prosecución de tal obra de salvataje.

El médico es, en efecto, el encargado natural de tutelar los intereses de estos niños desgraciados desposeídos desde temprano de lo que debiera ser inalienable para ellos: el seno de la madre. El médico debe en cada caso hacer que la madre pudiente se interese de manera eficaz por la vida del niño que su egoismo, su dinero o lo que fuere ha alejado de su verdadera madre.

En Noviembre de 1915 el doctor PEDRO RUEDAS, del Rosario, fundándose en el desamparo que en dicha ciudad se en-

contraban los hijos de nodrizas así como en su alta mortalidad, presentó a la Asistencia Pública un proyecto de reglamentación de amas y cuidadoras de niños, poniendo a éstos bajo la tutela de la Administración Sanitaria y a las cuidadoras bajo su directa observación.

No sabemos si esta ordenanza fué o no sancionada; ella representa un progreso evidente, pero lo mismo que nuestra actual reglamentación carece de eficacia práctica.

En efecto consideramos que en el terreno práctico nuestra ordenanza vigente es de muy poca eficiencia por cuanto se apoya demasiado en la buena fé y mejor voluntad de las cuidadoras y encargadas de velar por los intereses de niño sin contar, por otra que las mismas interesadas — las amas — sin suficiente control, son las primeras en infringirla.

Además, hay que tener en cuenta que el público no se ha compenetrado todavía lo bastante de las ventajas que le reporta la oficina de nodrizas para que sea él, como legítimamente hay que esperarlo, el guardián más celoso en el cumplimiento de dicha ordenanza, la que a la vez que tutela al hijo del ama, asegura tranquilidad y bienestar a los hijos de los padres pudientes.

Pero hasta que no contemos con una educación popular bien cimentada, que controle por sí misma dichas disposiciones, es a los poderes públicos a quienes corresponde arbitrar los medios para garantir su estricto cumplimiento.

El éxito de la actual ordenanza debe reposar por consiguiente en la estricta vigilancia que puede ejercitarse sobre los hijos de amas colocados en «cuidadoras». Un medio bastante bueno es indudablemente el ejercitado por la oficina mediante las visitas de las Inspectoras, quienes deben recorrer los domicilios de las cuidadoras y encargadas de los hijos de amas, darse cuenta de las condiciones higiénicas en que viven, de la alimentación que reciben y de los cuidados que se le prodigan. Estas inspecciones domiciliarias deben ser frecuentemente repetidas para que en la práctica den el resltado apetecido.

La oficina de Nodrizas de la Capital no ha podido satisfacer este sentido anhelo por causas ajenas a su Dirección pues el

número de inspecciones realizadas ha sido insuficiente como lo comprueban los siguientes datos:

	Años	1914	1915	1916	1917
Inspecciones	Domiciliarias	122	194	137	245
	En Agencias	33	45	24	35

Las visitas practicadas por las Inspectoras, anualmente, resultan como se vé reducidas sobre todo si se tiene en cuenta el gran número de niños, hijos de amas, que en esta Capital caen bajo la tutela de la ordenanza respectiva.

Pero esta ordenanza es, además, incompleta en sus efectos porque limita su protección a los hijos de mujeres que se colocan como nodrizas mercenarias en casas ricas, dejando fuera de sus beneficios a infinidad de niños, que, fuera del domicilio de sus padres, son confiados a personas extrañas, sea para su amamantamiento, sea para los cuidados generales.

Estos niños, que quedan completamente desamparados sin ninguna vigilancia, pagan a la muerte, según todas las estadísticas, un alto tributo y necesitan a igual que los hijos de amas, una real protección que los ponga a cubierto de la ignorancia y avaricia de mujeres sin ninguna moral.

Es necesario, por consiguiente, según nuestra manera de ver, modificar y ampliar la actual ordenanza de manera a hacerla beneficiar del mayor número de niños necesitados.

Para realizar tales propósitos debemos tratar de obtener la sanción de una ley semejante a la patrocinada para el Uruguay por el Dr. MARTIRENÉ, Director de la Asistencia Pública, quien solicitaba la protección y vigilancia del Estado para todo niño menor de 2 años colocado fuera del domicilio de sus padres.

Debemos obtener para nuestro país una protección efectiva del Estado hacia los millares de niños que son cuidados por personas extrañas lejos de la vigilancia de los padres.

Mientras se gestione la sanción de una ley nacional, la Asistencia Pública mediante sus propios resortes puede hacerse cargo de la tutela de dicha categoría de niños haciendo ampliar la ordenanza respectiva.

Dicha ordenanza puede encuadrarse más o menos dentro de los siguientes artículos.

ARTICULO 1.° Quedan bajo la vigilancia de la comuna con el propósito de tutelar su vida y su salud los niños menores de 2 años que se encuentran en la siguiente situación:

a) Los niños confiados a cuidadoras fuera del domicilio de sus padres para ser alimentados a pecho o artificialmente o simplemente para los cuidados generales.

b) Todo niño, cuya madre se haya colocado de nodriza o que haya recibido en su domicilio otro niño para ser amamantado.

ART. 2.° Toda persona que coloque un niño en nodriza o cuidadora:

a) Deberá dentro de las 24 horas siguientes al de su entrega dar aviso a la Oficina de Nodrizas comunicando el nombre y domicilio de la persona que se encarga de los cuidados y de la crianza del niño así como la de la persona que la ocupa en caso de colocarse de ama.

b) Deberá comunicar dentro de las 24 horas cada vez que cambie la mujer que cuida al niño dando el nombre y domicilio de la nueva encargada.

ART. 3.° Toda persona que haya recibido en su domicilio un niño a los fines que determina el artículo 1.° de esta ordenanza estará sujeta a las siguientes formalidades:

a) Hacer la declaración correspodiente ante la Inspección de nodrizas dentro de las 24 horas siguientes al de la recepción del niño.

b) Hacer conocer ante la Oficina y dentro del mismo plazo el retiro del niño o su entrega a otra persona.

c) Dar cuenta inmediatamente de todo cambio de domicilio.

d) Presentar al niño al dispensario de lactantes más próximo a su domicilio cada 15 días para su vigilancia.

e) En caso de enfermedad del niño que se le ha confiado, la encargada deberá concurrir al dispensario más próximo debiendo dar aviso a la oficina de nodrizas.

f) En caso de defunción del niño comunicar dentro de las 24 horas.

ART. 4.º Solo podrán colocarse como nodrizas de pecho o recibir en sus domicilios niños para amamantarlos, las mujeres cuyo último hijo haya cumplido 5 meses de edad y que, además, posean un certificado que le acredite apta para efectuar la crianza, suministrada por la Oficina respectiva.

ART. 5.º Para solicitar y obtener el certificado de aptitud toda nodriza deberá llenar los siguientes requisitos:

a) Ser sana y tener abundante leche.

b) Ser su niño sano y haber cumplido los 5 meses de edad.

ART. 6.º Cuando el hijo de la nodriza haya fallecido la madre podrá colocarse como ama o recibir niños para criar en su casa en cualquier tiempo siempre que posea un certificado emanado de la Oficina de Nodrizas.

ART. 7.º Toda persona que desee hacerse cargo de uno o más niños para su crianza y cuidados deberá:

a) Previamente inscribirse en la Oficina de Nodrizas donde se le expedirá previo examen clínico, un certificado haciendo constar sus aptitudes, estado de salud, condiciones higiénicas de su habitación, etc.

b) Aceptar las obligaciones que expresamente le confiere el artículo 3.º de la presente ley y comprometerse a cumplirlas fielmente.

ART. 8.º Las agencias de amas no podrán colocar ninguna nodriza que no esté previamente inscripta en los libros de la Oficina respectiva y que no posea el certificado otorgado por ella. Las que no cumplieren con esta disposición serán castigadas con una multa de 100 pesos y cancelación del permiso en caso de reincidencia.

ART. 9.º A los efectos del cumplimiento de la presente ley declárase bajo la vigilancia y control de la Oficina de Nodrizas:

a) Los niños menores de 2 años a que hace referencia el artículo 1.º de esta ordenanza.

b) Las nodrizas que amamantan fuera del domicilio de los padres del niño.

c) Las personas encargadas de cuidar los niños cuyas madres se encuentran colocadas como amas.

d) Las cuidadoras que se hagan cargo de uno o más niños para su crianza y cuidado.

e) Las agencias de amas y todos los intermediarios que se ocupen en colocar niños en nodrizas y en cuidadoras.

ART. 10. Las infracciones a las disposiciones de esta ley serán penadas con multas de 10 a 100 pesos y en caso de reincidencia con el retiro de la autorización para colocárse de ama o cuidadora y con clausura temporaria o definitiva en el caso de tratarse de agencias de nodrizas.

ART. 11. Todo médico, así como toda partera, que en el ejercicio de su profesión constataran infracciones a esta ley, están obligadas a dar cuenta inmediatamente a la autoridad correspondiente.

——

Como se ve esta ordenanza ejercita una amplia protección del niño menor de 2 años que por cualquier circunstancia está alejado de los cuidados de los padres; ejerce vigilancia igualmente sobre las personas que se hacen cargo de esos niños para los cuidados generales. Su alcance es pues mucho más amplio que la ordenanza actual reglamentando la lactancia mercenaria.

Ofrece las garantías de la ley ROSSEL cuyas disposiciones más importantes hemos tomado como base tratando de adaptarlas a nuestro medio.

Ella busca como la ley patrocinada para el Uruguay por el Dr. MARTIRENÉ, la protección del Estado y la comuna a los millares de niños que son cuidados por personas extrañas lejos del control de los padres.

Inspirado en las sabias enseñanzas del eminente Profesor Gregorio Araoz Alfaro, que desde la cátedra y la tribuna ha inculcado a sus alumnos el deber del médico frente a los problemas sociales, sometemos a vuestra consideración esta modesta contribución, que si tiene éxito, habrá remediado uno de los tristes momentos por que atraviesa la madre menesterosa.

«LA MADRE POBRE DEBE SER EL AMA DE SU HIJO, PAGA POR EL ESTADO»

Asegurar la existencia del recién nacido, es incorporar un factor eficiente a las energías vitales de la nación y realizar una obra de defensa social con vastas proyecciones para el futuro.

Esta tésis, sostenida por maestros eminentes, puede formar parte de nuestras instituciones, como ocurre en Francia, bajo la base de un criterio de adaptación y de una reglamentación severa que garantice sus éxitos y resultados.

La asistencia particular a las parturientas pobres, como la que se les presta en los consultorios de los hospitales, demuestran que entre las personas menesterosas la confirmación de un embarazo engendra, en ellas, inmediatamente, la idea de interrumpirlo. Y cuando se resuelven a ingresar en los establecimientos hospitalarios por temor a las consecuencias del aborto provocado, lo hacen con el pensamiento de permanecer en ellos mucho más del tiempo necesario.

En uno y otro caso no disimulan, esas infelices, la desesperación que les produce su estado de embarazo, a causa de la indigencia en que viven, y lloran la desgracia de ser madres como si estuviesen condenadas a no sentir el más noble, el más tierno, el más leal de todos los afectos.

Como no les es posible permanecer asiladas más del tiempo necesario, porque en ese constante movimiento de renovación es indispensable dejar sitio a las que esperan, vuelven con su hijo al hogar sin poder reingresar, con él al trabajo, que les aseguraba los medios de subsistencia, porque no son admitidas.

Todo es sombrío, en este cuadro de miserias: el padre, incapacitado para toda labor, o mendigándola sin encontrarla; la madre, ansiando libertarse de los cuidados que le reclama el recién nacido o abandonándolo para atender todas las demás exigencias del hogar, sin dejar una sola; y los otros hijos, cuan-

do los hay, mostrando en sus caritas pálidas y en sus ojeras pronunciadas, las huellas del padecimiento y del hambre.

En cuanto a las madres solteras, PINARD ha dicho: « Rechazadas de la fábrica, el taller o la tienda, porque su hijo no les permite llenar cumplidamente las exigencias del trabajo encomendado, y porque sería un ejemplo deplorable para sus compañeras, y arrojadas de la familia, porque constituyen una verguenza para padres y parientes, esas desgraciadas son echadas a la vía pública, como si fueran pestíferas ».

He aquí por qué las madres indigentes que no se han resuelto a interrumpir un embarazo hacen, después, abandono de sus hijos, entregándolos precozmente a una alimentación artificial, causa de trastornos intestinales, que engrosan la estadística de la morbilidad, primero, y de mortalidad, después.

NOBECOURT, en sus « Lecciones prácticas sobre alimentación de los niños de pecho », 1913, dice: « La madre tiene el deber de criar a su hijo; su papel no termina con el parto: así como asegura el desarrollo del nuevo ser durante la vida intrauterina, debe asegurarla después del nacimiento, suministrándole el único alimento que le conviene. Es esta una ley natural a la cual no le es permitido substraerse ».

El niño precozmente despechado va directamente al raquitismo, la escrófula o la muerte. Este es el principal orígen de la mortalidad en la primera infancia.

El ilustrado higienista Dr. EMILIO R. CONI, en su libro sobre « Asistencia y previsión social », en el capítulo que trata de la protección a la primera infancia, dice: « En 1907, antes de la oficialización de los servicios de protección a la primera infancia, sucumbieron en Buenos Aires, por cada mil nacimientos viables, ciento diez y seis de un año, y doscientos veinte por cada mil defunciones generales. Desde el año 1913, hasta el presente (1916), la mortalidad fué, en 1913 de 102 niños menores de un año por mil nacimientos y 200 por mil defunciones generales; en 1914, de 96 y 198; en 1915, de 98 y 175; y en 1916, de 92 y 167 ».

Significarían estos datos estadísticos, que después de ocho años de lucha se ha reducido la mortalidad infantil relacio-

nada con la mortalidad, en 18 niños, por mil, y en 42 por mil la comparada con las defunciones generales; en otros términos: en el año 1916 hubo, sobre el de 1908, una economía de 800 vidas infantiles y los 4.079 fallecimientos de menores del año que se produjeron, representa una diferencia en favor del año 1916, de 1.198 niños sobre la totalidad de las defunciones generales, que ascendieron a 26.153.

Es de observar, que esta apreciable reducción de la mortalidad infantil no se ha operado sobre las cifras de las enfermedades del aparato respiratorio, sino sobre las del aparato digestivo, que en todos los países constituye el factor por excelencia de la mortalidad infantil del niño menor de un año, ocasionadas comúnmente por la ignorancia de las madres acerca de los procedimientos de la higiene, alimentación de sus hijos, por la escasez, por régimenes dietéticos defectuosos, etc.

Se desprende de esta estadística, que el porcentaje de la mortalidad en la primera infancia, es aún elevado y se hace necesario reducirlo. « Ese es el fin a realizar; el resultado que hay que esperar; y para ello es necesario no separar al niño de la madre, que es la verdadera protección de la infancia ». Así lo ha dicho el mismo PINARD en su obra ya recordada. SERGI, en « Los deberes presentes de la Eugenia », dice:

« Pero un período de la vida humana interesa particularmente a la Eugenia: la infancia; esto es, aquel estado inicial de la vida desde el nacimiento en adelante, que es el más delicado, el más peligroso, respecto de la vitalidad y de las relaciones con las varias condiciones de existencia. Y este estudio de la vida interesa tanto mayormente, cuanto que la infancia debe suministrar el adulto, y de una infancia mejor conservada en las condiciones normales, podemos esperar un desarrollo igualmente normal ». (Versión española de Víctor Delfino).

Trasladémos esas opiniones del extranjero a nuestra patria y veamos lo que sobre mortalidad infantil publica el Prof. Ubaldo Fernández:

NATALIDAD, MORTALIDAD GENERAL Y MORTALIDAD INFANTIL COMPARADAS

NACIONES	Natalidad por mil habitantes	Mortalidad general por mil habitantes	Mortalidad infantil de 0 a 1 año por mil defunciones
Rusia	47 (1900)	—	28 (1904)
Méjico	—	—	28 (1903)
Austria.	34 (1910)	22.7 (1910)	22 (1903)
Rumania	39 (1910)	—	22 (1899)
Argentina. . . .	36 (1914)	15.2 (1914)	21 (1914)
Brasil.	—	—	20 (1897)
Alemania.	29 (1910)	15.1 (1910)	20 (1905)
España.	32 (1910)	22.8 (1910)	19 (1910)
Italia	30 (1911)	20.7 (1911)	17 (1903)
Cuba.	—	—	16 (1901)
Bélgica.	29 (1910)	—	15 (1904)
Suiza.	23 (1910)	14 (1910)	14 (1904)
Francia	17 (1911)	18.5 (1911)	14 (1904)
Holanda.	28 (1912)	12.5 (1912)	14 (1904)
Japón.	24 (1912)	19.2 (1912)	14 (1903)
Inglaterra	23 (1912)	13.7 (1912)	14 (1904)
Uruguay	—	—	10 (1902)
Estados Unidos .	—	—	10 (1900)
Suecia	22 (1912)	12.7 (1912)	9 (1903)
Noruega.	30 (1910)	16 (1910)	8 (1903)

« Quiere decir que la Argentina, con su 36 % de natalidad y su 15.2 % de mortalidad general, ocupa un lugar bien honroso entre los demás pueblos de la tierra; pero su mortalidad infantil en el primer año de la vida registra cifras (21 %) muy poco halagadoras, casi tan elevadas, como las dadas por los pueblos de mayor mortalidad.

En nuestro país nacen al año alrededor de 287.000 niños viables y mueren 45.000 antes de cumplir dos años de vida. (Censo Nacional de 1914). De modo que en todo el territo-

rio de la república muere un niño menor de dos años, cada doce minutos.

Y si tenemos presente que en Buenos Aires mueren, al año, 4.500 niños menores de un año (Censo Nacional de 1914), resulta que en el perímetro de la capital, y solamente en la categoría de los lactantes, se muere un niño cada dos horas. Y si no tratáramos de remediar esa triste situación, nuestro despoblado país perdería en el porvenir, cada 30 años, solo a causa de su mortalidad en la primera infancia un número tan considerable de habitantes (1.500.000), que ellos solos nos alcanzarían para poblar una nueva Buenos Aires actual.

Considerando todas las edades de la vida, la mortalidad infantil ofrece cifras tanto más elevadas cuanto más nos acercamos a la menor edad.

Es, pues, en ese primer período de la vida, cuando debemos apartar a la madre de la indigencia, para que pueda prestar a su hijo todos los cuidados que éste reclama, y alejarla de la necesidad de buscar el sustento aprovechando su estado de lactancia, que le permite criar a otros hijos, mientras abandona al propio en manos extrañas.

La « nodriza mercenaria », es un peligro real que debemos conjurar, y es, también, otro de los resultados de esa situación anormal en la que la madre, el ser amantísimo capaz de todas las ternuras, de todas las abnegaciones y todos los sacrificios, termina negando a su hijo el derecho de prolongar su existencia.

Ella constituye un doble peligro; para su propio hijo, porque le retira sus cuidados y el sólo alimento que le conviene, y para el niño que cría, hijo de otros padres.

El primero, como el segundo, caen en los riesgos de esa substitución que es casi criminal; y en uno y otro caso, quedan girones del amor maternal preparando el espíritu para situaciones anormales que más tarde se desarrollan y provocan acontecimientos que la humanidad repudia y condena.

« Es ya tiempo, decía Pinard en 1890, de comenzar la cruzada en favor de la desaparición de la nodriza mercenaria; de

ese ser anormal que no debería existir sino por excepción. Mientras las madres lacten a sus hijos, los peligros de muerte para estos últimos se harán menores; el amor maternal se desarrollará; el abandono se hará más raro.

Esta cruzada de oposición a la nodriza mercenaria no dará resultado mientras no desaparezca el principal factor que las produce.

Ninguna madre, por propia inclinación, retira el alimento a su propio hijo para entregarlo al hijo de otros padres. Lo hacen porque ven en esto, el único medio de obtener ventajas que les aparte de la miseria. Las necesidades, cuando son impostergables, tienen mandatos imperativos a los cuales no es posible substraerse.

Está así demostrado:

1.° Que la indigencia de los padres es, casi siempre, la que determina a interrumpir el embarazo.

2.° Que ese mismo estado de indigencia es el que lleva a la madre al abandono del hijo, o al crimen.

Bertillón, en la «Révue d'Higiene» de París, 1890, dice: «estudiando la mortalidad infantil de París lo más a menudo: el crimen no interviene en el momento del nacimiento sino antes»; y que «la miseria es la causa determinante».

3.° Que el abandono del hijo por la madre, es el factor principal en la mortalidad de la primera infancia.

4.° Que la necesidad del sustento, es la verdadera productora de la nodriza mercenaria.

En resumen: es el estado de pobreza el principal orígen y causa de los males enunciados.

¿Cómo combatirlos?

Suprimamos la causa y habremos suprimido los efectos.

Pinard ha dicho: «Quitad a esas mujeres las preocupaciones del mañana más por sus hijos que por ellas mismas, y ellas esperarán tranquilas el tiempo necesario para reponerse después del parto».

He aquí los fundamentos de este proyecto a los que debo agregar lo siguiente:

Prolijas estadísticas francesas, inglesas y norteamericanas, demuestran que cada nacimiento significa, para el estado, de

seis a siete mil francos. Esto es lo que cada persona paga, al cabo de la vida, a la nación donde habita, por concepto de impuestos, gastos nacionales, etc.

No es, pues, mucho exigir del estado que ha de recibir un beneficio de diez y ocho veces mayor, la pensión que indica este proyecto, sin tener en cuenta razones de otro orden directamente relacionados con la prosperidad del país.

Auspiciad, señores, este proyecto, y habréis comprometido la gratitud de las madres que sufren por la miseria; de los hijos cuyas vidas habríamos salvado; y de la nación que necesita de estas vidas para consolidar su grandeza.

PROYECTO DE LEY

1.° Desde la promulgación de la presente ley el P. E. otorgará, durante un año, a contar de la fecha del parto una pensión mensual de treinta pesos a cada una de las madres que tengan su hijo en una maternidad pública, y que con treinta días de anticipación, cuando menos, a la fecha señalada, probasen su estado de indigencia.

2.° Esta pensión subsistirá durante el término indicado siempre que se prolongue por el mismo tiempo la asistencia del hijo y no varíe en la madre, la situación de indigencia de que hace mención el artículo anterior.

3.° La pensión será retirada.

a) Por fallecimiento del hijo.
b) Por fallecimiento de la madre.
c) Por actos de la madre que justifiquen el retiro de la patria potestad.
d) Por entregar a personas extrañas el cuidado del hijo.
e) Por cambio en la situación económica de la madre o padre que les aparte del estado de indigencia.

4.° El P. E. al reglamentar esta ley, arbitrará los recursos y medidas de contralor necesarias para el más fiel cumplimiento de la misma.

PUERICULTURA PRE-CONCEPCIONAL

EL CERTIFICADO DE SALUD EN EL MATRIMONIO

POR EL DR. TOMAS GANDOLFO

22.106.

Fué el Dr. CAZALIS, en Francia, quién se ocupó por primera vez de tan transcendental problema social. El reclamó, con justa razón, la reglamentación sanitaria para el matrimonio. La atinada observación no cayó en campo estéril pues, BRIEUX, en Francia, escribiendo su drama «LES AVARIÉZ» que luego inspirara a BENNET, en Norte América, el DAMADGEST GODDS; y CONI, en nuestro país el año 1907, desde la «Alianza de Higiene Social» aconsejaban la mayor atención de los poderes públicos hacia tan importante asunto.

Posteriormente, el mismo Dr. CONI en el Primer Congreso Latino-americano realizado en Santiago de Chile en el año 1909, propuso «que la ley de registro civil prescriba a ambos cónyugues la obligación de presentar un certificado de salud firmado por facultativo, comprobatorio de que en el momento de efectuarse el matrimonio, no ofrecen ninguna tara física importante que les impida celebrar el enlace».

Ciertos países, entre los que se encuentran Norte América y México, exigen ya, a los contrayentes de matrimonio, un certificado de salud. ¿Hay derecho para ello? El Estado tiene la obligación de velar por las generaciones venideras. Los médicos que hacemos partos nos encontramos frecuentemente sorprendidos por lesiones que presentan señoras que están en la iniciación de su vida sexual y que no han tenido aún su primer hijo. Las lesiones gonocóccicas, (vaginitis granulosas, endometritis) las lesiones sifilíticas (chancros, abortos, fetos macerados indramnicos) la trasmitación de la tuberculosis pulmonar, y tantas otras afecciones contagiosas que demuestran que uno de los contrayentes ha ido al matrimonio tarado, o en condiciones de contagio, despiertan en el médico conciente la protesta contra la ley que no tutela, contra el estado que no provee, contra los padres a quienes poco preocupa la salud de sus hijos.

El «Certificado de Salud» exigido para tantos y tan distintas órdenes de la actividad humana, ya que no se puede ser empleado, o alumno de colegio o Universidad, o comerciante de artículos alimenticios, etc., sin tenerlo ¿porqué no ha de ser exigido para contraer matrimonio, el acto más transcendental de la vida, precisamente allí, donde una enfermedad contagiosa o hereditaria, puede sumir en la desgracia un hogar, y dar a la sociedad seres física y moralmente despreciables?

Acaso no merece *la raza humana* más cuidado que los que, por su hacienda, desvela al estanciero, buscando el pedigrée?

Hay que observar que si a un estanciero un buen plantel de animales sanos le significa riqueza, al Estado, los habitantes sanos, le significan bienestar, desarrollo económico, independencia financiera.

Los ciudadanos útiles se consiguen protegiendo la infancia; pero la protección es menester hacerla, no desde que el niño existe en el claustro materno, sino desde antes que él sea concebido, separando aunque sea momentáneamente aquellos seres capaces de procurar hijos enfermos. Controlad los blenorrágicos que van al matrimonio y veréis disminuir los ciegos por oftalmias gonocóccicas!

El certificado de salud tiene esos fines.

Hace años, los pueblos de raza latina no se cuidaban de las generaciones venideras. Hoy la civilización, las sociedades culturales, han hecho más propicio el terreno para la implantación de tan sabia medida.

Y es por eso que estando aquí reunidos los representantes de once paises americanos, permítome fundar en las consideraciones que anteceden y pedir el siguiente voto:

El Segundo Congreso Americano del Niño, compenetrado de la importancia de la profilaxis preconcepcional, resuelve solicitar a los gobiernos representados oficialmente, la inclusión del certificado de salud para el matrimonio, en la ley de Registro Civil.

SESIÓN PLENARIA

Presiden el Dr. Luis Morquio *y los Presidentes Honorarios del Congreso y Presidentes de las Delegaciones Argentina y Brasilera* Drs. G. Araoz Alfaro y Aloysio de Castro, *el Ministro del Perú* Dr Victor Belaunde *y los Miembros del Comité Ejecutivo* Drs. Augusto Turenne, Alfredo J. Pernin, Andres F. Puyol *y* Prof. Emilio Fournié.

35.48.

ORDEN DEL DIA

« Conferencia sobre educacion fisica del niño ». — *Dr. César Sánchez Aizcorbe* (Perú).

Tema Oficial: « *Profiláxis del abandono del Niño* ».

Relatores: *Dr. G. Araoz Alfaro* (Argentina).

„ *Augusto Turenne* (Uruguay).

« Conferencia sobre proteccion y asistencia de la infancia » — *Dr. Gregorio Araoz Alfaro* (Argentina).

EDUCACION FISICA DEL NIÑO

Por el Dr. Cesar Sanchez Aizcorbe

Delegado del Supremo Gobierno del Perú y de la Beneficencia Pública de Lima al Congreso Internacional de Montevideo

LA EDUCACION DEL NIÑO DEBE COMENZAR DESDE SU NACIMIENTO

Desde el instante sublime en que un ser—la madre—se divide en dos seres, arrancando de sus entrañas el fruto del amor universal, que asegurará la perpetuidad de nuestra especie; desde ese momento solemne en que la naturaleza estremecida a la vez de gozo y de dolor, corona su obra creadora, haciendo aparecer en el escenario del mundo una nueva

vida: desde que el primer rayo de sol hiere las pupilas del niño y la primera ráfaga de aire penetra en sus pulmones despertándolo a la vida independiente; en una palabra, desde que nace un niño, símbolo de nuestro yo, heredero del pasado y símbolo del porvenir, angel custodio del hogar, encarnación de todas nuestras alegrías, de todas nuestras tristezas y de todas nuestras esperanzas, nace también para nosotros—para la familia y para la sociedad—el deber sagrado de educarlo, de guiar con tierna e inteligente solicitud sus primeros y difíciles pasos, hasta que, llegando a la lenitud de su desarrollo, sano, fuerte de cuerpo y de alma, pueda librar solo las batallas de la vida.

MISION DE LA MADRE DURANTE LA PRIMERA INFANCIA.— NECESIDAD DE LA LACTANCIA MATERNA

La obligación de educar al niño comienza, pues, desde que este viene al mundo. Durante la primera infancia, en que las necesidades de su organismo están reducidas a la vida puramente vegetativa, la misión educadora, solo cultura física, corresponde por entero a la madre. Es su derecho, pero es también su inexcusable deber. Puede decirse, sin metáfora, que durante este primer período de la existencia la madre y el hijo aunque independizados desde el punto de vista morfológico, continúan siendo anatómica y fisiológicamente, un solo ser. El hijo necesita de la savia materna, tanto como de la luz y el aire, para nutrir y desarrollar su tierno organismo. Más que error, un verdadero crimen comete, pues, la madre que, sin causa bien justificada, se niega a cumplir el más grande y dulce de sus deberes entregando su hijo a senos mercenarios.

SU CARACTER OBLIGATORIO IMPUESTO POR LA NATURALEZA.

Las leyes de la naturaleza no se violan impunemente. Si en el fuero íntimo de la conciencia no se levanta una voz acusadora contra esa mujer y madre, que por vanidades mundanas renuncia a la lactancia, renuncia a su hijo, en una palabra, sufrirá más tarde en su propia salud—la patología lo demuestra—las

funestas consecuencias de haber cegado con mano egoísta una función doblemente necesaria, que si para ella no es un goce, aunque debería serlo, es manantial de vida para su hijo.

La lactancia materna, debe pues ser obligatoria, y confiamos en que algún día se dictarán leyes al respecto. Nada puede reemplazar a la madre en esa función, que si no se cumple conforme lo tiene dispuesto la naturaleza, compromete siempre el porvenir del niño, y muchas veces, su vida misma.

ALIMENTACION PULMONAR Y CUTANEA

Asegurada la buena alimentación digestiva, deben también preocupar las demás funciones nutritivas, del nuevo organismo. Corren en el vulgo a este respecto muchos prejuicios, que conviene destruir. Se creer que solo nos alimentamos por la boca. Y es un error. Existen otras vías importantes de alimentación los pulmones y la piel. Por los primeros recibimos el aire, vector del oxígeno y de otras sustancias indispensables, aunque mal determinadas aún, destinadas a purificar y enriquecer la sangre: y por la piel esta vasta frontera de nuestro microscosmos, órgano de absorción y de excreción a la vez, donde se expanden las últimas terminaciones vasculares y nerviosas, nos ponemos en contacto directo con el mundo exterior, especialmente con la luz solar, cuyas irradiaciones de imponderable energía son indispensables para la vida de todos los seres organizados.

Por consiguiente, en esta primera etapa del desarrollo, limitado a las necesidades vegetativas, toda la higiene y toda la educación— nada más que física hasta este momento—se resume en tres palabras: leche (maternal) aire y sol.

TRANSICION DE LA PRIMERA A LA SEGUNDA INFANCIA

Cuando comienza la llamada segunda infancia, en este período de transición tan delicado, lleno de incertidumbres y sorpresas; cuando se despiertan las facultades superiores, psíquicas y efectivas; cuando brillan en el cerebro del niño las primeras ideas y en su corazón los primeros sentimientos, esbozando su personalidad futura, la obra educacional, todavía entregada

casi por entero a la madre, se hace más compleja. Ya no se trata solamente de la salud y de la fortaleza material, sino de la salud y fortaleza intelectual y moral. Por eso, sin descuidar las necesidades de orden vegetativo de que hemos hablado, y que deben merecer siempre en todo curso de la vida primordial atención, es preciso atender igualmente al desarrollo de las nuevas funciones que acaban de iniciarse.

INFLUENCIA DEL HOGAR

No nos detenemos sobre este punto que no entra sino incidentalmente en nuestro programa. Bástanos decir que en la escuela del hogar el buen ejemplo es el mejor maestro; que las primeras semillas sembradas en el cerebro y en el corazón virginales, y, por lo mismo fecundo de los hijos, fructifiquen siempre; y que, por último, el niño no sólo es testigo de las acciones de sus padres sino también su juez.

INGRESO A LA ESCUELA

Y llegamos al período más crítico de la existencia de un niño: el de su ingreso a la escuela.

Prolongación y complemento del hogar, a la escuela incumbe una misión nobilísima y trascendental tanto o más que la de la madre; porque si ésta forma un niño, la escuela forma un hombre.

Su programa no puede reducirse, como pretende la generalidad, a desarrollar y disciplinar las facultades intelectuales, almacenando en el cerebro nociones más o menos amplias de todos los conocimientos enciclopédicos acumulados por el progreso de las ciencias y de las artes.

Bueno es tener hombres ilustrados, pero es mejor que éstos sean sanos y fuertes. Además la salud del cuerpo, y aún la salud moral que es la mejor, valoriza la utilidad del factor humano, se puede llegar a conciliar muy bien con la ignorancia: pero la ilustración por grande que sea, difícilmente resulta provechosa para el individuo y para la sociedad cuando reside en una naturaleza débil y enfermiza e incapaz, por lo mismo de transformar en actos viriles y generoso sus manifestaciones. La debilidad física conduce inevitablemente a la debilidad moral.

Ya lo dijo ROUSEAU: « Si el cuerpo es débil, manda: si es fuerte obedece. Un buen servidor debe ser robusto. Todas las pasiones sensuales se alojan en cuerpos afeminados, que vibran y se irritan en la medida de su impotencia para satisfacerlas ».

CONCEPTO BIOLOGICO DE LA EDUCACION

Para que la educación corresponda a sus elevadísimos fines y merezca el nombre de ciencia, debe fundarse en el conocimiento de las leyes que gobiernan el desarrollo del niño considerado como un ser biológico.

No es posible independizar los fenómenos de la vida física, intelectual y moral, que se encuentra armónica e indisolublemente vinculado por la naturaleza. Las escuelas pedagógicas modernas han padecido, pues, un error funesto dejándose guiar exclusivamente por la psicología y la ética, es decir, estimando al niño solo como un ser pensante y volitivo, casi fuera del mundo orgánico, olvidándose que es, ante todo, un ser vegetativo, un animal.

LA PEDAGOGIA LO HA VIOLADO. — FUNESTAS CONSECUENCIAS

La pedagogía moderna ha desconocido la ley de sinergía funcional, ley necesaria y soberana de la vida, sin la que no se concibe la unidad del yo, extrageron nuestra personalidad, ha pretendido que las funciones psíquicas y morales, por ser conscientes, están fuera de esa ley. ¡ Cómo si el cerebro, soporte anatómico del pensamiento, pudiera vivir un instante sin la sangre que le lanza el corazón, le prepara el aparato digestivo y le oxigenan los pulmones !

Este criterio restringido y por lo mismo anticientífico de los métodos educativos modernos, conduce inevitablemente, a las más deplorables consecuencias, que no sufrirá únicamente el individuo, sino que trascenderán a la familia y a la sociedad.

¡ No ! Como las flores y como los frutos, el hombre es la obra plástica de la naturaleza, y no puede impunemente violar sus leyes. La salud y el vigor del cuerpo deben merecer cuando menos tanto interés como la cultura intelectual. Nutrir el

cerebro de ideas a costa de la sangre y de la fuerza de los músculos, es un verdadero atentado contra el niño de hoy el hombre de mañana; lanzar a las rudas batallas de la vida individuos que carecen de la energía y de la resistencia física que su exquisita cultura mental reclaman para ejercitarse, es sencillamente fomentar el ocio, el parasitismo y la peor de las sensualidades de la sensualidad de los débiles; es romper la indispensable armonía entre el ser físico y el ser intelectual y moral, armonía que constituye la ley, la salvaguardia y la necesidad suprema de la vida.

CONCEPTO ANTIGUO, ESPECIALMENTE GRECO-ROMANO.

Es oportuno recordar a este concepto que las civilizaciones antiguas, especialmente la greco-romana, no obstante su caudal inferior de conocimientos científicos, tuvieron un concepto más justo y equilibrado del hombre. No hicieron falta a los pueblos de esas épocas los minuciosos estudios antropológicos, anatómicos y fisiopatológicos, que hoy tenemos realizados, para darse cuenta exacta de que la trinidad de sus facultades físicas, intelectuales y morales, lejos de destruir la unidad de la personalidad humana, constituye la síntesis más acabada e indisoluble a que ha podido llegar la vida después de su lentísima y laboriosa evolución a traves de las edades.

Cultores de la belleza y de la fuerza corporal, al mismo tiempo que de las elevadas funciones psíquicas como lo demuestran sus obras inmortales en el campo del arte de la ciencia y de la industria, esos pueblos supieron imprimir a la educación orientaciones equilibradas y naturales, conforme a las leyes inmutables que gobiernan el desarrollo de todos los seres biológicos. Así lograron formar una raza varonil, sana y fuerte de alma y cuerpo intrépida, dominadora, que en el transcurso de pocos siglos ungió al mundo a su carro de victoria.

Evoluciones históricas que no nos es posible analizar aquí, trageron como resultado la decadencia de ese raza ejemplar, víctima quizás de su cruce con las razas inferiores conquistadas, especialmente las asiáticas que le inocularon el virus sensualista, que es virus de muerte para el cuerpo y para el espíritu.

INFLUENCIA DEL CRISTIANISMO

Y surgió entonces el cristianismo, como un enviado divino, para purificar y redimir a la humanidad extraviada y conducirla de nuevo por los caminos del bien.

Pero, la sublime obra de Cristo, verdaderamente celestial por sus levantados ideales de fraternidad humana, solo tuvo un objeto religioso, la redención moral. Ella no se propuso ni consiguió nada fuera de este campo.

Al contrario, desde el punto de vista educativo de la educación integral, que es el que contemplamos en estos momentos, puede decirse que la obra del cristianismo, como la de casi todas las doctrinas religiosas, fué de resultados tan grandiosos para la salud del alma como perjudicial es para la salud del cuerpo. Elevando nuestras miradas al cielo, nos alejó de la madre tierra, exaltando la vida superior del espíritu y de la conciencia, nos hizo despreciar su envoltura terrenal; provocando así un divorcio imposible, reñido con nuestra condición orgánica y cuyas gravísimas condiciones históricas hoy mismo padecemos.

Está muy lejos de nuestro ánimo, por supuesto, trabajar la inmensa deuda de gratitud que la civilización moderna tiene contraída con el cristianismo, que abolió la esclavitud de las conciencias, que destruyó los dioses falsos del paganismo y que escribió con la sangre inmaculada del hijo de Dios los nuevos códigos morales de la humanidad. Nuestro propósito se limita a dejar constancia del influjo decisivo que el cristianismo ha ejercido sobre la educación, cuyos moldes actuales son los mismos con muy pocas variantes, forjados indirectamente por él hace veinte siglos.

LA EDUCACION DEBE SER INTEGRAL

Tampoco pretendemos, al abogar por los fueros de la cultura física, volver al estado primitivo, como lo buscan algunos exagerados, dando un salto atrás en el camino de la evolución, lo que sería absurdo. El programa que defendemos, basa-

do en el cumplimiento de las más elementales leyes biológicas, se reduce a patrocinar la necesidad de una educación equilibrada, «integral», que estimule el desarrollo paralelo y armónico de todos los órganos y de todas las funciones, tanto las puramente vegetativas como las de la vida superior en relación.

Entre la edificación del cuerpo y de las fuerzas de la naturaleza, que caracteriza a los hombres primitivos, y las exaltaciones místicas medioevales, con su desprecio injusto del cuerpo, elijamos desde el punto de vista educacional el modelo greco-latino y el «mens sana in corpore sano», que nos han legado las obras más grandiosas del músculo y del pensamiento humano.

PROFILAXIS DEL ABANDONO DEL NIÑO

141.71.

Por el Dr. Gregorio Araoz Alfaro

Profesor y Miembro de la Academia de Medicina de Buenos Aires. Relator oficial en nombre del Comité Argentino.

Los altos fines que este Congreso persigue en pro de la mejora física intelectual y moral del niño, obligan, en mi opinión, a los que tratamos como relatores temas oficiales, a no perdernos en divagaciones doctrinarias, ni en discusiones teóricas que carecerían de toda utilidad inmediata y a abordar los problemas de que nos ocupamos con un criterio modesto de actualidad y de interés práctico.

Por eso, y tratando de ser lo más breve posible—ya que me dirijo a un auditorio perfectamente preparado por sus estudios previos,—he de preocuparme sólo de lo que considero realmente útil. Y, sin dejar de ser sociólogo hasta donde me sea posible, ha de permitírseme que sea también médico en el método que debe seguirse cuando se procura el remedio o la prevención de un mal.

He de tratar de establecer primero las *causas* del mal, su *etiología*, como decimos en medicina. Sólo conocidas aquéllas, podremos establecer su tratamiento o su profilaxis. Todo ello indicado muy brevemente, para mentes conocedoras del pro-

blema, sin hacer erudición ni citas bibliográficas, y sin otra pretensión que la de sintetizar nociones generales aceptadas pero ordenadas alrededor del conocimiento propio, por una larga experiencia, de los dolores y las miserias, que, en medio de su riqueza, afligen a mi pueblo, de sus características sociológicas de sus costumbres y aún de sus preocupaciones.

No he de reabrir por ello la vieja discución sobre las ventajas del «*torno libre*» o de la «*oficina de recepción*», que en nuestro país lo ha reemplazado desde 1891 y que aún reclaman otras ciudades.

No se trata, en este informe, del modo de recoger el abandonanado sino de la *profilaxis del abandono* y aunque se ha sostenido que el torno libre era un incentivo a aquel acto, lamentable en la mayoría de los casos, y que la oficina de admisión tiende a disminuirlo y restringirlo, mediante la inquisición de los motivos y el consejo moral o la ayuda en las dificultades económicas, no creo que nadie pueda pensar que en la adopción de uno u otro de estos procedimientos podamos confiar mucho para combatir el infanticidio o para restringir el abandono.

No. Hay que ir al fondo de las cosas y analizar en lo posible *los factores determinantes del abandono*, que se ha hecho y se hace en todo tiempo y en todo lugar, haya o no torno libre, haya o no asilos de expósitos o de abandonados.

Y permítaseme decir de paso que el *abandono del niño no es siempre un mal social*, que hay, al contrario, casos en los que —por incapacidad económica o intelectual, o por perversión moral de la madre o de los padres, — el niño y la sociedad gana con que aquél sea sacado de un medio nocivo en el que peligran su vida o su personalidad moral y entregado a la tutela del Estado, tutela que cada vez debe ejercerse con mayor empeño para salvaguardar la infancia y asegurarle los cuidados que le son debidos.

En otros trabajos, he de insistir sobre este punto que no hago sino mencionar de paso en esta ocación.

Pero quiero recordar que, justamente hace muy poco tiempo, uno de los maestros de la ciencia francesa ha enrostrado a la «*oficina de admisión*» el grave defecto de hacer diferir a veces

la entrega del niño a las instituciones que lo protegen eficazmente sea porque sus consejos disuaden momentáneamente a la madre, sea porque preguntan demasiado (« *elles questionnent trop* »), o se cree que preguntan demasiado, y ello es causa de que las madres le tengan cierto miedo o recelo. Y así resulta según la observación de aquel colega que niños que habrían sido salvados si recogidos al poco tiempo de su nacimiento, son perdidos después porque sólo se les trae a la Asistencia Pública cuando la mala alimentación y la falta de cuidados los han puesto al borde del sepulcro.

No puede, en verdad, ser éste un reproche a la oficina de admisión misma sino a la poca discreción y al poco criterio de quienes la dirigen, y constituye una indicación más en el sentido de que sólo espíritus muy amplios, muy perspicaces y muy cultos pueden estar a su frente.

Por lo demás, y ya que el abandono es en ciertos casos una necesidad social para la propia salvación del niño, hemos de procurar también, al estudiar la profilaxis de aquél, señalar los medios conducentes a obtener que en vez del alejamiento definitivo del niño del hogar familiar, se consiga, en cuanto sea posible, sólo su colocación temporaria bajo la tutela y los cuidados del Estado o de las instituciones filantrópicas hasta que pueda ser de nuevo tomado por la familia, siempre—bien entendido —que no haya de correr en ésta peligros graves, para su salud física o moral.

Sobre esta cuestión de los peligros que amenazan al niño en su familia y, sobre todo de lo que se ha llamado el *abandono moral*, hemos de ocuparnos en otro trabajo relativo a la legislación de la patria potestad.

Entendemos que en este tema oficial, que hoy tratamos, debemos estudiar sólo la profilaxis del *abandono material*, de la « exposición » del niño, como se decía en el tiempo en que estaba inscripto en grandes letras en nuestra popular « Cuna » el cruel versículo aquél que leíamos todavía no hace muchos años horrorizados de aquella crueldad tan ingenuamente ejercitada sobre los pobre asilados:

Mi padre y mi madre me arrojan de sí
La piedad divina me recoge aquí

¡ Verdad es que la crueldad sigue todavía a despecho de tantos adelantos realizados en esa institución meritoria, por su eminente Director actual puesto que ella continúa llevando el odioso nombre de « Casa de Expósitos » y el horrible mote sigue todavía pesando sobre la cabeza de esos niños infelices!

Y bien. Yendo, repito, al fondo de la cuestión, a la investigación de los motivos realmente determinantes del abandono, pienso que ellos pueden resumirse en tres grupos principales:

1.° *La falta de instinto o sentimiento materno;*

2.° *Un sentimiento excesivo de vergüenza en la madre soltera;*

3.° *Una situación económica que imposibilita a la madre para tener consigo al niño* que le impedirá ejercer el oficio o trabajo de que vive.

En casos mucho menos frecuentes, la pobreza extrema puede llevar al mismo término a matrimonios regulares y no ya tan solo a madres viudas o solteras.

Dejamos de lado casos mucho menos frecuentes, como el de niños nacidos de una unión adultera o de viudas o mujeres separadas del marido, casos de verdadera excepción, de que podemos prescindir en un estudio general de interés práctico y cuya profilaxis, por lo demás, está comprendida en la que corresponde a los hechos más comunes.

1.° El primer grupo comprende un número muy corto de casos. Se trata de verdaderas aberraciones o monstruosidades morales y contra ellas no hay profilaxis eficaz inmediata, sino a lo mas el mejoramiento gradual de la sociedad y la elevación cada día mayor de la educación y del nivel moral de la mujer.

2.° El segundo grupo, representado por un número mucho mayor de casos, tiende, sin embargo, a restringirse de día en día a medida que la difusión de la cultura general y de las ideas modernas liberta a las mentes de la rígida estrechez de los antiguos preceptos morales y procura ennoblecer siempre la maternidad capaz de redimir cualquier falta anterior si tal hubiera existido.

Para la profilaxis del abandono causado por este grupo, como para todos los otros, corresponde:

a) *Fortificar por una prédica constante practica el alto concepto de unamoralidad superior*, libre de las hipocresías e injusticias por las cuales todavía la sociedad en general, es severa para la in-

feliz muchacha que tuvo un instante de flaqueza, y excesivamente benévola en cambio para el hombre ligero o miserable que abusa de la ingenuidad o la ignorancia.

b) *Crear maternidades discretas en refugios o asilos maternales*, con talleres y trabajos apropiados, y en que puedan ingresar las mujeres desde el momento en que su embarazo empiece a hacerse visible.

c) Y *fomentar la fundación y la acción de instituciones que, como la «Liga de protección a las jóvenes»*, se esfuerzan en procurar a las muchachas sin familia—tan frecuentes entre las inmigrantes, a menudo ignorantes y caso analfabetas, que en tan gran número llegan a nuestros países americanos—trabajo honesto, consejos maternales, auxilio material y moral en todos los difíciles trances a que las expone la vida, especialmente en las grandes ciudades.

3.° El tercer grupo, en fin, comprende—en Buenos Aires, al menos—la inmensa mayoría de los casos de abandono y es el que exige el principal esfuerzo para prevenirlo.

En muchas ocasiones y sobre todo en un discurso inaugural de una Sala-cuna y refugio maternal del patronato de la infancia, he insistido sobre que en la inmensa mayoría de los casos, no son la vergüenza y el temor de la deshonra los factores que conducen a la locura y el delito. «Es, he dicho, el abandono material y moral, esa horrible soledad de la pobre muchacha que no sólo debe sustentarse a sí misma sino que tiene allá lejos, en la vieja Europa, sus ancianos padres esperando recibir de sus manos la remesa mensual. (1)

(1) Me refiero a esas pobres que viven exclusivamente del trabajo de sus propios brazos, madres sin marido y sin familia, pobres muchachas ingenuas en su mayor parte, víctimas de la seducción y del engaño, para quienes el nacimiento de un niño significa la imposibilidad de trabajar, el aniquilamiento de la única fuente de subsistencia, y a las que por consiguiente el anuncio de la próxima maternidad que es, por ley natural, gloria y encanto del sexo, lejos de provocar gratas expresiones de ternura, trae a los ojos lágrimas de desesperación y estremece al corazón con amargas zozobras». (*«Sobre protección de la infancia*: Discurso en la inauguración de la nueva Sala cuna y refugio maternal del Patronato de la Infancia. Noviembre 1913)..

« ¿Dónde ha de ir mañana, agregaba, esa joven cándida ominosamente engañada? ¿Quién la tomará a su servicio cuando su estado se haga netamente visible y sobre todo más tarde cuando conduzca entre sus brazos el pobre fruto de su ingenuidad y de su amor, que resulta para ella—¡oh crueldad del destino!—una horrible carga que nadie ha de ayudarla a llevar?

« Yo he visto muchas veces esos dolores trágicos; yo me he sentido muchas veces profundamente conmovido ante los relatos lamentables de esas madres infelices... y he llegado a comprender así, como, en ocaciones un relámpago de locura y de crimen puede atravesar esos cerebros oscuros, esas almas primitivas y tímidas ».

Y bien. Esta profilaxis debe comprender una serie de medidas sociales, legislativas y económicas que no podemos indicar sino en términos sintéticos y generales, puesto que en el detalle pueden y deben variar según las condiciones de población y medio.

Las principales son:

d) La elevación general de la condición económica de las clases trabajadoras, asegurando a todos el mínimun de relativo bienestar y desahogo, por la reglamentación del trabajo y de los salarios, la institución de los seguros de enfermedad, de invalidez y de vejez, la vivienda higiénica y barata, y el abaratamiento general de la vida.

e) La ayuda directa y obligatoria del estado (nación, provincia o municipio) a la madre que cría, de manera que pueda llevar a término el amamantamiento de su hijo aun dejando transitoriamente de trabajar o cambiando de oficio o de ocupación. (1)

---

(1) Entre nosotros, mi distinguido discípulo el Dr. Fonso Gandolfo ha podido la sanción de un proyecto de ley estableciendo la retribución a todas las madres pobres que crían, propósito nobilísimo sin duda pero de difícil realización en el momento actual. En cambio y siempre bajo el mismo principio, la ayuda de esta podría ejercitarse en una forma más elástica en el grado y en el modo, mediante la intervención de instituciones encargadas de la protección de la infancia coordinadas por una dirección central, según he de proponerlo al hablar de la organización de aquella.

f) La institución de refugios maternales, en que las madres pudieran vivir (trabajando de acuerdo con las normas higiénicas) durante los últimos meses del embarazo y los primeros que sigan al parto, mientras las sociedades de asistencia o patronatos no les consigan puestos exteriores de trabajo adecuados a su estado.

Estos *refugios maternales con maternidades discretas*, con talleres destinados al *trabajo moderado y remunerado* de embarazadas y madres recientes, que hemos reclamado desde hace muchos años, constituyen también — como ya lo hicimos notar — el mejor profiláctico para el abandono por sentimientos de pudor o vergüenza (2.° grupo de causas) y sobre todo para el aborto provocado y el infanticidio. (1)

g) El establecimiento de cunas o asilos de niños (por el estilo de los *Säuglingsheim* de los alemanes o la *Pouponnière* de Porchefontaine), en que las familias o las madres puedan colocar temporariamente sus niños de pecho, gratuitamente o mediante el pago de cuotas mínimas, o aún las madres colocarse como nodrizas criando a la vez su niño.

Esta colocación temporaria puede hacerse—con ciertas dificultades—en nuestra « Casa de Expósitos », pero el nombre sólo del establecimiento aleja a la gran mayoría de los que se encuentran en una situación apurada transitoria y que tienen empero el vivo deseo de conservar su hijo, tomándolo nuevamente en cuanto les sea posible.

h) La obligación legal para los industriales que ocupan mujeres de concederles descanso, con sueldo parcial, en los últimos tiempos del embarazo y en los primeros después del parto, de establecer salas de lactancia, y horarios adecuados para las madres que crían, etc.

El ideal sería que la madre con hijo de pecho no fuera a trabajar fuera del hogar, siendo ayudada eficazmente para el trabajo relativo dentro de la propia casa; pero desgraciadamente

(1) En Buenos Aires, la Dra. Rauson Dellepiane fundó una sociedad « El Hogar Maternal » con ese objeto, que entendemos no ha podido poner en práctica su pensamiento y nuestro distinguido amigo el Dr. Gonzalez del Solar, Director de la Asistencia Pública, ha establecido hace poco un modesto y pequeño asilo con ese fin, Calle Curupaligüe, en Flores.

en estos tiempos la industria atrae a la mujer cada día más por los salarios relativamente crecidos que le ofrece.

i) *El fomento de todas las instituciones privadas destinadas a la protección de la madre y del niño (cantinas maternales, ligas de protección a las jóvenes, sociedades de auxilio a las madres que crían*, etc.) y especialmente de las que se preocupen del auxilio prestado *desde* el embarazo, de modo que las desgraciadas no vean llegar con terror el momento de la maternidad.

Estas instituciones deben cooperar en la obra de los refugios maternales, precediendo y siguiendo a éstos en su tarea protectora.

j) *El fomento sistemático de la mutualidad*, especialmente de la mutualidad maternal que tanto se ha difundido en algunos países europeos en los últimos años.

Reforma de la legislación en el sentido de:

k) *Facilitar la legitimación y la investigación de la paternidad*, dando un gran valor probatorio a la afirmación de la mujer de conducta honorable, otorgando representación a las sociedades protectoras de la infancia y de las jóvenes (bajo contralor oficial).

l) *Crear consejos tutelares de las menores* (en vez de la tutela de los jueces o defensores actuales, o como asesoras o colaboradoras de éstos) consejos compuestos de mujeres que tendrían para las jóvenes delicadezas y atentos cuidados que no puede ofrecerles sino por rara excepción un magistrado judicial.(1)

---

(1) Las grandes deficiencias del Ministerio Público de Menores entre nosotros son notorias y derivan no tanto de los funcionarios que lo desempeñan sinó, especialmente, de lo vasto y complejo de las funciones que deben llenar.

No podemos extendernos a este respecto pero nos bastará recordar con cuanta facilidad entregan menores a familias de dudosa responsabilidad y cuan maltratados son aquellos a menudo por falta de una inspección siquiera de forma.

El profesor Dr. U. Fernandez ha llamado la atención, en una vibrante comunicación al Primer Congreso Americano del Niño, sobre una verdadera monstruosidad impuesta por defensores de menores a sus pupilas que llegan a ser madres: *el abandono de sus hijos* ; para volver ellas al Asilo correccional o al servicio doméstico en el cual son a veces nodrizas mercenarias, mientras su hijo crece entregado a la Casa de Expósitos !

m). *Crear tribunales especiales mixtos, con participación de mujeres* (aun sin título de abogado) para resolver todas las cuestiones de paternidad, alimentos y subsidios.

n) *Mejorar la situación de los hijos naturales, adulterinos, incestuosos y sacrílegos*, aumentando la participación en la herencia a los primeros y dando derechos hereditarios a los otros.

o) *Hacer breves y sumarios los juicios por alimentación y subsidios* a los hijos y a las madres de los mismos.

Tal es, en mi concepto, y en sus lineamientos generales, el plan de acción social, gubernativa y filantrópica encaminado a prevenir el abandono del niño, a conservar a éste—excepto los casos en que su salvación depende justamente de ese alejamiento del hogar—el calor afectuoso y el digno amparo de la familia propia.

Me reservo para la discusión ulterior, el derecho de insistir sobre detalles de aquel plan de defender o fundar más extensamente medidas o innovaciones que pueden parecer arriesgadas o dudosas y que, en obsequio a la brevedad y a tanto trabajo útil como hay que realizar, sólo he explicado de manera deficiente.

Como se ve, la profilaxis del abandono está intimamente relacionada con todos los problemas de la protección eficiente a la *madre* y al *niño*, y en ella se comprenden todos los medios tendientes a levantar económica y moralmente esas dos entidades que las sociedades modernas—más justas que las antiguas y más conscientes de su propio interés—van procurando hacer cada vez más sanas y más fuertes porque sobre su perfeccionamiento reposa toda la obra del mejoramiento futuro, de la elevación general y de la felicidad colectiva de todos los pueblos y de todas las razas.

PROFILAXIS DEL ABANDONO DEL NIÑO

Por el Dr. Augusto Turenne

Profesor de Clínica Obstétrica de la Facultad de Medicina
Médico-Jefe del Servicio de Protección Maternal (A. P. N.)

71.141.

La tendencia natural y común entre los mamíferos superiores es mantener y sostener a sus crías, en tanto que su crecimiento físico y su desarrollo mental no son suficientes para permitirles tal ejercicio de fuerzas y aptitudes que les aseguren la posibilidad de vida independiente; las excepciones, contadas y bien conocidas, encierran en gérmen la explicación que el hombre para su beneficio, voluntariamente, aunque no siempre en uso de libre albedrío, adaptará a sus necesidades.

Lo que entre los animales es excepción notoria, la especie humana en el correr de los siglos lo ha transformado en costumbre inveterada y amoral, hasta constituir hoy una de los tantos problemas sociológicos, cuya solución se presiente, pero de la que nos separan obstáculos formidables.

No ya un informe, sino libros enteros merece y sobre él se han escrito; imposible es, pues, hacer en un informe, que por su naturaleza debe ser breve y conciso, otra cosa que una rápida enumeración, un pálido y abocetado cuadro que permita a modo de revista general, colocar la cuestión en su medio y en su tiempo.

El abandono del niño no es un fenómeno moderno; las más lejanas tradiciones, las versiones históricas más remotas señalan su existencia. Accidental o limitado a breves períodos coincidentes, por lo general con perturbadas épocas, o incorporado milenariamente a las costumbres de algunos pueblos; acompañando en sus aventuras a míseras tribus errantes o adoptado como previsora prescripción de orden social; impuesto como codificado medio de selección racial o indistintamente aplicado a sanos y deformes, el abandono, y en algunos casos la muerte deliberada del niño, fácilmente explicables por sus escasos medios de lucha y su desarmada reacción volitiva, son un hecho no sienpre explicable por una mentalidad inferior en

la que los exquisitos sentimientos afectivos se deben caracterizar las cilivizaciones superiores, no han tenido aún ocasión de manifestarse, ahogados en lo íntimo de la conciencia por las modalidades de una angustiosa existencia personal y colectiva, propicia sólo al desarrollo de las actividades mentales indispensables al mantenimiento y perpetuación de la especie.

Aunque interesante y preñado de enseñanzas, el estudio del niño en épocas pretéritas, nos alejaría de la orientación utilitaria que debe esperarse de congresos como el presente, y aunque muy someramente, es a la época presente y a nuestro país, aún en formación étnica y social, que circunscribiremos breves y obligatoriamente concisas consideraciones.

Despojado del carácter de crueldad de antaño, el abandono del niño adopta en nuestro medio una forma explicable por los medios que la sociedad ha ideado como lenitivo a hechos a los que no ha podido aplicar una previsora terapéutica.

Es una excepción, que pasan a veces años en repetirse, que el niño sea abandonado en la vía pública o en el portal de alguna habitación: una supina ignorancia o un mal oculto deseo de eliminar al indefenso testigo de la transgreción explican tan insólita conducta.

Incorporado a las costumbres y luego a la reglamentación de los servicios de asistencia pública, en su primitiva forma de auxilio cristiano, el *torno* fué durante casi un siglo la recatada, aunque peligrosa meta de la casi totalidad de los niños abandonados en Montevideo.

El profesor Morquio en una serie de publicaciones, ha hecho el proceso del torno, y después de constituirse en campeón de los medios sustitutivos modernos del anticuado procedimiento, ha podido mostrar con cifras elocuentes que su supresión no acarreaba los graves inconvenientes que los partidarios de la vieja fórmula habían anunciado, fundándose más en un temeroroso misoneísmo que en el estudio de nuestras modalidades y reacciones sociales.

De las publicaciones del ilustrado pediatra y de los informes que con toda amabilidad me han sido comunicados por el doctor Vidal y Cuervo, director del Asilo «Dámaso Larrañaga», fluyen las cifras siguientes: Durante el período 1906-1910, fun-

cionó casi exclusivamente el torno, como medio de ingreso a dicho Asilo, pues las formalidades administrativas eran casi excluyentes de otra manera de ingresar. Desde 1911 funciona además, una Oficina de Ingreso, que ofrece todas la facilidades requeridas. A contar de 1915 (Junio) se organiza el Servicio de Protección Maternal en la Casa de Maternidad, y se funda la Asociación «Pro-Mater», que desde 1918 subvenciona a la «Bonne-Garde» para la protección de las solteras madres, provenientes del Asilo correcional del Buen Pastor.

Los niños son clasificados en abandonados y amparados, designándose así a aquellos cuyas madres o padres continúan vinculados a ellos, apesar de su ingreso en el Asilo «Dámaso Larrañaga».

Años	Abandonados	Amparados	Legitimados
1906-10	1.825	1.372	?
1911-15	899	2.593	?
1916	94	952	26
1917	85	862	21
1918	103	765	26

Sin ser obsolutas esta cifras, pues un cierto número de los amparados sale del Servicio del Protección Maternal ya legitimado por la declaración en el Registro Civil, no cabe duda que representan un progreso, más notable aún, si se tiene en cuenta que la cifra de ingreso al Asilo sería mucho mayor si un gran número de madres (alrededor de 500 anuales) no recibiera del Asilo «Dámaso Larrañaga» una subvención mensual como nodriza de sus hijos, y otras (unas 300 próximamente) no fueran amparadas por el Servicio de Protección Maternal y por la «Pro-Mater» con subsidios en dinero, pago de alquileres, distribución de alimentos y ropas, obtención de trabajo remunerado, legalización de estado civil, etc.

El repunte del año 1918 sería tal vez explicable por la crisis económica por que atravesó el proletariado en ese año (huelgas, carestía de la vida).

Alentadoras como lo son las cifras que anteceden, no dejan por eso de fundamentar la afirmación de la existencia del abandono del niño como problema social en el Uruguay.

De las complejas causas que parecen explicarlo, desentrañaremos sólo aquellas que más importancia tienen y exigen más pronto remedio.

Si analizamos los caso de abandono veremos, en primer término, figurar dos factores casi contantes, acoplados en binomio doloroso: la ignorancia y la miseria.

La casi totalidad de las madres que abandonan a su hijo no tienen oficio o profesión definida, pues que el de «sirvienta», la europea «bonne a tout faire», encumbre con harta frecuencia la inhabilidad manual y la impotencia mental para toda ocupación sistematizada.

La crisis actual del servicio doméstico en el Uruguay no es sino el exponente de la incorporación de la mayor parte de las mujeres inteligentes y hábiles al trabajo de las fábricas y manufacturas, que aun con todos sus inconvenientes y peligros representan un mejoramiento indiscutible en salarios, alojamiento, libertad de esparcimiento, reposo metodizado, etc.

Es precisamente en el gremio de sirvientas, ya procedentes del interior del país, ya importadas de países de escasa difusión cultural, analfabetas, torpes de manos y de cerebros, que encontramos el mayor número de abandonos. La incultura y la ignorancia de esas mujeres explican la inconciencia con que proceden a un acto cuyas consecuencias muchas no alcanzan a percibir; no es raro que una piadosa reconvención, un llamado al instinto maternal latente en ellas y rara vez extinguido, la seguridad de que la conservación del niño no solamente no les restará probabilidades de trabajo sino que por el contrario las hará dignas de acogerse a los diferentes organismos de protección con que cuenta el país, para que el abandono proyectado sea reemplazado por la exteriorización de sólidas cualidades de amor materno.

Es tan inconsevible como lamentable el grado de amoralidad a que pueden llegar estas mujeres y el asombro con que se les ve descubrir el mundo nuevo que asoma a raíz de elementales conversaciones; la inmensa mayoría confiesa que jamás ha oído ni imaginado nada parecido a lo que se les dice.

Inseparable de la condición mental que señalo es la miseria. Condenadas a un salario irrisorio—por lo general inferior a

diez pesos mensuales—mal alimentadas, peor alojadas, burladas con harta frecuencia de su legítimo sueldos, alejadas cuando no abandonadas por su familia, errantes en caso de desocupación, de agencia en agencia de colocaciones, espectadoras de la triste condición en que ven a sus compañeras de infortunio, para ellas el hijo es la complicación formidable, el obstáculo infranqueable para conseguir mantenerse en la situación anterior a su parto, que con todas sus miserias, por lo menos, les permitía no morirse de hambre.

La falta de una reglamentación del Servicio Doméstico que sirve a los patrones para exteriorizar quejas, nada injustificadas por cierto sobre procederes y abusos de ese personal, también explica el desamparo absoluto en que éste se encuentra frente a las demasías de los tramposos y desalmados que utilizan sus servicios. La sanción judicial de estos hechos es demorada y cara, y buena parte, cuando no toda, la remuneración rescatada queda en manos de intermediarios y testigos.

En estas condiciones se comprende fácilmente que grave perjuicio representa para esa clase de madres la conservación del hijo y cuán justificado es ante sus ojos el abandono; para ellas es un caso de legítima defensa.

Ahondando más el tema, surge con toda su importancia el conflicto agudo entre el concepto ancestral de la maternidad ilegítima y los nuevos postulados de la ética sexual. Lucha apenas iniciada, tienen contra sí estos últimos el peso de siglos de prejuicios, la múltiple alambrada de púa de intereses creados que se creen legítimos porque nadie ha analizado su legitimidad, la soberbia y la inconciencia masculinas, resabios de la mentalidad del «macho» de la manada prehumana, la hipocresía de las creencias religiosas, enemigos todos que aunan sus fuerzas para mantener una situación que nadie se atreve a defender doctrinariamente.

Mientras la impunidad de los seductores encuentre refugio, si no en la ley, en las costumbres; mientras la sociedad mancille a la madre ilegítima a quien no supo defender antes de su caída, desbrozando su inteligencia y vigorizando su carácter; mientras los creyentes o pseudo tales acepten la redención de las Magdalenas arrepentidas, pero lapiden a las tristes que

asumen la responsabilidad de su falta; mientras la legislación mantenga la bárbara clasificación de hijos legítimos y naturales y prohiba la investigación de la paternidad, el abandono del niño será constante y permanente.

No hay, sin embargo, que suponer que estos factores de una fuerza retardataria colosal que explican el abandono inmediato, sean suficientes para dar la clave del abandono tardío.

Pasado el período de la lactancia, surgen para la madre nuevos problemas, que en su aislamiento se ve incapacitada para resolver. A las necesidades materiales, se añaden otras morales e intelectuales para el niño, y la ausencia de elementos para darles cumplido acatamiento justifica por qué madres inteligentes que hubieran aceptado la conservación inmediata, titubean, vacilan, y, finalmente, se inclinan al abandono porque se presumen carentes de fuerzas para llenar todos los deberes de su maternidad.

Hay, pues, una fase secundaria y tardía del abandono que merece también ser prevista y encarada en toda su importancia.

Con relativa frecuencia y en mujeres no ignorantes, ni indigentes he podido observar otra causa de abandono, en algo comparable a la que ha surgido a raíz de las bárbaras violaciones perpetradas por soldados y oficiales alemanes en Bélgica y Francia.

Seducidas por individuos de una clase social superior a la propia y que aleja de su imaginación la idea de una reparación legal (matrimonio o legitimación del hijo) o bien por esos impudentes ejemplares que abundan particularmente en campaña y que anotan sus conquistas con la fruición que el cazador computa el número de piezas caídas bajo su escopeta, la maternidad se acompaña de un sentimiento tal de asco y de rebelión, que el hijo hereda la aversión que el padre ha despertado. He visto casos de verdadero odio, traducido en vías de hecho contra el niño, por cuanto es el testimonio de una falta muchas veces explicable por la violencia o un prolongado asedio que poco a poco va entregando desarmada a la futura víctima. En estos casos ningún razonamiento modifica una resolución que ha madurado en largos meses de reflexiones amargas.

Como se ve en la muy rápida e incompleta enumeración que acabamos de hacer, complejos y complicados factores explican por qué el abandono del niño se mantiene como costumbre y amenaza prolongarse en el tiempo con mengua de los contemporáneos a los ojos de las generaciones venideras.

El factor económico tan grave y apremiante en la sociedad actual, no ha hecho sino empeorar condiciones preexistentes y contra las cuales poco o casi nada se ha querido hacer hasta una época reciente. Los momentos son propicios para la campaña emprendida: fermentos de renovación social, quejas generales y estruendosas de los débiles y oprimidos grupos proletarios, la sensación de potencia y de vigor progresivos de que éstos toman conciencia, un saludable temor de los ahitos, la difusión de doctrinas que aunque tildadas de erróneas para los que olvidan la frase de MAGGINI: «l'utopia dell'oggi é la verità del domani», encierran, por lo menos, el propósito de disminuir ya que no suprimir desigualdades irritantes, todo induce a pensar que están en vías de desaparición lenta y progresiva algunos de los factores que actualmente explican el abandono.

¿Es decir con esto que la regresión es positiva en tanto que signifique un perfeccionamiento moral? No tenemos que apresurarnos a afirmarlo. Dentro de los límites del movimiento que señalamos, hay también signos de disolución, una marcada tendencia a sacrificar el interés perdurable y colectivo al momentáneo e individual. ¿Acaso podemos ignorar las graves consecuencias que acarrean y los bajos instintos que adulan ciertas nuevas formas de neo-malthusianismo? Basta leer alguno de los audaces folletos que defienden la «huelga de vientres» para sentirse alarmado y convencerse cuán lejos de una ética sexual promisora de una Humanidad más perfecta, más sana y más justas, nos encontramos si esas ideas excesivas y perniciosas, sustituyen a las anteriores que, por lo menos, al confesarse erróneas, mantenían la esperanza de ser reemplazadas por otras más conformes con los principios admitidos de verdad y de justicia.

El Uruguay, cuya orientación hacia indefinidos progresos culturales y sociales le convierte, con alarma de muchos, en cam-

po de experimentación sociológica y para consuelo de los que profesamos avanzadas ideas, sin que hasta ahora hayan podido palparse los cataclismos resultados que los conservadores anunciaban sí, en cambio, una lenidad en las reivindicaciones que tiene fundada explicación en la certeza de alcanzarlas sin conmociones violentas; se ha preocupado de incorporar a sus costumbres y a su legislación preceptos que están llamados a moderar, y tal vez con el tiempo a suprimir en grandes proporciones, el abandono del niño.

La organización de asociaciones que como la «Pro-M. ter» y la «Bonne Garde» acogen y protegen a las madres desvalidas o abandonadas, sin restricciones emanadas de su estado de solteras, viudas o casadas, ha proporcionado una discreta proporción de casamientos y legitimaciones: la acción continuada y tenaz de las dignísimas damas que han tomado a su cargo la tarea de tender su mano a la madre pobre; seguirá acentuando los beneficios que de la actividad privada pueden esperarse.

La ley que organizó la Asistencia Pública Nacional otorgando a toda embarazada indigente o abandonada el derecho a la protección, permitió la creación en Montevideo del Servicio de Asistencia y Protección Maternal que funciona en la Casa de la Maternidad y que inaugurado en Junio de 1915 ha prestado servicios que rápidamente fueron comprendidos por la población, alcanzando hasta el 30 de Abril de 1919, las siguientes cifras: Asistidas en la Casa de la Maternidad, 3.303; asistidas en las policlínicas, 6.557; asistidas a domicilio 572.

El servicio comprende, además de la asistencia técnica, la protección moral y la defensa jurídica de los menores de edad por intermedio del Abogado asesor de la Asistencia Pública Nacional; pero aún a las mayores de edad no les niega este funcionario sus consejos e indicaciones, en particular para la iniciación de gestiones de legitimación.

Como médico jefe de ese Servicio puedo asegurar que su difusión y sus resultados superan las más halagüeñas esperanzas y es de lamentar que la difícil situación económica de la Asistencia Pública Nacional no me haya permitido perfeccionar su mecanismo para ampliar su esfera de acción.

La labor conjunta del Servicio de Asistencia y Protección Maternal y de las Sociedades «Pro-Mater» y «Bonne-Garde» ha permitido evitar numerosos casos de abandono, propiciando matrimonios gestionando legitimaciones, reconciliando con sus familias hijas pródigas o expulsadas de sus casas en un momento de indignación paternal, proporcionándoles honesto y remunerador trabajo que independizando a la madre de las angustias del presente le permite encarar su porvenir y el de su hijo en forma menos sombría, en una palabra, encarrilándolas en las vías de la vida honesta y regeneradora.

La Asistencia Pública Nacional ha constituído en el antiguo Asilo de Expósitos y Huérfanos, hoy «Dámaso Larrañaga» un centro profiláctico del abandono, del que ya hemos hecho mención.

Se subvenciona allí a la madre como nodriza de su hijo, suprime una de las razones más imperiosas del abandono, y la experiencia demuestra cuán poco frecuente es que después de meses o años de vida conjunta, durante los cuales invisibles pero sólidos lazos se han creado, la madre entregue su hijo al Asilo. Facilítanse las relaciones entre la madre y el hijo confiado a un ama, y permítese conservar el frágil lazo que los une y no siendo raro que terminada la lactancia (período crítico para ambos por las múltiples dificultades que trae aparejadas) la madre reclame nuevamente su hijo.

Fórmula imperfecta pero de alcance práctico indiscutible es el confiar el niño—abandonado de hecho por su madre—a una familia a la que se incorpora y de la que muchas veces concluye por formar parte integrante. Podría objetarse que salimos del tema de nuestro informe, pero no cabe duda que la tutela administrativa—tal como en nuestro país y en muchos otros funciona—no reemplazará nunca al amparo afectuoso que en muchas gente de clase humilde se hace efectivo sobre el niño, que ingresado en la familia al principio como agente de mejoramiento económico (por la subvención acordada por la Asistencia Pública Nacional) concluye por ser considerado como un hijo más.

En el Uruguay esta fórmula de otorgar al niño abandonado por su madre al amparo familiar, ha dado resultados suficientemente satisfactorios para hacerla figurar en estas consideraciones.

A estas medidas profilácticas del abandono debemos agregar, por lo que al Uruguay respecta, dos progresos jurídicos de capital importancia. La libertad de investigación de la paternidad incorporada a nuestra legislación suprime un factor importante de abandono; rodeada de las garantías necesarias para prevenir abusos, constituye una medida que, a medida que se vayan difundiendo sus beneficios, haciendo palpar las responsabilidades de la paternidad ilegítima, tendrá que limitar las actividades de los seductores profesionales, que seguros de la impunidad no encontraban barreras suficientes al despliegue de sus funestas actividades.

Síguele en importancia el mejoramiento de la situación de los hijos naturales, contemplados por la nueva ley, en forma de acercar sus derechos a los de los hijos legítimos. Aunque tal vez sujeta a revisión por los abusos a que podría dar lugar, no cabe duda que particularmente en campaña, en donde el estanciero de vieja cepa acostumbraba poseer un verdadero serrallo, tiene un alcance del que hechos observados desde su promulgación, han podido aquilatar su magnitud.

Como se ve, en el Uruguay desde hace algunos años, el movimiento de lucha contra el abandono del niño se ha organizado e intensificado; siguiendo la triple vía del mejoramiento económico moral, y social, y por medio de medidas jurídicas, leyes previsoras y organizaciones de asistencia social, se han conseguido resultados halagüeños.

Pero, ¿es esto todo? ¿No hay un abandono que, enmascarado y poco visible, tiene proyecciones incalculables para el porvenir del país?

Me refiero a ese abandono que se traduce por la deserción o la incomprensión del deber de formar la mentalidad y el carácter del niño.

Satisfechas las necesidades materiales, ahito el hambre y asegurado el lecho ¿posee en muchos casos el niño todo aquello a que tiene derecho?

Surge aquí en toda su importancia el problema de la patria potestad, que silenciosamente evoluciona, conservando, sin embargo, tantos resabios de la bárbara ley romana.

Mi competencia escasa y el campo del tema de que me ocupo excluyen dilucidarlo, pero el simple buen sentido y una amplia comprensión de lo que se vislumbra en el futuro obligan a preguntarse si a un cierto número de progenitores, insuficientemente aptos, no tiene la sociedad el derecho de sustituirse en la preparación de sus hijos a la vida.

Grave cuestión, preñada de dudas y de incertidumbres, cuyas soluciones apenas pueden esbozarse y que se irán cristalizando después de quién sabe cuántas y cuáles dolorosas crisis sociales.

¿ Será la « comunización » de los hijos un remedio a ese abandono ?

Las audaces realizaciones del maximalismo ruso obligan al sociólogo a detener su mirada sobre el sangriento alambique en el que entre miserias y dolores sin cuento pugna por elaborarse una nueva forma social, de la que talvez sea el mayor enemigo la incultura y la mentalidad primitiva de los elementos en quienes se ha ensayado.

No es posible, sin olvidar toda la historia de la Humanidad, rechazar de plano toda innovación sólo porque choca con ideas adquiridas o formas cómodas de funcionamiento colectivo. Con mucha frecuencia el hombre se amedrenta más de la forma verbal de las ideas que de los hechos que éstas puedan originar.

Los costosísimos asilos de expósitos y huérfanos, las medidas jurídicas que los amparan y protegen, los asilos maternales, ¿ son, en suma, algo muy diferente de un tímido y balbuciente ensayo de comunización filial ? ¿ No es acaso la comunidad que se sustituye a los sostenes naturales y ausentes del niño ?

¿ Acaso no sería preferible que a la errónea formación física, mental y moral que fluye de una incompleta o descarrilada concepción de los deberes paternales, se sustituyera una clarividente protección que, consciente de la enorme responsabilidad que con el porvenir de la raza se contrae al determinar la orientación del futuro hombre, realizara científicamente, sin dogmatismos ni desmoralizantes conceptos de estatismo absorbente, los postulados que preparen épocas, todo lo lejanas

que se quiera, pero de una evidencia matemática, en las que el hombre en pleno desarrollo de su personalidad, pueda, sin justos rencores, aceptar las inevitables pero no irritantes desigualdades que la capacidad física, la preparación mental y la energía volitiva harán renacer cuantas veces un ingenúo miraje reñido con las enseñanzas de la Historia y los ejemplos de la Naturaleza pretenda crear organizaciones estrictamente igualitarias?

Ruda tarea, milenaria labor, pero no intangible meta. Antes que exponerse a cataclismos sociales que amenazan detener la marcha de la civilización retrotrayéndonos a los oscuros siglos que siguieron a las invaciones bárbaras, es menester dictar previsoras leyes, satisfacer las justas aspiraciones de los que, oscuros artífices de la grandeza de las sociedades, no ven, al final de una vida triste y sin horizontes, mas que una interminable teoría de siervos a los que brillantes constituciones otorgan derechos civiles, mientras despóticas organizaciones sociales les deniegan derechos naturales.

El progresivo mejoramiento de las clases obreras, la más equitativa distribución de las cargas sociales, la justísima participación en los beneficios del trabajo, la higienización de la vivienda, el establecimiento de responsabilidades efectivas para los casos de natalidad ilegítima, la defensa y la protección prolongada de la madre abandonada, sea cualquiera su situación civil, la atenuación de las desigualdades que la ley establece entre los hijos según su orígen, la desaparición de los prejuicios contra la maternidad ilegítima, el mantenimiento de salarios especiales a las futuras madres y a las lactantes no son sino títulos de algunos capítulos que la Humanidad irá escribiendo dolorosamente, pero que cada una representará un acto de acatamiento a esos valores morales, a esos *imponderables agentes* que han demostrado ser la más invulnerable barrera a la barbarie, aún cuando ésta se enmascare con las apariencias de refinamiento científico.

No es, pues, única la profilaxis del abandono del niño; no es posible esperar de medidas aisladas resultados profícuos. Las disposiciones insuficientes, parciales o encaradas con criterio unilateral, no harán sino dificultar el advenimiento

de una época que para mengua de las sociedades civilizadas se retarda en demasía.

El niño desde el momento de la concepción adquiere derechos naturales que el nacimiento acrece y a los que se agregan derechos legales.

Es nuestro deber defenderlo durante el largo período en que, inerme, está a merced de todas las agresiones. Luchar contra su abandono, conservándole sus naturales apoyos, será prepararle favorablemente a la asimilación de preceptos morales, a la adquisición de conocimientos y a la vigorización física de su organismo que aseguren su desarrollo integral como factor eficiente de una Humanidad sana y honesta.

Señores colegas:

CONCLUSIONES

1. La solución del problema del abandono del niño es compleja, pues que las razones que lo explican son múltiples y variables, según los países y las épocas.

2. Los motivos principales para el abandono son de orden económico, social y moral.

3. La legislación y las modificaciones de la organización social constituyen medios insuficientes de prevención del abandono si no se acompaña de una renovación completa de los métodos de formación moral de los individuos y de la asimilación personal y colectiva de conceptos superiores de ética sexual.

4. Toda campaña preventiva que no corrija simultáneamente todos los factores del abandono infantil será de resultados inferiores a los que pudieran esperarse de los esfuerzos realizados.

5. En la lucha contra el abandono infantil, además de los factores generales y comunes a toda la humanidad, deben contemplarse las modalidades locales y las características sociales de cada país.

6. En el Uruguay los resultados obtenidos, aunque alentadores, se resienten de la inobservancia de las conclusiones que preceden.

SOBRE LA ORGANIZACION DE LA PROTECCION Y ASISTENCIA DE LA INFANCIA (1)

14.102-167.

Por el Dr. Gregorio Araoz Alfaro.

Harto hemos discutido en las diversas secciones de este Congreso, sobre los medios de protección al niño en sus diversas edades y sobre los distintos organismos capaces de proveer con mayor eficacia a ese propósito de tan grande importancia social.

Salvo divergencias de detalles estamos todos de acuerdo en lo fundamental.

Sabemos que esa obra de protección debe iniciarse por la acción ejercida sobre la madre, desde *antes de ser madre* y aún sobre el padre, procurando que los dos elementos de cuya unión ha de nacer el niño, sean sanos, vigorosos, sin taras físicas ni mentales capaces de transmitirse al hijo; procurando, además que la madre sea atendida durante su embarazo de manera que su trabajo sea ligero y fácil, sin fatigas ni esfuerzos, que su alimentación sea racional y suficiente, y que en los últimos meses, el trabajo propiamente dicho cese por completo, asegurándose empero los medios necesarios a su subsistencia y su higiene corporal.

Todos esos preceptos de *puericultura preconcepcional*, estrictamente dependientes de la nueva ciencia *eugénica* que en todas la naciones civilizadas tiende a reunir en cuerpo de doctrina y en prescripciones prácticas los principios que deben presidir la formación de generaciones sanas y fuertes, irán sin duda teniendo cada día mayor acatamiento en nuestros países americanos.

---

(1) Conferencia dada en sesión plena del Segundo Congreso Americano del Niño (Montevideo, Mayo de 1919), por el doctor Gregorio Araoz Alfaro, presidente de la delegación argentina, delegado de la Universidad nacional de Buenos Aires, etc.

Reconocemos unánimemente, higienistas y médicos, que la puericultura debe continuar—una vez nacido el niño— con los cuidados adecuados prestados a la madre para salvar a ésta, manteniéndola sana y apta para amamantar al hijo, primera condición para el crecimiento fisiológico de éste, y para asegurar a una y otro—durante el período de la lactancia—la posibilidad de la vida en común y en las condiciones de higiene necesarias para que el hijo crezca sano y fuerte.

No he de insistir sobre los medios y las instituciones que esta protección, a la vez ejercida sobre la madre y el niño de pecho, requiere, de los cuales hemos hablado reiteradamente en las diversas secciones y que acabo yo mismo de enumerar al ocuparme de la «*profilaxis del abandono*»

Me bastará recordar que para que esa protección sea eficaz hácense necesarias *leyes y ordenanzas que establezcan el reposo de la madre durante el embarazo*; *refugios maternales o asilos talleres para antes y después del parto y maternidades* en que las madres puedan quedar todo el tiempo necesario *donde sean bien instruidas* en los cuidados que deban dar a sus hijos; *asistencia médica y social a las embarazadas y a las parturientas* que por propia voluntad u otras razones, deben quedar en su domicilio, capítulo principal de asistencia pública que en mi país está casi enteramente dejado de lado; *dispensarios de niños, gotas de leche e institutos de puericultura* en que los niños sean constantemente vigilados, dirigidos en la alimentación y auxiliados en todo lo que necesiten y las madres, reiteradamnete y prácticamente aleccionadas; *asilos de niños* en que el estado críe según las normas higiénicas, a los hijos quedados sin madre o que, por diversas razones, ésta no puede amamantar o tener consigo, temporaria o definitivamente; *cunas y asilos maternales* para recibir los niños durante las horas de trabajo de las madres: *subsidios en dinero y en especie* a las madres pobres que crían sus hijos, etc., etc., sin contar los *hospitales* generales y especiales destinados a los niños enfermos.

Faltaría aún un complemento indispensable para que esa protección a la primera infancia fuera eficaz en lo posible cuando no pueda hacerse lactancia materna exclusiva o cuando

sea preciso ya practicar la lactancia mixta por la edad del niño; la *provisión de leche higiénicamente irreprochable* y, por consiguiente de derivados de leche, mezcla y modificaciones de la misma que reuna todas la condiciones deseables.

Es este justamente uno de los puntos más débiles en nuestra organización. Por grandes que sean los progresos hechos en materia de lechería, apenas si se llega a la buena calidad para una cantidad mínima; la casi totalidad de la leche que consume la población es menos que mediocre y en buena parte decididamente mala, inclusive la que se provee a dispensarios, asilos y hospitales de niños.

Necesitamos no sólo una legislación y reglamentación prolijas, sino una policía sanitaria eficaz y enérgica que aseguren la salud de vacas, la pureza de la leche, el ordeñe en condiciones de limpieza, por lo menos, si no de relativa asepcia, la cuidadosa limpieza de los envases, la refrigeración inmediata y el transporte en frigoríficos o por lo menos fuera de la acción del sol, que tan rápidamente altera el producto durante nuestros largos meses de calor.

Por lo menos, necesitamos exigir tales condiciones a la leche que ha de suministrarse a los niños pequeños, los más sensibles a las más insignificantes alteraciones de aquella y no hay duda de que es en la calidad inmensamente superior de ese alimento que radican en buena parte los buenos resultados que en los países del Norte de Europa y en los Estados Unidos—que en los últimos años han extremado los cuidados y multiplicado sus «*Milk laboratoris*»—se obtienen con diversos procedimientos de lactancia artificial que entre nosotros fracasan en la gran mayoría de los casos.

No quiero detenerme más sobre este punto bastando con lo dicho para un auditorio tan especialmente preparado como el que me escucha. Sobre esta cuestión, he insistido muchas veces en mi país (1) y creo que no será posible llegar a la

(1) Ya en un trabajo que presenté en 1898 al Primer Congreso científico latino-americano (*Etiología y profiláxis de las infecciones gastro intestinales de los niños*), figura como una de las conclusiones: 3.° «Creación de una granja modelo municipal con expendio al más bajo precio posible

solución, a lo menos parcial, del problema sino mediante la creación de *granjas o lecherías municipales*, destinadas a proveer de leche superior y de sus principales derivados a los niños lactantes sometidos a la tutela y al contralor del estado y facilitando también esos productos a precio razonable a las familias de buena posición pecuniaria que hoy, a pesar de todo su dinero, no pueden tener leche irreprochable.

Por lo demás, el primer Congreso nacional de medicina uruguayo ha emitido también un voto en el sentido de las exigencias que vengo patrocinando.

Otro punto de apariencia nímia pero a mi juicio de gran importancia efectiva, es el que se refiere a la *inspección domiciliaria de los niños de pecho.*

Mi experiencia me ha enseñado que los resultados de los «dispensarios y gotas de leche» y del suministro de leche y alimentos adecuados al estado digestivo o nutritivo del niño

---

de leche esterilizada y en las diluciones convenientes—severa reglamentación y vigilancia del comercio de la leche». Después de una discusión, en que el doctor Coni hizo excelentes observaciones, propuso la sanción del siguiente voto que fué aprobado por unanimidad: «La Sección de Ciencias médicas del Congreso Científico latino-americano invita a las empresas particulares de expendio de leche a suministrar una clase especialmente escogida de ese producto, denominado «leche para niños» a semejanza de la que se obtiene en los tambos modelos de Dinamarca y otros países europeos. Considera, asimismo, que las autoridades comunales deben fundar granjas modelos destinadas a proporcionar a la clase pobre leche buena y esterilizada, a precios módicos, y difundir al mismo tiempo los buenos principios de alimentación e higiene de la infancia».

A análogas conclusiones, con idéntica insistencia sobre la necesidad de establecer numerosos dispensarios, talleres-refugios para las madres, «crêches», etc. etc. y de sancionar una ley general de protección a la infancia, llegaba en un trabajo ulterior «*Sobre la profilaxis y el tratamiento de las diarreas estivales de los niños*». Anales del Círculo Médico Argentino—1899, N.° 2 y 3,—en una comisión oficial nombrada por el señor intendente municipal Bullrich en 1900. — (*Informe sobre provisión de leche a los hospitales, asilos y niños pobres.* Buenos Aires—Imprenta Coni hermanos 1900), en un rapport presentado al Congreso Internacional de Medicina de Lisboa en 1906—(«Lutte sociale contre la rachitisme», etc. *Archives de médecine des enfants* 1906, Décembre), y en muchos trabajos ulteriores.

se pierde en gran parte por falta de una organización que asegure *visitas frecuentes, realizadas por personas capaces, instruídas, prácticas y hábiles.* Esta falta es una de las graves fallas de que adolece la protección a la primera infancia en Buenos Aires y temo mucho que también lo sea en Montevideo donde estos servicios están, sin embargo, indudablemente mejor organizados.

No basta, ni con mucho la visita del médico cuando el niño está enfermo, ni tampoco la inspección—más de forma que de hecho—que realizan de tarde en tarde empeados oficiales que deben su puesto a recomendaciones personales y toman ese cargo como un sueldo cualquiera, y que están lejos de poseer ni la preparación, ni el tacto ni las condiciones morales necesarias para hacer eficientes sus visitas.

Es preciso *formar un personal especial, apto, inteligente, abnegado,*—capaz de llenar esa tarea con amor y con empeño, llevando en conversaciones familiares, con tacto y con discreción, a las mujeres ignorantes y a veces mal dispuestas a escuchar consejos, inbuidas de prejuicios y preocupaciones, los preceptos y las normas salvadoras de la higiene infantil y llevándolas no como imposición de funcionarios oficiales—que siempre se recibe mal—sino como observaciones amistosas, hechas dulcemente, casi de igual a igual, en pláticas familiares frecuentes.

Está dicho con ésto que hay que preparar cuerpo de mujeres visitadoras, análogas a las « schwester » alemanas y a las « nurses » inglesas y americanas, como ustedes han empezado a hacerlo ya en Montevideo. Para las mujeres, mucho más aptas por temperamento y por cualidades psíquicas, de ponerse en contacto simpático con las madres y nodrizas, puestos como éstos—aún sin recurrir a anhelos religiosos o humanitarios—pueden constituir una posición holgada y respetable que tienen verdadero interés en alcanzar y conservar.

La experiencia está hecha, por lo demás, y me basta presentar a ustedes los dos cuadros adjuntos de mortalidad entre *niños visitados y no visitados* en Nueva York y en una ciudad de Inglaterra, para que resalte con evidencia la situación inmensamente más favorable en que crecen los que

son objeto de visitas continuadas de «nurses» competentes y entusiastas.

Asigno pues, gran importancia, a la constitución de cuerpos numeroso y *selectos* de visitadoras en la protección de la primera infancia y repito que debemos esforzarnos por prepararlos, haciendo escuelas especiales para las mismas y constituyendo en cada dispensario y asilo de niños verdaderas *escuelas de puericultura*, pero de enseñanza práctica y eficaz.

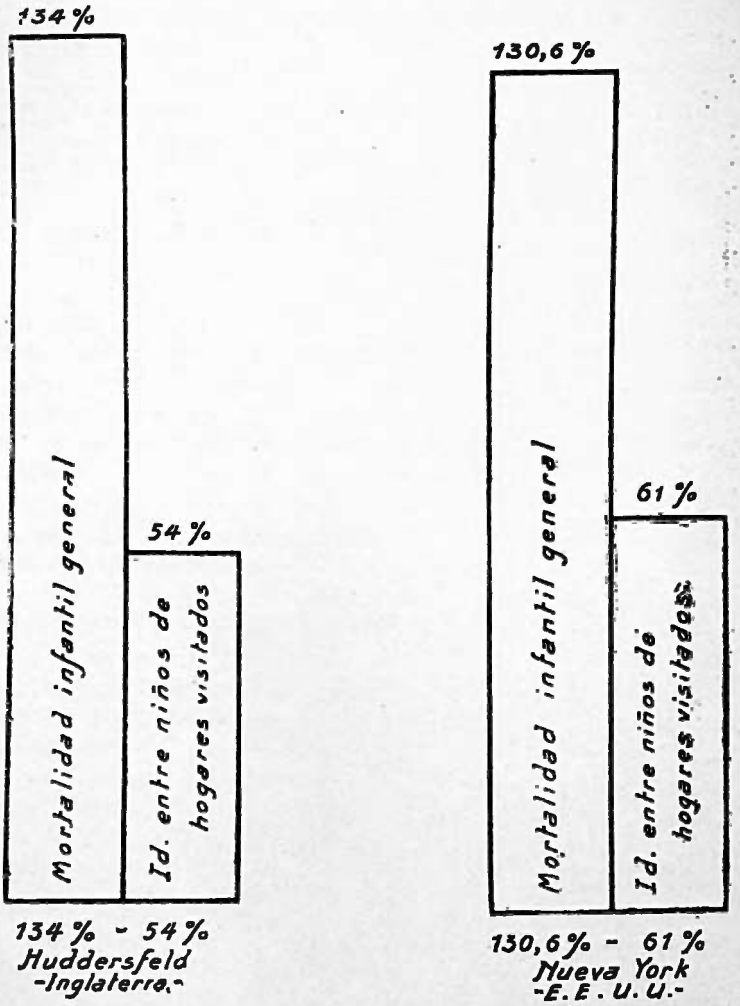
En el esquema que he de explicar dentro de un momento, figuro con múltiples flechas en sentido radiado, partiendo de los dispensarios y de las comisiones vecinales, esas visitadoras pagadas y gratuitas (señoras y niñas de las instituciones filantrópicas) que deben ir constantemente a los hogares pobres en busca de madres presentes o futuras que auxiliar y guiar y de niños que proteger.

Pero es tan necesario esto como en los servicios estrictamente médicos, que la *competencia especial* esté unida a la dedicación entusiasta. Sería ridículo que yo me pusiera a demostrar en una asamblea como ésta una verdad tan evidente, verdad empero demasiado a menudo olvidada o falseada por los que tiene a su cargo la provisión de los puestos públicos para los cuales nombran frecuentemente no a los más competentes y a veces ni siquiera a los simplemente competentes, sino a los mejor recomendados por influencias políticas o personales.

Ahora bien—no necesito decirlo a higienistas y médicos de niños—si en algún terreno la incompetencia puede ser perjudicial, gravemente perjudicial para sociedad, es justamente en materia de dietética y de medicina infantil. Por eso he podido decir en un informe a la Sociedad argentina de pediatría, tomando las palabras de un distinguido pedriatra filipino el Dr. Manuel Guerrero, que si dispensarios de lactantes y gotas de leche colocadas bajo la dirección de especialistas competentes y celosos son de un alto interés social, en cambio pueden constituír *un verdadero peligro* si son confiados a manos incompetentes e incapaces, que pueden en esta materia no sólo no hacer el bien, sinó hacer positivamente mal y mucho mal.

LA MORTALIDAD INFANTIL

EN SU RELACIÓN CON LA INSPECCIÓN DE HOGARES POR VISITADORES EN ESTADOS UNIDOS E INGLATERRA,—DEFUNCIONES DE NIÑOS MENORES DE UN AÑO POR CADA MIL DE ESA EDAD.



Os pido por ello la sanción del siguiente *voto*, que podrá no ser necesario en el Uruguay y en algún otro país de América, pero que es siempre de actualidad en el mío, y seguramente en otros:

« QUE TODOS LOS CARGOS PÚBLICOS RELACIONADOS CON LA PROTECCIÓN, HIGIENE Y ASISTENCIA DE LA INFANCIA, NO SEAN CONFIADOS SINO A PERSONAS QUE HUBIERAN ACREDITADO UNA PARTICULAR COMPETENCIA, SEA POR TRABAJOS ANTERIORES, SEA POR LA POSESIÓN DE TÍTULO CONFERIDO MEDIANTE ESTUDIOS ESPECIALES, SEA POR UN CONCURSO DE OPOSICIÓN. »

(*Este voto es sancionado por aclamación entre grandes aplausos.*)

* * *

Dejando ahora al niño de pecho y pasando a la segunda infancia, la acción se ensancha aun, porque se agregan nuevos elementos de morbilidad contra los cuales se hace necesario también luchar, y nuevas exigencias fisiológicas del niño que hay que satisfacer, si bien tórnanse mucho menos premiosas las exigencias de la dietética, tan delicada en los primeros años.

Los nuevos factores de morbilidad son, sobre todo, el *medio escolar y la escuela* por sí misma; secundariamente, la exposición mucho mayor—por la vida de relación mucho más desenvuelta—al contagio de todas las enfermedades infecciosas.

Las nuevas exigencias fisiológicas son especialmente las del crecimiento, y, consiguientemente, del desarrollo corporal armónico y fuerte. De todo ello, la *educación física* ha de preocuparse particularmente, adquiriendo así una importancia capital, que hasta hace pocos años hemos casi descuidado en absoluto.

No puedo naturalmente, en una conferencia como ésta, extenderme demasiado sobre estos puntos. Bástame recordar la transformación que en materia educacional está, por ventura, realizándose en nuestros países y que va aproximándonos a la consecución del ideal; la escuela salubre, simple pero amplia, bien aireada y bien iluminada en cuanto a edificio se refiere;

la escuela salubre también por el trabajo mental bien proporcionado a la capacidad del alumno, sin fatiga y sin vano desperdicio, con programas modestos pero de real eficiencia práctica, la escuela que atiende tanto al desarrollo corporal como a la formación del espíritu, la escuela que despierta aptitudes y fomenta la formación de capacidades más bien que infunde nociones hechas, la escuela, en fin, que educa ante todo, que da carácter, energía, honestidad, veracidad, patriotismo, solidaridad social.

Quiero solamente subrayar de paso la importancia de organizar en todas partes la *inspección médica escolar* sobre amplias y sólidas bases, procurando la rigurosa selección del personal (más delicado que ninguno porque en el médico escolar debe haber el pedagogo y el higienista de niños al lado del pedriatra), y procurando también que pueda bastar a su múltiple tarea y que tenga en las construcciones escolares, en la confección de los programas y de los horarios, en la enseñanza de la higiene, de la profilaxis y de la puericultura, el papel importantísimo que realmente le incumbe.

Y repitiré aquí lo que he dicho ya varias veces en la *sección de higiene y asistencia* de este congreso: que hay que *multiplicar las escuelas al aire libre*, que hay que tender a que el mayor número posible de escuelas sea al aire libre y que el mayor número posible de horas se pasen al aire libre; que hay que crear en todas partes—y multiplicar donde ya existen—las obras peri-escolares que, como los *jardines infantiles, plazas de juegos y deportes, clubs de niños* e instituciones similares, tiendan a atraer por muchas horas hacia los entretenimientos útiles e higiénicos, realizados en buenas condiciones de ambiente y especialmente al aire abierto, los niños que fuera de la escuela tienen que sufrir nuevamente las influencias deletéreas—morales y físicas—de la casa del pobre y especialmente de las pésimas habitaciones colectivas llamadas casa de inquilinato y conventillos.

No necesito tampoco insistir sobre la necesidad de que la constante y prolija inspección médica escolar separe los grupos de escolares que requieren establecimientos y medios especiales

de enseñanza *(escuelas de niños débiles, de niños atrasados, escuelas o colonias preventivas rurales, de montaña y de mar)* ni sobre la alta conveniencia de fomentar por medios oficiales, y suscitando la acción privada y la cooperación de las familias, las obras que tienden a mejorar la alimentación de los niños escolares *(copas de leche, cantinas escolares, etc.)*, supliendo así en lo posible graves deficiencias de régimen en las familias pobres.

En la segunda infancia, tienen naturalmente grande importancia las medidas de higiene general y de *profilaxis* destinadas a evitar en lo posible la difusión de las enfermedades infecto-contagiosas y parasitarias, y muy especialmente de la *tuberculosis* que constituye, con razón, la principal preocupación de gobiernos y pueblos más civilizados.

No puedo, sin abusar de la atención de este selecto auditorio, extenderme sobre estas cuestiones que me apartarían ya un tanto del tema estricto de mi conferencia. Quiero solamente decir que de día en día, va creciendo en mí el convencimiento—derivado de una larga experiencia—de que, como lo he dicho alguna vez, la lucha contra la tuberculosis es ante todo cuestión de protección inteligente a la infancia, de crear niños sanos, fuertes e instruídos en las normas profilácticas generales, capaces, por consiguiente, de opener serias resistencias al contagio tuberculoso tan difundido

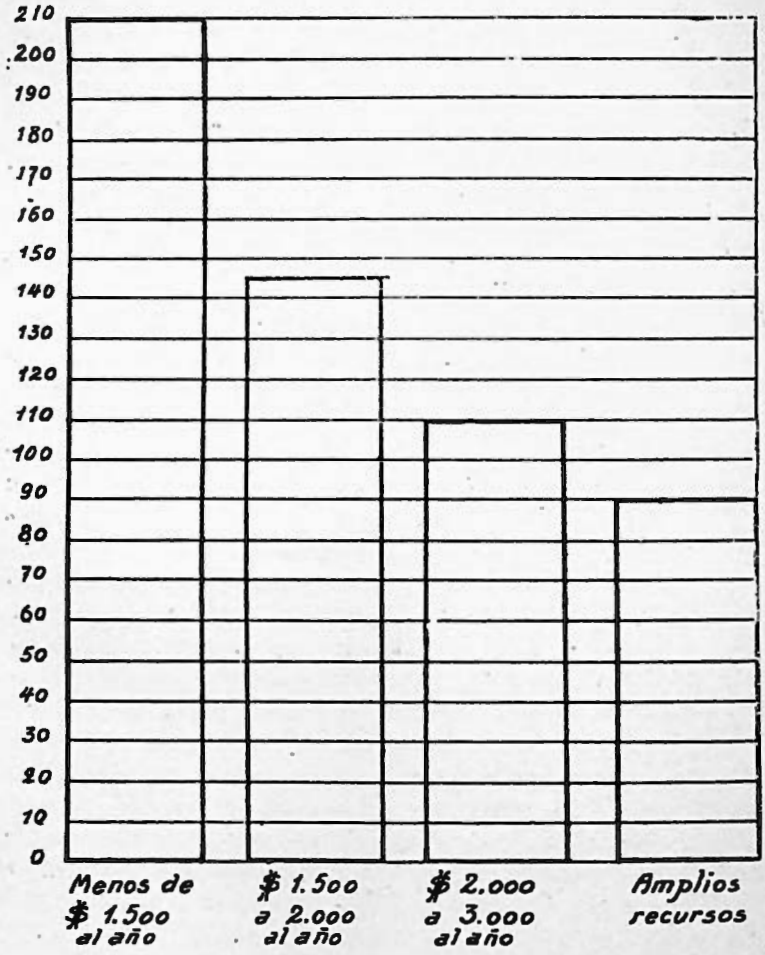
Y, por otra parte, de que *la enseñanza escolar de la higiene* hecha en forma *simple, práctica y lo más objetiva posible*, es el mejor medio de lucha contra todas las enfermedades, degeneraciones y miserias sociales.

He dicho hace cuatro años, en una conferencia dada en la Universidad de Tucumán que *«el grande, el soberano remedio contra el alcoholismo, como contra el paludismo, la tuberculosis las otras enfermedades infecciosas y la mortalidad infantil, es la instrucción, otra vez la instrucción y siempre la instrucción.»*

Es de la escuela sana, higiénica y bien dirigida,—agregaba—de donde han de irradiar sobre el pueblo, desde los hogares más humildes hasta los palacios opulentos, las nociones higiénicas justas que fortifiquen la salud física y moral, que comba-

LA MORTALIDAD INFANTIL Y EL FACTOR ECONOMICO

VARIACIÓN DEL ÍNDICE DE MORTALIDAD DE PÁRVULOS MENORES DE UN AÑO CON RELACIÓN AL SALARIO DEL PADRE. (1)



(1) Children Bureau Wáshington.

tan la enfermedad y la decadencia, que preparen un pueblo homogéneo, instruído y fuerte» (1)

Otra de las grandes necesidades sociales que, por cierto, no es peculiar a la protección de la infancia pero cuya satisfacción es para ella elemento capital, es el abaratamiento general de las substancias alimenticias y, sobre todo la *vivienda higiénica* puesta al alcance de las clases trabajadoras.

Mientras no podamos ofrecer a las más modestas familias medios abundantes de subsistencia, trabajo bien remunerado y bien reglamentado en *calidad* y en *cantidad* para que no sea nocivo, mientras las dejamos vivir en la suciedad y en la oscuridad, sin aire, sin luz y sin espacio suficientes, hacinadas en grandes aglomeraciones en una promiscuidad tan malsana para el cuerpo como para el espíritu, no podremos hacer obra eficaz de protección para la infancia que crezca en esas deplorables condiciones. (El cuadro adjunto muestra la influencia del factor económico).

La obra general de mejoramiento social es pues capital para la formación de la infancia, y hay que aplicarse a ella con empeño y con constancia si queremos realmente mejorar las generaciones futuras.

Y en esa obra, claro está que la reglamentación del *trabajo de la mujer y del niño* por medio de una legislación sabia y previsora, que preserve las energías del organismo en formación y que lo substraiga a los peligros del desgaste precoz, del taller insalubre y de las solicitaciones de la calle y del vicio, tiene una parte muy importante.

No he de insistir sobre estos puntos que forman objeto primordial de informes que han sido y han de ser aun discutidos en las diversas secciones de este Congreso y diré solamente que yo mismo he de abogar en la sección de sociología por una amplia *reforma de la legislación de la patria potestad* que permita arrancar los hijos a los padres negligentes, incapaces o indignos que los abandonan, y a veces los incitan, a los oficios

(1) Araoz Alfaro. La acción social de la Universidad. Por la salud y el vigor de la raza. *Dos conferencias en la Universidad de Tucumán.* Buenos Aires, Coni hermanos, 1915.

o falsos oficios de la calle, a la mendicidad o al vagabundaje —primeros escalones del vicio, del delito y del crimen.

* * *

Creo haber anunciado a grandes rasgos, y con la premura que impone la limitación del tiempo en reuniones como ésta, los principales medios de acción en esta lucha en pro de la infancia que va siendo felizmente una de las principales preocupaciones en las sociedades modernas no ya sólo por consideraciones sentimentales sino por la conciencia del alto valor del niño en la economía general.

Nuestros países americanos y el mío en particular, poseen muchos de esos organismos de protección a la infancia y algunos —como el Uruguay— han llegado a coordinar con bastante perfección ya, al menos en lo que se refiere al niño pequeño.

Empero, en la mayoría, ellos están lejos de tener el grado de perfeccionamiento deseable y no obstante su gran número, carecen frecuentemente de correlación y coordinación entre sí.

En la República Argentina especialmente—y temo que también en la mayor parte de las naciones americanas,—abundan las instituciones filantrópicas, las creaciones privadas y los establecimientos oficiales que tienden a proteger o asistir al niño, pero son muchos de ellos deficientes, en sus medios de acción, algunos mal orientados o mal concebidos, algunos aun francamente nocivos porque falsean el concepto educacional y se sirven del niño explotándolo sin piedad o aun ejercitándolo en una mendicidad más o menos disimulada.

Pero, sobre todo, no hay entre todos esos servicios una cooperación ni una correlación inmediatas. No hay especialmente, una dirección general que centralice esos esfuerzos, que los encauce, que les imprima una orientaión general y armonice las energías dispersas, muchas de las cuales se malogran por esa causa (1).

---

(1) He tratado detenidamente esta cuestión en mi conferencia sobre «*Asistencia Pública y previsión social*», dada en el Museo social argentino y publicada en el Boletín del mismo (1917).

El régimen federal que es nuestra forma de gobierno, es sin duda un inconveniente para la centralización que indico como una necesidad para el más completo éxito, pero es que ni siquiera dentro de cada estado federal o provincia ni aun en la misma capital federal, existe esa dirección o contralor central.

Por lo demás está demostrado ya que el régimen federal no es un obstáculo para unificar procedimientos o planes de acción que interesan a todas las provincias o a un buen número de ellas. Se ha visto plenamente en la organización de la defensa agrícola, de la defensa antipalúdica, de las obras sanitarias nacionales, etc.

Las provincias que obtendrían especiales beneficios, no se opondrían pues a una ley general que organiza en todo el país la protección y la asistencia de la infancia. Lejos de ello, facilitarían sin duda, con su concurso, las que pudieran prestarlo, la realización de un plan general inteligente y previsor que tuviere en cuenta para cada estado sus necesidades relativas y los medios de acción adecuados a sus condiciones y a su población.

Pero aún antes de que tal ley fuera dictada, el gobierno nacional tiene en sus manos el medio de establecer un contralor y una inspección general de las obras e instituciones de protección a la infancia puesto que las que no son oficiales se sostienen en buena parte por las subvenciones pecuniarias que reciben del poder central. No habría pues sino que establecer que esos subsidios gubernativos serían negados a las que no aceptaran la inspección y la fiscalización del gobierno y confiar estas funciones de alta dirección a una repartición técnica por el estilo del « Children Bureau » de los Estados Unidos que, a pesar del régimen federal y de que los estados son allí mucho más rico y, por consiguiente, más realmente autónomos que los nuestros, va dirigiendo cada vez más, con su influencia y con sus consejos, el movimiento americano en pro de la infancia que tanto se ha intensificado en los últimos años.

Durante mi breve actuación como presidente del Departamento nacional de higiene de mi país, llamé la atención del gobierno sobre esta cuestión—que ya había suscitado antes y en nuestro primer Congreso nacional de medicina, el doctor

Antonio Vidal—y después de mostrar los graves defectos de la situación actual, sostenía que « *urge crear organismo dirigente, sabio y ponderado, de contralor eficaz y de coordinación superior, que vigile y regule el funcionamiento de todas las instituciones que tienen la misión de proteger al niño* ».

Y agregaba que « tal organización directriz no puede ser dada sinó por los técnicos, médicos e higienistas, únicos habilitados para regir, con la necesaria capacidad, la formación de la niñez. Ciertamente, continuaba, educadores profesionales que deben poseer la higiene como la técnica pedagógica; filántropos y sociólogos que conocen las causas de los males colectivos y tienen la práctica de su tratamiento, deben formar parte de este cuerpo directivo, pero su núcleo capital y su órgano principal de inspección y vigilancia deben ser el médico de niños y el higienista » (1).

---

(1) En esa proposición dirigida al gobierno nacional, como en la conferencia ya citada, sobre « *Asistencia Pública y previsión social* dada el año 1917 en el Museo social argentino, he hecho conocer las graves deficiencias de la asistencia oficial y privada prestada al niño en todo el país.

Me refería a la dispersión de estas funciones de protección y asistencia entre multitud de reparticiones públicas, dependientes de varios ministerios en la misma capital de la República y a la cantidad de instituciones privadas o sostenidas en parte por municipios y gobiernos de provincia sin contralor ni fiscalización eficaces.

« Todas estas instituciones, decía, que son numerosísimas y que, en las provincias, substituyen casi totalmente a la acción oficial que falta enteramente o es insignificante, carecen de una inspección técnica y de un contralor eficaz que garanticen al país que su funcionamiento no se desvía de los altos objetivos primordiales que deben orientar su acción ».

« No es ciertamente una novedad para los que se ocupan de estas cuestiones y conocen bien el país, decir que hay colegios gratuitos, asilos, orfelinatos, escuelas de artes y oficios en que, unas veces por falta de concepto científico, otras por predominio de consideraciones de orden religioso y tal vez algunas por razones menos elevadas y más en relación con el beneficio que se busca obtener, los niños no reciben ni la instrucción, ni la educación física a que tenemos el derecho de aspirar hoy y son sometidos a una vida antihigiénica y a veces a trabajos excesivos que perjudican su salud y el desarrollo de sus aptitudes sociales y de trabajo ».

(Araoz Alfaro. Sobre la necesidad de uniformar y coordinar los esfuerzos de las instituciones de puericultura, *La Prensa médica argentina*, Junio 10 de 1918).

Pensaba estudiar en una comunicación especial a la sección de higiene y asistencia de este congreso, esta necesidad de coordinar los diversos servicios de protección y asistencia del niño y de ponerlos bajo una dirección general pero he preferido—ya que hay tantos trabajos que aún quedan por considerar—tratar esta cuestión conjuntamente con las otras que se refieren a la organización de este servicio social.

Esa dirección o inspección central debe constar a mi juicio de varias secciones, las principales de las cuales serían; *estadística y demografía; legislación; sociología; educación; puericultura y profilaxis: higiene escolar; asistencia médica y quirúrgica*, etc. Todas ellas tendrían su personal de especial preparación técnica y dependerían de un director general y de un consejo consultivo, ambos también de particular competencia.

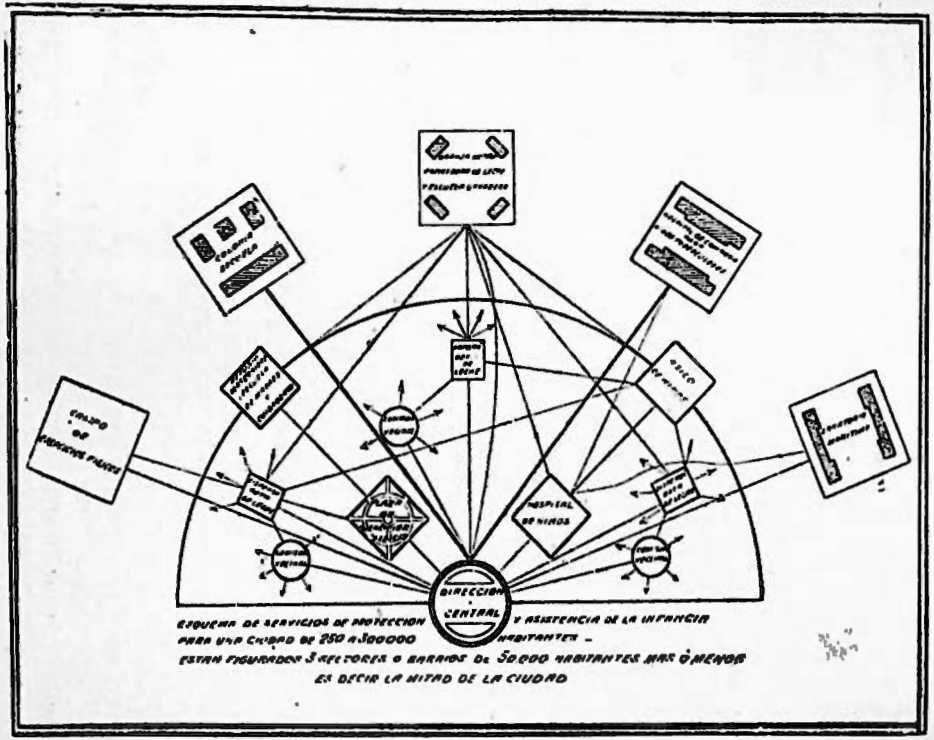
Aunque el rol directivo no fuera al principio verdaderamente eficiente, por falta de leyes especiales, la constitución inmediata de este organismo de control y de inspección tendría una gran importancia para el estudio de todas las cuestiones que se refieren a tan importantes problemas y para la preparación de los medios a poner en acción en todo el país contra la morbilidad y mortalidad de la infancia.

No considero necesario insistir más sobre el interés práctico que asigno a este proyecto y creo de antemano contar con vuestro unánime apoyo para la sanión del siguiente voto:

« QUE TODOS LOS ESTADOS AMERICANOS QUE NO TENGAN AUN OFICIALMENTE ORGANIZADA LA PROTECCION Y ASISTENCIA DE LA INFANCIA, ESTABLEZCAN UNA DIRECCION O INSPECCION GENERAL ENCARGADA DE LA SUPERINTENDENCIA Y EL CONTRALOR DE TODOS LOS ESTABLECIMIENTOS OFICIALES E INSTITUCIONES PRIVADAS DESTINADAS A ESE OBJETO, A FIN DE COORDINAR ESFUERZOS Y UNIFORMAR NORMÁS DE PROCEDIMIENTO, EVITANDO ERRORES Y DISPERSION DE ENERGIAS Y OBTENIENDO EL MAXIMUM POSIBLE DE RENDIMIENTO EFICAZ ».

(*El voto es sancionado por aclamación entre entusiastas aplausos*).

* * *



ESQUEMA DE SERVICIOS DE PROTECCION Y ASISTENCIA DE LA INFANCIA
PARA UNA CIUDAD DE 250 A 300000 HABITANTES.-
ESTAN FIGURADOS 3 SECTORES O BARRIOS DE 50000 HABITANTES MAS O MENOS
ES DECIR LA MITAD DE LA CIUDAD

Presento en este esquema un proyecto gráfico de organización de la protección y asistencia de la infancia para una ciudad de 250 a 300.000 habitantes, tipo común en Sud América.

Están representados tres sectores de 40 a 50.000 habitantes cada uno, de los seis que corresponderían a la ciudad. Y se indican los servicios que debe tener cada barrio o circunscripción de esos y los generales que corresponderían a toda la ciudad, algunos colocados dentro de ella misma y otros fuera, en los suburbios o en plena campaña.

Para capitales más grandes, o para provincias o departamentos más o menos poblados, podrían organizarse los servicios sobre aquellas bases, pero variándolos naturalmente en múltiples sentidos según las peculiaridades de la población, la densidad de los diversos núcleos, etc., etc.

Este esquema no es pues sinó una muestra de la concepción general que me parece debe presidir estas organizaciones, estableciendo en cada núcleo (barrio, ciudad pequeña, comuna o departamento) comisiones vecinales que deben coordinar y correlacionar los servicios locales, quedando ellas subordinadas a una dirección o inspección general para la gran capital o el estado federal, dependiente ésta a su vez de la oficina nacional, y respectivo Consejo, destinados a señalar las orientaciones generales y a fijar las normas de procedimiento y la distribución de los recursos con que se cuente.

SESION DEL VIERNES 23 DE MAYO

Preside el Señor Ministro de Instrucción Pública
DR. RODOLFO MEZZERA.
Secretario: DR. V. ZERBINO.

ORDEN DEL DIA

TEMA OFICIAL: « *Obras peri-escolares.* »
Relatores: *Dr. Genaro Sisto* (Argentina).
„ *R. Schiaffino* (Uruguay).

COMUNICACIONES: « NECESIDAD DE LA ENSEÑANZA DE UNA HIGIENE Y PUERICULTURA OBJETIVAS EN LA ESCUELA PRIMARIA ». — *Dr. J. T. Montellanos* (Argentina).

« DATOS ANTROPOMETRICOS SOBRE 1.000 NIÑOS DE LAS ESCUELAS DE SANTA FE Y CORDOBA. — INFORME DE LA COLONIA DE VACACIONES ». — *Prof. L. Borruat* (Argentina).

« LA OBRA DE LA PRO-MATRE Y SUS RESULTADOS ». *Sra. Celia Alvarez de Amézaga* (Uruguay).

« LA INSTITUCION DE LAS CANTINAS MATERNALES. » *Dr. L. Velazco Blanco* (Argentina).

« EDUCACION FISICA EN LOS NIÑOS ». — *Dr. A. Berro García* (Uruguay).

« COOPERACION MEDICO-ESCOLAR EN PRO DEL PERFECCIONAMIENTO FISICO, MORAL E INTELECTUAL DE LA INFANCIA ». — *Dr. Genaro Giacobini* (Argentina).

« CRISIS DE LA PUBERTAD Y SUS CONSECUENCIAS PEDAGOGICAS ». — *Dr. Victor Mercante* (Argentina).

« Reflexiones sobre higiene sexual ». — *Sra, Delia A. de la Gamma* (Uruguay).

« Sobre proteccion de la infancia en la escuela ». *Br. N. Leone Bloise* (Uruguay).

« La postura del niño en el periodo de su crecimiento (The posture of the growing child) ». — *Sta Jessie H Bancroft* (Estados Unidos de América)

« Proyecto de cartilla higienica » — *Dr. E. M. Olivieri* (Argentina)

« Un recurso para poder establecer una clinica dental escolar ». — *Dentista T. L. Burnett* (Argentina).

« La boca del niño. — El servicio odontológico escolar ». — *Dentistas Sta. A. Chao y F. H. Cohas* (Uruguay).

« Dispensarios dentales escolares ». — *Dr. Francisco J. de la Torre* (Argentina).

« Higie buco-dentaria infantil. » — *Dentista O. Tiscornia* (Argentina).

« La defensa del niño relacionada con su higiene bucal ». — *Dentistas E. Cardellino y N. Bolasco* (Uruguay).

ACCION VINCULADORA Y SOLIDARIA DE LA ESCUELA PUBLICA Y EL PUEBLO

53.168.

Por el Dr. Genaro Sisto

Director del Cuerpo Médico Escolar. Profesor extraordinario de la Facultad de Medicina de Buenos Aires. Miembro correspondiente de la Sociedad de Pediatria de Paris.

NECESIDAD DE LAS ASOCIACIONES PERIESCOLARES

En todos los países civilizados, la escuela pública, es el centro de cultura con carácter oficial o privado, en donde el país plasma su porvenir y su grandeza moral.

Dentro de este concepto fundamental, la escuela pública, debe preparar para la vida, desarrollar aptitudes, fortificar el organismo infantil, estimular la vida moral y poner al niño en condiciones de que mañana pueda bastarse a sí mismo; de este modo, la escuela recibe al niño para instrumentarlo, enseñándole el mecanismo y sentido de la lectura, escritura y demás ramas de la enseñanza que creemos útiles para su evolución social. La escuela, además de esta función esencial que se refiere al niño, realiza, por extensión cultural, una acción en el pueblo. La escuela no debe ser tan sólo una casa donde se reunan niños: es, ante todo, un centro de cultura individual y expansiva.

La escuela pública ha ido imponiéndose en la evolución biológica social, como un organismo esencial, y como tal deberá ser perfeccionado y cuidado con esmero. Ayer fué, sencillamente, una agrupación de niños; hoy es un mecanismo delicado y complejo, con el cual el maestro, realiza una función técnica y cultural de capital importancia.

La escuela ha penetrado en el espíritu público con tal pujanza, que, en muchos países, ha llegado a adquirir la fuerza de un problema nacional pasionante; y es de desear y aspirar a que todas las agrupaciones civilizadas de la tierra lo comprendan y sientan así, pues, exaltarse, entusiasmarse, pasionar por la escuela y la cultura humana, es luchar por el perfeccionamiento individual, por el progreso general, por la realización de una vida mejor, fundada en la más humana concepción de la misma.

Es por esto que en toda la tierra, los países que mejor comprenden la importancia de la escuela como factor de civilización, pugnan por mejorar, y perfeccionar esta institución, procurando mantenerla como un centro neutral en las agitaciones políticas, religiosas, o económicas. La escuela para un país, debe ser un sitio sagrado para todo aquello que no sea grande y noble en su espíritu y en su esencia, y a su perfeccionamiento deben concurrir todas las aspiraciones progresistas, a fín de hacer de ella el mejor y más completo mecanismo de nuestra grandeza y de nuestra fuerza moral.

Expresadas estas ideas generales, se comprenderá porque pueblo y gobierno deben preocuparse, por igual, de todo cuanto se refiera y tenga atingencia con la escuela pública. Ante todo, hay que ocuparse del factor maestro, y es necesario convencerse de que el maestro, es el agente decisivo en esa lucha por la cultura pública, Edificios, programas, reglamentos, inspecciones y toda la acción oficial, son inútiles, si el maestro no reune las cualidades esenciales necesarias para desempeñar su misión. Por otra parte, éste debe penetrarse de la importancia de sus funciones, debe atenderlas con mesura, conciencia y técnica apropiada y convencerse, sobre todo, de que su misión, si bien en verdad fecunda es modesta socialmente considerada: así comprendida y así aceptada la finalidad de su vida, el papel del maestro resulta sacerdocio, y como tal, debe desempeñarse con el dominio de la ciencia pedagógica, con la fe del que cree en la virtud de su apostolado y con el alma impregnada por el amor a la niñez, conocimientos y estados de ánimos necesarios para luchar serenamente con las dificultades que se le presentaran en su carrera profesional.

Si no se siente así la misión del maestro, éste podrá ser buen instructor infantil, pero jamás será un educador en el verdadero sentido de la palabra.

II

¿Debe limitarse la escuela tan sólo a enseñar las materias que constituyen los programas? ¿El maestro debe tan sólo preocuparse de sus niños mientras estén en la escuela? Limitar, estrechar el campo de acción escolar, es un error de concepto de lo que puede y debe hacer la escuela y el maestro: ampliar, extender, ensanchar la acción escolar, debe ser siempre su preocupación y su afán constante. La escuela pública debe conquistar por expansión inteligente, el favor y la simpatía pública.

La buena enseñanza, la eficacia de sus métodos técnicos, la inteligente preocupación de sus deberes escolares, la regularidad en la asistencia escolar, desde luego, son circunstancias fundamentales que hacen buen ambiente a la escuela pública,

y a los señores directores y maestros deben preocuparse de llenar estos deberes primordiales, con plena conciencia de su importancia y de su prestigio, entendiendo que en estas condiciones, la escuela pública prepara el ambiente para su acción expansiva, tan necesaria, en nuestra opinión, como la función especificada de la instrucción infantil.

La escuela primaria, como se sabe, es prolongación del hogar, concentración de niños de una región determinada, y, por ende, vinculada estrechamente a las familias y vecinos, como si dijéramos, los núcleos fundamentales de la vida orgánica más amplia de la provincia o del estado.

De aquí surge la conveniencia de la utilidad indiscutida de la compenetración y solidaridad de la acción escolar y de la familia, y la necesidad recíproca de conocerse, complementarse y ayudarse.

Los pueblos más progresistas en esta materia de la instrucción tales como Bélgica, Suiza, Francia, Inglaterra, Alemania Estados Unidos y otros, todos ellos han comprendido las ventajas y la necesidad de esta acción solidaria, y las obras llamadas periescolares, han surgido alrededor de cada escuela como por encanto, como sucede en Suiza y en Bélgica, o en otras formas, como sucede en otros países.

La acción de la familia no puede traer a la escuela pública sinó beneficios de toda naturaleza, morales una veces, materiales otras; y la práctica de esta manera de interpretar y realizar esta acción así lo establece con los resultados más felices.

¿Qué nos proponemos con incorporar y poner al lado de la escuela pública la asociación periescolar? Veámos que es lo que dicen los hecho.

En Suiza, cada escuela tiene su asociación periescolar: la forman los padres y vecinos, y ellos intervienen en los actos escolares, llevando el entusiasmo clásico de este pueblo por la instrucción popular.

Las sociedades de gimnasia y tiro, tan desarrolladas en aquel país, la propaganda por la asistencia escolar, las excursiones escolares al campo, las colonias de vacaciones, el suministro de útiles y ropas a los escolares pobres, el sport de la natación en los niños de las escuelas primarias y múltiples otras cosas que

la escuela como institución oficial no puede hacer, pero que los padres y vecinos pueden, perfectamente, sentir y realizar.

En Francia, Bélgica, Inglaterra, Alemania, Estados Unidos e Italia, encontramos que en todas ellas existen, se multiplican, y se afirman las asociaciones periescolares.

En Francia, por ejemplo se ha llegado a la constitución, en estos últimos años, de «La liga de médicos y de padres de familia», con sus asambleas periódicas y su revista propia. Interviene en todos los asuntos que interesan la escuela pública, y lleva el concurso de lo que piensa y quiere el médico y el padre en estas cuestiones, y es obvio decir la influencia que tienen en el gobierno las indicaciones surgidas de la interesante asociación popular que cuida de la escuela y la higiene de la misma. La sociedades populares para sostener las colonias de vacaciones y «Le Verre du lait», organizado este último recién el 1913, también son dignos de mención y de estímulo.

Los demás países mencionados, siguiendo el mismo concepto fundamental de solidaridad y cooperación entre la familia y la escuela, organizan asociaciones periescolares con propósitos y acción enérgica y concurrente. Allí en Bélgica, se asocian para preocuparse del niño débil e introducen en la escuela alimentos, medicamentos y ropa: en Inglaterra la acción privada, tan amplia y generosa crea escuelas para niños mentalmente deficientes y establecimientos para niños convalecientes; en Suiza y Noruega, se agrupan con el propósito de intensificar la enseñanza de ejercicio físico y la lucha antialcoholica, y en Estados Unidos la acción privada en favor del escolar, se aplica en forma vigorosa y pujante, creando asociaciones para el sport, higiene dentaria, excursiones escolares, y hasta aprovechan los barcos inútiles y en desuso instalándolos en la bahía de Nueva York para llevar allí a dormir a los débiles; Alemania instituye sus asociaciones cooperadoras para la protección del escolar débil y anémico, colonias para escolares, retardados mentales, excursiones escolares, bibliotecas; Italia crea, sostiene y multiplica las colonias Apeninas para los niños débiles, bajo el nombre de «Raggio di Sole», e introduce en la escuela pública la «Creche», y así sucesivamente podría decirse del Japón, España, Rumania, Portugal, las que dentro de

sus modalidades, costumbres y modos de vivir realizan la obra complementaria de la escuela pública, entendiendo así que si la escuela cumple su función específica de instruir y preparar para la vida, esta obra necesita ser complementada por la acción coeducadora de la familia para hacerla más completa y más intensa.

En la República Argentina también ha comenzado, desde hace unos quince años, la cooperación solidaria de la acción privada en favor de la escuela pública.. La ciudad de Buenos Aires, ha sido el punto de partida de este movimiento de expansión de la acción escolar y de la solidaridad entre la familia y la escuela. De la capital se ha extendido al interior, y la provincia de Buenos Aires, Santa Fé, Córdoba, Tucumán, Entre Ríos, Corrientes, Mendoza y en algunos territorios la asociación periescolar ha surgido entusiasta y fervorosa.

Los propósitos han sido múltiples; aquí se han organizado los vecinos para cooperar con la escuela pública en la alimentación del escolar instalando «La copa de leche», allí se han reunido para dar ropa, calzado y útiles escolares a los niños pobres; más allá una sociedad se ha fundado, para entre otros fines, regalar un terreno o un edificio escolar; otros se han ocupado de organizar bibliotecas para niños: otras asociaciones, como la denominada «Niños, pájaros y flores», fundado y presidida por el doctor J. B. Zubiaur, preconiza los jardines escolares, concede becas a niñas pobres, da premios al niño que cuida con resultado y amor plantas determinadas que reparte la sociedad; otra sostiene y obsequia un botiquín o regala una bandera; sociedades populares muy importantes sostienen escuelas para adultos, y entre otras digna de citarse, existe en Buenos Aires la sociedad «Amigos de la Educación», que funciona desde hace diez años, más o menos, y realiza una obra importantísima, dando instrución manual y perfeccionando aptitudes ya iniciadas a millares de jóvenes que concurren a sus variadas y útiles enseñanzas; la sociedad «Amigos de la infancia» de Santa Fé, fundada por el señor Luis Borruat, maestro de corazón, lleno de fé y energía, tanto como de ilustración, que sostiene una colonia de vacaciones y hace estudios antropométricos relacionados con los niños débiles; otras so-

ciedades dan delantales, blusas, pañuelos, muñecas y juguetes entre otros objetivos; agrupaciones realizan ligas para luchar contra el niño fumador, así como otras se agitan para hacer propaganda antialcohólica; otras se proponen despertar el interés popular en favor de la escuela pública, tal como en Tucumán donde dirigidas por espíritus llenos de unción y amor por el niño, se han agrupado en asociación periescolar, presidida por la distinguida educacionista, señora Rita P. de Bertelli, por medio de iniciativas benéficas y útiles, y así como éstas, muchas otras más surgidas para servir necesidades, ocasionales unas, permanentes otras, y que no es posible determinar con precisión en este trabajo. Pero lo que es exacto, es que estos incidentes de la vida infantil y las múltiples y variadas necesidades que sienten los niños escolares, deben originar la creación de la asociación periescolar para que la escuela, el maestro y los niños se vean acompañados en su marcha y acción por el concurso de la familia, tan digno de estima y tan lleno de fecundas enseñanzas.

Justo es decirlo y un deber el consignarlo: el maestro de escuela ha sido en la República Argentina y en la mayor parte de los casos, el creador de la asociación escolar. Es el director de la escuela, quién ha invitado, quien ha expuesto y quien ha obtenido la buena voluntad de los padres, interesándolos por la obra a realizar y por la necesidad de la cooperación solidaria. Algunos maestros piensan, a nuestro juicio, que las asociaciones escolares pueden perturbar la disciplina de la escuela, invadiendo un terreno que no les pertenece. Nada más erróneo, sin embargo; nada tiene que ver la asociación periescolar con la función específica de la escuela que corresponde, íntegramente, a la autoridad técnica de quien depende; son funciones completamente distintas y complementarias, pues, como hemos dicho, la obra periescolar es disímil de la esencialmente escolar y aquella realiza lo que esta no puede ni debe hacer, realizando, con este motivo, el acercamiento primero, y la compenetración después de la familia con la escuela, cuyos propósitos no pueden ser más concordantes ni más solidarios. Por otra parte, la experiencia realizada, prueba que esos conflictos no existen pues, jamás se han producido,

y que por el contrario, la disciplina, el orden y el entusiasmo de la vida escolar se ha acentuado, aún mejorado, con el concurso discreto e inteligente de la asociación periescolar.

III

La experiencia argentina enseña de una manera indiscutida, la influencia decisiva del maestro para la iniciativa y prosperidad de estas instituciones periescolares. Creemos más: que de él dependen su permanencia o su transitoriedad.

Es necesario que el maestro se dé cuenta que en América y en la República Argentina especialmente, cuya población extranjera es muy grande, se requiere desarrollar una acción constante de argentinización y asimilación espiritual, y que él puede realizarla, no solamente con la enseñanza a los niños, sino con el acercamiento y la agrupación de los padres y vecinos en favor de la escuela.

En otros países, de población homogénea étnicamente considerada, de arraigo secular, con afectos profundos por la región de sus antepasados, con intereses morales materiales que han acumulado los siglos, con instrucción general suficiente, el movimiento en favor de la escuela, viene del pueblo hacia ella, espontáneamente, sin esfuerzo, tal como sucede en Suiza, Bélgica, Alemania, Suecia, Noruega, etc., en donde el pueblo va hacia el maestro como consecuencia de una función ordinaria de la vida comunal. Pero entre nosotros esta orientación, esta conciencia, esta función hay que crearla y hay que estimularla una vez creada: hay que hacer hábito en la familia de aproximación hacia la escuela, y debe el maestro ir hacia sus vecinos y aprovechar el interés y la simpatía que la obra escolar despierta en el espíritu público para concentrarlo en factor útil a la causa que sirve con fé y con entusiasmo.

En nuestros países americanos, pues, de población inmigratoria y extranjerismo abundante, se debe proceder a la inversa de lo que se ve hacer y practicar en la vieja Europa; el maestro y la escuela argentina y americana deben crear la función de solidaridad y vinculación, yendo del centro a la periferia, de la escuela hacia el pueblo y cooperando de este modo a estre-

char filas, a hacer amar al país, a hacer colaborar, en lo que es pertinente, a la familia por la obra que realiza la escuela y el maestro.

Por otra parte la familia penetrando en la escuela del modo que lo indicamos, se sentirá en ella cómodamente, apreciará que sus hijos seguirán siendo cuidados por ella aun en las horas de instrucción escolar, y el maestro introducirá en su escuela elementos de entusiasmo peculiar, cuyo aplauso y estímulo, tienen seguramente otro valor, otra sensación que el aplauso y el estímulo del inspector o de la autoridad oficial de quien dependa.

No conozco si existen en otros países americanos las asociaciones periescolares. Entre nosotros, indudablemente, algo se ha hecho, pero queda mucho por hacer todavía en el sentido de afirmar la conciencia nacional sobre la importancia transcendental de la escuela pública, y la necesidad de que la familia, tome la intervención que le corresponde en la marcha y eficacia de la misma. Hemos llegado hasta realizar Congresos o asambleas de asociaciones populares de Educación, lo que significa que en la ciudad de Buenos Aires la participación de la familia en la vida escolar, empieza a hacerse sentir, aunque no con el vigor e interés que entraña asunto de tan vital importancia para la familia y el país.

De acuerdo, pues con todas estas consideraciones, y teniendo en cuenta los felices resultados obtenidos allí donde se ha establecido la vinculación práctica en forma de asociaciones cooperadoras de la escuela pública, pensamos: 1.° Que la familia debe penetrar en la escuela e interesarse por la marcha y eficacia de su acción social; 2.° Que esta compenetración conviene realizarla, dejando a la asociación cooperadora el rol correspondiente de colaboración y solidaridad de la acción privada; 3.° Dejar amplia libertad a la acción privada para llenar su cometido, dentro de los múltiples y variados fines que pueden presentarse para su organización y desarrollo; 4.° Crear, estimular y sostener la creación de estos organismos, buscando con ellos favorecer, no solamente la acción social concurrente por y en la escuela, sino también, fundamentar hábitos de asociación, dignos siempre de aplauso; 5.° Esti-

mular a estas agrupaciones en sus trabajos y solicitar su intervención en la solución de los problemas que aborden los poderes públicos sobre cuestiones escolares; 6.º Invitar a los maestros y autoridades a la creación de estas organizaciones, teniendo en cuenta que ellas son la más eficaz e inteligente colaboración de la obra que realiza el estado por medio de la escuela pública.

LAS OBRAS PERI-ESCOLARES

169

Por el Dr. Rafael Schiaffino

Presidente del Cuerpo Médico Escolar del Uruguay

El concepto de la escuela primaria, ha evolucionado de tal modo, desde treinta años hasta ahora, por obra de la Pedagogía racional, de la Sociología y de la Higiene, que se puede decir que se ha operado una revolución fundamental a su respecto.

Antes su obra simplista, la de la instrucción elemental era su único fin, y la escuela terminaba en sus propios muros. Hoy la salud es el complemento de la instrucción, ¿ que vale en efecto, que terminen su edad escolar los alumnos bien preparados, si la enfermedad o la muerte no han de dejar que puedan cosechar los frutos de tantos años de desvelos ? No es menos importante que la cultura del espíritu, el desarrollo físico perfecto, el atacar con los mil peligros que rodean el frágil organismo de los niños, el corregir sus defectos orgánicos, el rodearlo de todos los cuidados que pueda hacer de ellos sujetos mejor preparados y mas fuertes para la lucha de la vida que les espera. La acción de la Escuela en este sentido se multiplica y para atender sus fines ha sido necesaria la formación de un organismo complejo capaz de llenar el cúmulo enorme de sus necesidades.

El primer eslabón era el conocimiento exacto del niño psicológico y fisiológicamente, y de ahí el reconocimiento médico de los alumnos, la ficha sanitaria individual y el agrupamiento de los escolares en grandes grupos, segun sus defectos, sus en-

fermedades, sus vicios de desarrollo, el estado de su mentalidad y el vigor de su contextura.

Se agruparon así, los de visión y audición imperfecta; los adenoideos y los glandulares; la muchedumbre de los portadores de caries dentarias; los débiles, los anémicos y los linfáticos, que encabezan la falange de los pretuberculosos; los que llevan defectos en su desarrollo óseo, los escoliosos; los retardados mentales; y confundiéndose en todos los grupos o marchando solos a veces, los que llevan su miseria fisiológica, fruto de su miseria social, porque no tienen pan, ni calor, ni luz en sus hogares, pobres organismos propicios para que hinquen su garra en ellos todas las enfermedades y todos los dolores.

Estudiado el niño era preciso colocarlo en las mejores condiciones y el higienista intervino en la escuela, había que darle el espacio suficiente, llenarla de aire y de luz, y fué su primer obra la higienización de los locales escolares. Había que preservarlas luego, de las epidemias propias de la edad y el reconocimiento de los contagiosos y su aislamiento prudente libró a la escuela del dictado de propagadora de los flagelos.

Pero era necesario atender y tratar el número enorme de los que llevan defectos o males reparables y entonces comenzaron a surgir alrededor de las escuelas, cada vez mas numerosas las obras de higiene infantil. Las clínicas desde luego para atender a los que presentan defectos de los órganos de los sentidos, ojos y oidos, naríz y garganta; las clínicas dentarias para corregir la caries tan extendida; las clases de retardados y los Institutos de débiles mentales; las escuelas al aire libre y las colonias de vacaciones para los débiles orgánicos, linfáticos, escrofulosos, anémicos; las cantinas escolares y las copas de leche para suplir la alimentación insuficiente de los mal nutridos; las obras de fomento escolar para dar abrigo a los que sufren los rigores del invierno; las obras de propaganda higiénica, sabias y previsoras como la de la Higiene de la boca, repartiendo instrucciones y distribuyendo el cepillo de dientes gratuitamente; las que fomentan el desarrollo físico: los gimnasios y las plazas de juegos y de deportes; las escuelas especiales para sordo-mudos y ciegos

y cien obras mas según las necesidades de cada medio y el esfuerzo de las colectividades para mejorar o propender al adelanto de la educación infantil.

Al recorrer sumariamente esas obras fecundas y saludables no podemos menos de comparar los resultados sorprendentes obtenidos en otros países que han consagrado a ellas un esfuerzo sostenido y enérgico, y la marcha lenta y vacilante con que seguimos desde lejos sus huellas, los países jóvenes obligados a emplear tantas fuerzas que se derrocha, en esa labor fructífera y previsora.

Algo hemos hecho en ese sentido pero ¡cuánto queda por hacer!

La Inspección Médica fué creada en Montevideo hace diez años; de 7 a 8.000 alumnos son revisados anualmente y provistos de su ficha individual; la higiene de la escuela ha mejorado notablemente,—pero, la campaña espera todavía los beneficios de la inspección facultativa. Este año han abierto sus puertas las Clínicas de ojos, y la de oidos, nariz y garganta a los escolares de la ciudad, y espera la sanción legislativa el proyecto que crea 5 Clínicas dentarias que ha de atender la masa enorme de los alumnos atacados de caries.

La Escuela al aire libre, institución modelo, da resultados sorprendentes en el desarrollo de los 100 niños que atiende, pero queda una legión detrás digna de mejorar su suerte que espera su turno a sus puertas. Las Colonias de vacaciones han sido objeto de un ensayo de parte de la Asistencia Pública no habiendo tenido éxito, los padres no se resolvían a separarse por un tiempo de sus hijos: era escasísimo el número de educandos que concurría, del número grande que se invitaba.

Merece elogio el esfuerzo realizado por sociedades que han tomado a su cargo las copas de leche que funcionan en varias escuelas por iniciativa particular; lo mismo que la Asociación de fomento escolar, dándoles zapatos y abrigos a los escolares pobres. La Escuela de Sordo-mudos que lleva varios años de funcionamiento y la Escuela de ciegos creada por el esfuerzo privado.

No han faltado nobles iniciativas para poner la situación de la higiene escolar a la altura de sus necesidades, pero aún aguardan que llegue la hora de su madurez.

Pero si en alguna obra hubiéramos de hacer hincapié, es en la referente a las Escuelas al Aire Libre. La gran plaga de nuestro medio es sin disputa la tuberculosis pulmonar, este es un hecho comprobado e indiscutido; la enfermedad que hace eclosión en la juventud se incuba silenciosamente en la edad escolar en esa legión de niños débiles, anémicos, mal conformados, mal nutridos. Hoy nadie duda que la lucha contra la tuberculosis llevada sobre los tuberculosos es el fracaso; la experiencia ha enseñado que es preciso luchar en el terreno de los pretuberculosos, de los incipientes, de los predispuestos; es preciso fortificar al niño débil, desarrollar al mal conformado, darles aire y sol y alimentos en superabundancia en la convicción de que en cada uno de ellos que se repone y se robustece se gana una víctima a la tuberculosis, pues fatalmente tal ha de ser el destino de la mayoría.

Sería, pues, preciso el fomentar la creación generosa de las Escuelas en pleno aire largamente, espléndidamente, dotando a la ciudad de escuelas para atender un número 10 veces mayor de niños predispuestos.

Hemos de hacer notar al pasar, las ventajas que nos reportaría por nuestra posición privilegiada de ciudad, el crear algunas escuelas al aire libre, en nuestras playas urbanas.

Ya es un axioma entre nuestras clases pudientes los beneficios de la estadía en la Playa para los niños; miles de criaturas descansan en la estación estival, junto a las ondas, respirando a pleno pulmón horas enteras los efluvios ozonizados de las brisas marinas. ¿No sería justo al crear esas escuelas para poder prodigar sus resultados bienhechores a esa enorme suma de niños escuálidos reducidos por la miseria a pasar su vida en las sombrías estancias de los conventillos? Haría factible su realización aún su parte económica, pues esas escuelas solo funcionarían los 4 o 5 meses del año, en que la temperatura templada se presta para ese objeto.

En cuanto al sistema a emplearse somos partidarios del que rige en nuestra Escuela al aire libre, es decir del externato, pero almorzando los alumnos y tomando una colación por la tarde en la escuela.

Desde el punto de vista práctico, los resultados obtenidos de este modo han sido altamente satisfactorios. Es natural que el sistema del internato ayudaría mas al pronto restablecimiento de los niños débiles, pero tiene en su contra factores importantes aunque de índole distinta. En primer lugar la resistencia de los padres en abandonar en la escuela sus hijos pequeños. Esa resistencia tuvimos ocasión de apreciarla en el ensayo de las colonias vacacionales. Además en algunos casos, la ayuda que prestan los niños a sus padres hace que estos no puedan separarse de ellos. Por otra parte está admitido que el sistema del internato es inconveniente desde el punto de vista educacional en esa edad temprana en que no se debe separar al niño del calor del hogar: y aún restaría una razón más y esto desde el punto de vista económico, que hace que los gastos en estas condiciones se reduzcan a la mitad

Multiplicadas las escuelas al aire libre en esas condiciones creemos que se llenaría la obra social mas grande a que podemos aspirar, la obra del presente al reponer la fragilidad de los pequeños organismos débiles y la gran obra del futuro al hacer que pasados pocos años, bajara esa cifra asustadora de la mortalidad y la morbilidad de tuberculosos que es el gran flagelo en nuestro medio

Al lado de esa gran empresa de la lucha contra los débiles y contra la tuberculosis no puede colocarse otra obra escolar que revista una importancia semejante, ni que tenga tan bienhechoras influencias en el mañana.

Pero si hemos de buscar entre las necesidades del medio cual es de las obras secundarias, la que es capaz de corregir un mal mas extendido y donde sea posible obtener mejores resultados es a la obra contra la caries dentaria donde habría que dirigir los esfuerzos comunes.

Según nuestras estadísticas un 64 % de los alumnos mas jóvenes de las escuelas, los que ingresan cada año, vienen atacados de caries generalmente múltiples. En la edad escolar ese porcentaje sube hasta un 75 %, y en la edad adulta la cifra es asustadora. No hemos de detenernos en hacer la relación de los males y trastornos que origina esa enfermedad llamada « la enfermedad dominante de la civlización moderna ».

El conocimiento de su importancia es universal y las campañas emprendidas en Estados Unidos y Alemania por ejemplo nos enseñan todos los resultados alentadores que se pueden esperar al respecto. La fundación de clínicas dentarias para escolares en cantidad proporcionada a la extensión del mal es el fundamento de la lucha contra la caries.

Pero es necesario mucho mas, es preciso la propaganda persuasiva e insistente para llevar a los alumnos a tratarse su dentadura, hay que convencer a las familias de la importancia de su tratamiento, hay que proporcionarles todo lo necesario para el cuidado de sus dientes y emprender una campaña tenaz para la higiene bocal con el objeto de que no se anule el tratamiento realizado.

Ese programa vasto y difícil es acaso uno de los problemas que mas nos atraen en la hora presente y que mas beneficios ofrece para el futuro. Pero en estas grandes obras de higiene, que no son solo escolares sino eminentemente sociales, que no solo interesan al higienista, sino que benefician a la colectividad entera y que por muchos años después, extienden su acción aún; en estas grandes obras peri y post escolares, es preciso reunir y anuar los esfuerzos y la contribución de todos para que la obra sea grande y eficaz. No basta que los gobiernos le presten su apoyo decidido y lleven un contigente, material valioso a la acción, no basta que el higienista y el maestro empleen su esfuerzo tenaz y porfiado en esa lucha, es necesario interesar a la familia, a la masa de la población en nuestros problemas que son los problemas de sus hogares, y hacerlos colaboradores activos en las obras de higiene social que se forman al calor de la escuela

Debe cerrarse la trilogía del maestro, el médico, y la familia del alumno para que rinda el trabajo su maximum de utilidad. Es necesario más aún, es preciso formar a la sombra de cada escuela comités de propaganda y de acción, que estudien las necesidades especiales de cada caso, que recolecten por suscripción lo que demanden sus obras y se constituyan en protectores decididos y entusiastas de la obra de todos que ha de ser para todos también.

No son del todo extrañas entre nosotros esas obras peri-escolares protegidas por la acción solícita de los particulares, nos hemos referido a la Escuela al Aire Libre, fundada y sostenida por la benemérita liga contra la Tuberculosis, hemos mencionado la Escuela de Ciegos, obra también de la iniciativa privada, y hemos mencionado también las Sociedades de Fomento escolar, las copas de leche que funcionan prestando valioso concurso en varias de nuestras escuelas públicas.

Pero hemos de esperar más aún, no hay en Norte América necesidad escolar, no hay obra de higiene física o moral que no haya sido objeto de un Comité de ciudadanos que busque recursos y los aplique a remediar el mal. Ni el entusiasmo de nuestra raza, ni sus condiciones de actividad y de celo, ni su desinterés y patriotismo pueden hacer esperar que no reaccione del mismo modo ante males iguales: pero es preciso llevar el convencimiento e infundir el ánimo para esas empresas y hacer que todos se consideren en la obligación de ser los apóstoles del mejoramiento de la escuela y de la salud de los niños, prodigándoles la sociedad entera el cariño y el cuidado que ponen cada padre en la educación de sus propios hijos

DISCUSION

Dr. Sixto. — El trabajo de mi distinguido amigo, el Dr. Schiaffino, merece el mas caluroso aplauso; los fundamentos higiénicos que preconiza, para llevar las escuelas de niños débiles al borde del mar, son incontestables. Deseo, sin embargo, por mi parte, hacer una reserva respecto de las razones que da para oponerse al internado escolar, que, en mi opinión, es absolutamente necesario, si se quiere hacer obra completa en las aplicaciones que se esperan de lo que se llama la escuela preventiva de mar, montaña y llanura para niños débiles.

La defensa del niño débil, mejor dicho, la acción higiénica de la escuela a favor de los niños débiles, debe ser una acción constante y a base de aplicar científicamente, y *durante todo el tiempo que sea necesario*, los factores higiénicos que, como el aire, el sol, el ejercicio apropiado, la alimentación adecuada, la vivienda, el baño, la gimnasia respiratoria, la tuberculinoterapia, son capaces, por su acción simultánea y científicamente aplicada; y eso no podrá hacerse sino en un edificio adecuado, con internado, y en donde los niños débiles puedan estar, permanentemente, bajo la acción del médico escolar y del pedagogo, y en donde, al mismo tiempo que sea ne-

truyen por este último, el primero vigilará y aplicará todos los medios que la ciencia aconseja para vigorizar su organismo debilitado. La época de la vida escolar—entre seis y quince años—es la única época de la vida del niño en que son posibles las transmutaciones, orgánicas, a base de higiene aplicada, y todo aquello que no se haga entonces, será de éxito dudoso.

El niño escolar débil que ocupa un sitio en los bancos de la escuela, por imperio de la ley y necesidad de nuestra democracia, es un capital social que debemos cuidar con vivísima atención. Forma parte activa de nuestro medio social, y es ya un niño que ha escapado a la influencia peligrosa de las múltiples infecciones a que estan expuestos los niños en los primeros años de la vida: económicamente, vale mas, e higiénicamente es un pequeño ser que se ha inmunizado contra las varias infecciones a que nos hemos referido.

Es, ademas, la única época de la vida en que está bajo la acción inmediata del Estado, y esa facilita, grandemente, la aplicación de las medidas que lo puedan beneficiar.

Niños, aparentemente sanos, son en verdad, tuberculosos latentes, anémicos, débiles, que esperan una oportunidad patológica cualquiera, brindada por una coqueluche, un sarampión, una grippe, una escarlatina para explosionar y hacer una tuberculosis febril, o una septicemia cualquiera, si se los abandona a sus propios medios. El porcentaje de los niños que concurren y se sientan en los bancos de las escuelas comunes es considerable, 50 % de niños con reacción positiva a la tuberculina, 30 °/oo de anémicos y muestra que la acción preventina debe hacerse sentir, creando las instituciones nuevas que respondan a esta orientación moderna de nuestra civilización. Este tipo de escuelas no existe aún, aunque se viene luchando por ellas desde hace algunos años.

En mi opinión, la acción preventiva de la higiene, debe hacerse sentir, especial e intensamente, durante la época de la vida escolar; y en estos niños necesitamos sanear y esterilizar el veneno favorable para la explosión de la tuberculosis y de las infecciones en general.

La nueva escuela, la nueva orientación higiénica pedagógica, el tipo de institución que realiza el desideratum de la higiene preventiva, es la escuela de mar para niños débiles, con carácter permanente, con programas especiales, y bajo una dirección más higiénica que pedagógica, en donde los niños escolares débiles de las escuelas comunes, sean atendidos, dirigidos y cuidados por médicos especializados, cuyo propósito fundamental es aplicar la ciencia médica al objeto de hacer desaparecer el ganglio amenazante, la debilidad general y la anemia, que constituyen los factores más propicios para el desarrollo de la infección tuberculosa, entre otros.

Todo esto no puede realizarse—como lo he demostrado en varias publicaciones hechas, al respecto, en otras reuniones, científicas como ésta—sinó en la escuela nueva, que ya se siente venir, y que realizará, mejor que

ninguna otra institución, la concepción de la medicina actual, de prevenir antes, o mejor que curar. Cuando se funde una de estas escuelas, y se palpen sus buenos resultados indudables, se verá, entonces, que la orientación pública, sea gubernativa o social, se afirmará en el sentido de hacer obras preventivas, mas que curativas; y es seguro que dentro de un tiempo, no relativamente largo, los hospitales, los sanatorios, para tuberculosos, serán menos concurridos, con beneficio para la salud pública.

Aún sabemos poco de obra preventiva; no conocemos, instituciones visibles que la realicen, y es por eso, seguramente, que tarda en llegar demasiado, a la práctica, aunque doctrinariamente, todos estamos contestes en su necesidad y en su eficacia. Las escuelas actuales de niños débiles, en este sentido, son muy interesantes: pero lo que necesitamos, lo que queremos ver realizado, es el tipo nuevo de escuela que hemos esbozado ligeramente, cuyas proyecciones no pueden escapar a ningun espíritu que se preocupe de estas cuestiones fundamentales y de tanta importancia para el porvenir de la vida humana.

El Dr. Genaro Sisto propone el siguiente voto:

« Que los poderes públicos de América y los maestros estimulen la organización de las asociaciones periescolares, vinculando la escuela con la familia, teniendo en cuenta que ella representa la más eficaz e inteligente colaboración en la obra que realiza el Estado por medio de la escuela pública ».

Se suscita una discusión sobre si conviene agregar « que se debe dejar amplia independencia a la dirección de la escuela para estas obras ». Toman parte en ella los Dres. Barnett, Sisto y Picarel.

Dr. G. Araoz Alfaro. — Lamento no haber oido toda la exposición del Dr. Schiaffino, pero deseo decir algo en entusiasta apoyo de lo que he escuchado. Me refiero a las escuelas al aire libre. El otro día, al elogiar la comunicación interesante de la Sta. Llacho, manifesté mi entusiasmo por las escuelas al aire libre. Deseo repetir hoy que esas escuelas, como ha dicho el Dr Schiaffino, deben aumentarse y multiplicarse. Una o dos escuelas en Montevideo; dos o tres en Buenos Aires, es una proporción mínima. Son decenas, centenas las que tenemos que hacer.

Digo más. Debemos tender a que todas las escuelas, al menos en parte, sean al aire libre; a que el niño pase el menor tiempo posible en locales cerrados, en aulas escolares.

Y además, por lo que se refiere a las obras peri-escolares, las que felizmente se están difundiendo cada vez más en mi país, por la constitución de cooperativas y sociedades vecinales de patronato, es de desear que mientras no hayan suficientes escuelas al aire libre, las comunas y esas sociedades patronales preparen locales al aire libre en plazas, campos de ejercicio, etc., para arrancar a los niños a las aglomeraciones malsanas de la casa de inquilinato y de la calle, en las horas que no están en la escuela.

Apoyo pues, con entusiasmo, las conclusiones del Dr. Schiaffino y el voto del Dr. Sisto.

Dr. Schiaffino. — Deseo hacer una aclaración respecto a la observación hecha por el Dr. Sisto. El distinguido colega me señala como enemigo del internado desde el punto de vista médico. Probablemente no hizo alto el colega, cuando en mi trabajo me refería a ese tema. Mis palabras fueron las siguientes: « Si bien creo que el internado presenta la ventaja de hacer más rápida la cura, tiene inconvenientes de otro orden ». De modo pues, que mi opinión es que resulta mas beneficiosa para la cura el sistema aludido, permitiendo que permanezcan, los alumnos en contacto con la naturaleza por un tiempo mucho mayor que en el externado. Pero creo también que el internado presenta inconvenientes que podríamos resumir en tres grupos: educacionales, locales, y financieros. Es nuestro modo de pensar que no debe separarse nunca a los niños de los padres. Sostener lo contrario es destruir la vida de familia, y quebrar lazos de afecto respetables y que deben fomentarse. De otro modo llegaríamos al sistema de Esparta, en el que el estado era el único educador, arrancando desde la edad temprana a los niños de sus familias, para encargarse de darle toda educación.

En segundo lugar, las características de nuestra topografía, hacen, de ese punto de vista, inutil el internado: tenemos dentro de la ciudad, hermosas playas con fáciles medios de acceso. ¿ Qué necesidad pues, de internar a los niños, si pueden gozar muchas horas al día en escuelas marítimas y en escuelas de campo ?

Finalmente, hay una última razón de orden financiero, y es que las escuelas de externos reducen a menor de la mitad el costo de los internados; y la tendencia debe ser llevar el beneficio de las escuelas al aire libre al mayor número posible de niños, aún cuando se prolongue un poco más su tratamiento. Esta es a mi modo de ver, la manera de hacer labor verdaderamente útil y práctica.

Prof. L. Borruat. — Manifiesta que difiere con la opinión del Dr. Schiaffino en lo que se refiere a la faz educacional del proyecto, por cuanto no se trata, al internar al niño, de sustraerlo al hogar, y de convertir al Estado en gran tutor. Se trata de aquellos niños que vegetan en hogares incapacitados para educarlos integralmente, y de hacerlos aptos para la lucha por la vida. Entonce surge la necesidad de la cooperación del Estado, como parte de la sociedad misma, como su cabeza pensante y directriz, o de instituciones fundadas con fines idénticos. Pero como por ahora, la cooperación popular es insuficiente, porque la sociedad no está educada para ello ni compenetrada de su misión, no queda, como tabla salvadora, sino el Estado.

Por otra parte, como se trata de niños que salen de hogares incapaces de una función educadora superior, todo es beneficio. El Estado no es absorvente, ni trata de restar afectos al niño; por el contrario, los encontrará con creces en el nuevo hogar.

Señor Ministro de Instruccion, Dr. Mezzera. — Expresa que no va a entrar al nucleo de la discusión; pero quiere demostrar como le ha

interesado el tema en discusión, y como una satisfacción para la obra positiva del Congreso, dice que desde ya adopta una idea: la escuela al aire libre. Agrega que siempre fué partidario de ella, pero que si no trató de realizarla antes fué por dificultades económicas. Por eso adopta y se inspirará en la proposición del Dr. Schiaffino, de la escuela barata transitoria, aprovechando los días hermosos en nuestros parques.

Grandes aplausos.

Se pone a votación el voto propuesto por el Dr. Sisto, el que es aprobado.

HIGIENE—PUERICULTURA OBJETIVA

Por el Dr. José T. Montellanos

53-65-106-

NECESIDAD DE ENSEÑAR UNA HIGIENE ELEMENTAL Y OBJETIVA EN LA ESCUELA PRIMARIA

La guerra europea ha dejado como consecuencia, graves problemas sociales, y dolorosas calamidades, entre los que figuran como las más importantes para nuestra consideración; las grandes epidemias, que con una virulencia desconocida, se extienden por el mundo.

Se habla de un programa de reparación y de reconstrucción, que será relativamente fácil para todo aquello que destruyó el cañón, en campos y ciudades; pero muy difícil y de una gestación muy lenta en lo que se refiere a las pérdidas de vidas; a las enfermedades crónicas; a la miseria fisiológica, producidas por el hambre y los sufrimientos, y particularmente lo que corresponde a profiláxia de las enfermedades infecciosas.

He aquí una alta finalidad de éste Congreso Americano del Niño, que debe entregar a la humanidad en sus conclusiones; saludables consejos; aspiraciones útiles y prácticas, para amparar al niño y procurar su mayor desenvolvimiento, físico, intelectual y moral; para que en su desarrollo futuro, pueda llenar con ventaja los claros producidos, y que con una salud y vitalidad más perfecta, sea capaz de aportar el mayor

concurso de salud, trabajo e inteligencia, para reconstruir los desgarrados y enfermizos fragmentos de la humanidad.

Cuál es la parte que nos corresponde a los médicos en esta obra? No dudo que la respuesta surgirá al mismo tiempo de todos; que nuestro esfuerzo debe ser dirigido en el momento actual, a intensificar las campañas iniciadas en todas partes para disminuir el avance de las enfermedades infecciosas, y para disminuir la enorme morbilidad y mortalidad infantil.

Esta campaña debe ser preferentemente encaminada, dentro las ideas y propósitos de una profilaxia social bien dirigida, y de una profilaxia sistemática para combatir la mortalidad infecciosa, dando la importancia que le corresponde a la acción preventiva, sobre la acción curativa, teniendo en cuenta, que es preferible siempre prevenir que curar. Tratando por todos los medios de convencer de esta verdad, a nuestros gobiernos; a nuestros congresos; a nuestras poderosas in tituciones filantrópicas, que emplean el 90 por ciento de sus recursos en obras curativas. En nuestros gobiernos y congresos, han encontrado siempre camino fácil, las iniciativas con propósitos curativos, y han sido relegadas com iniciativas de lujo, las de carácter preventivo.

En apoyo de ésta convicción, me será suficiente transcribir un acápite del intresante trabajo del profesor Dr. Genaro Sisto, presentado al Congreso de Profiláxis Antituberculosa, reunido en Córdoba el año 1917. Dice así: «Pocos, muy pocos espíritus hablan de obra preventiva, y muchos, de los establecimientos hospitalarios, de los sanatorios curativos. No es esto sin embargo lo inteligente ni lo práctico. Si se hiciera un balance de los gastos que comprometen el erario público, se verá la cantidad de dinero que se gasta en acción curativa y lo poco que se dedica a la acción preventiva. Esta orientación, esta mejor aplicación del dinero público, fundamentados en esta razón científica, no ha sido aún recogida por nuestro medio social, ni ha penetrado aún en el espíritu de nuestros hombres públicos, para convertirse en acción ejecutiva, y es por esta razón, que vemos pocas obras preventivas y profilácticas por lo tanto. Hacer así las cosas y gastar el dinero en ésta nuevas instituciones sería sin embargo, la mejor operación econó-

mica que se pueda hacer con la vida de los habitantes de un país. Obra preventiva y siempre obra preventiva: He ahí la aspiración que debiera preocupar a los hombres de los nuevos tiempos, para ver disminuir en lo futuro, los establecimientos de curación de hoy, que insumen cantidades de recursos enormes, parte de los cuales debieran aplicarse a obras preventivas».

Esta acción preventiva, tendrá que imponerse necesariamente en sus resultados y más aún por la posibilidad de su ejecución. Es indiscutible que será menos costoso para los países sudamericanos, la creación de institutos bacteriológicos donde se estudien las enfermedades infecciosas y se preparen sueros y vacunas preventivas, que puedan servir con sus productos, grandes extensiones del país; difundir las enseñanzas y prácticas de la higiene profiláctica en el pueblo; exigir de los gobiernos su apoyo moral y material para llevar a todos los cerebros, la clara luz de las verdades útiles; crear una conciencia popular para la defensa de su salud y para contrarrestar y repudiar los males sociales que se infiltran constantemente entre sus componentes: que el sostenimiento de costosos sanatorios y hospitales en todas las ciudades y aldeas; cárceles y colonias agrícolas para menores vagabundos y delincuentes. Esfuerzo tan oneroso y complicado, y de resultados poco apreciables, una vez el mal producido.

Esta misma idea es sostenida por nuestro profesor doctor Gregorio Araoz Alfaro, en su discurso programa para la acción de la Liga que preside, pronunciado en la ciudad del Rosario, con el título «Para que la Patria sea grande y fuerte». Después de exponer las estadísticas sobre mortandad de niños por enfermedades absolutamente evitables; como tétano y viruela, dice así: «He ahí 4.000 niños arrebatados a la vida por enfermedades absolutamente evitables, por enfermedades cuya existencia es una deshonra y un desdoro para una capital moderna higiénica y bien organizada». Más adelante agrega: «Pero no es suficiente que esos niños vivan, es preciso también que vivan en buenas condiciones; que crezcan sanos y fuertes para que sean en el futuro, fruto y no carga para la sociedad».

Como puede verse, las ideas no pueden ser más concordantes en dar preferencia a la campaña profiláctica, a la campaña preventiva. Así lo establecen las conclusiones de los últimos congresos de Roma, Córdoba y Buenos Aires.

Son muchas y muy eficientes las medidas aconsejadas por nuestros hombres de ciencia y consagradas por la práctica para la profilaxia de las enfermedades infecciosas, y ya disfrutan de sus resultados, países como el Brasil, Cuba y Panamá, que soportaron durante siglos el flagelo de algunas enfermedades endémicas.

¿Cómo se podrá intensificar esta campaña? Instando por todos los medios posibles; en la prensa; en la cátedra; en el libro; en la escuela; para que los gobiernos presten una atención preferente a las iniciativas de carácter preventivo.

En Buenos Aires se han presentado varios proyectos muy inteligentes y de alta previsión, para combatir la miseria fisiológica y la tuberculosis en el medio escolar; que han sido muy aplaudidas, pero no ejecutadas. Me será suficiente citar la escuela preventiva de mar, de montaña y de llanura del profesor Dr. Genaro Sisto, y las cantinas escolares del profesor Dr. Emilio Coni.

Dentro de esta campaña preventiva, considero de grande importancia, contemplar en primer término el medio escolar, como centro que recibe de fuera los distintos gérmenes infecciosos, y a su vez los esparce en distintas direcciones.

Como centro de cultura general, reciben allí instrucción todas las clases sociales, no solamente el niño que debe continuar estudios superiores, sino el artesano, el obrero, que después de terminado su quinto o sexto grado, debe ingresar al taller a los campos de agricultura, donde tendrá que ganar su subsistencia con el rudo trabajo del músculo y no podrá seguramente obtener otros conocimientos. Allí también reciben instrucción y tal vez la única, el mayor número de las futuras madres, que son verdaderos centros para difundir en el hogar los conocimientos útiles. Serán muy pocas las que después de abandonar la escuela, puedan ingresar a los establecimientos superiores, donde puedan adquirir conocimientos especiales de

Eugenia y Puericultura; será por consiguiente los adquiridos en la escuela primaria, los únicos que las capaciten, para la defensa de su salud y la de sus hijos.

Por estas razones, considero que la escuela primaria debe ser el centro que pueda irradiar la clara luz de los conocimientos más útiles en la vida; que es allí donde debe enseñarse en forma preferente y lo más practica posible, el primero y más necesario de los conocimientos humanos. Como debe ampararse la vida y cuales son las prácticas para mantenerla en su mayor vigor. Idénticas razones aconseja la enseñanza de la Puericultura en la forma objetiva.

La enseñanza de la higiene y puericultura en la forma y la amplitud que la propongo, será una contribución eficiente a la campaña preventiva que preconizamos, será un medio seguro y progresivo de vulgarizar los conocimientos profilácticos, llevando a todos los hogares en todas las latitudes estos conocimientos útiles y prácticos. Y no creo exagerado anticipar que su sola vulgarización, será suficiente para disminuir y tal vez suprimir todos aquellos muertos de enfermedades absolutamente evitables de que habla el profesor Araoz Alfaro.

Como una modesta contribución a estas ideas y propósitos, sentidas y preconizadas por todos, presento a vuestra consideración, el proyecto que he sometido a la decisión del honorable Consejo Nacional de Educación de Buenos Aires, sobre enseñanza de una higiene elemental y objetiva en la escuela primaria.

He aquí el proyecto:

Nueva forma para la enseñanza de una higiene elemental y objetiva en la escuela primaria

Señor presidente del Consejo Escolar del distrito X:

Señores vocales:

Con el elevado propósito de contribuir con mi esfuerzo personal, por insignificante que el sea, al mayor desenvolvimiento y prestigio de la escuela argentina, he resuelto presentar a la ilustrada consideración de ustedes,

el proyecto que a continuación expongo, sobre enseñanza elemental y objetiva de la higiene en la escuela primaria.

Esta nueva forma de la enseñanza de la higiene, debía presentarla a la consideración del Segundo Congreso Americano del Niño, pero la postergación de este congreso y el deseo vehemente de ver cuanto antes estas ideas en el terreno de la práctica, me decido a molestar la atención de ustedes, y en el caso que tuviera su asentimiento, elevar el proyecto por su prestigioso intermedio, al estudio y decisión de H. C. Nacional de Educación, y si allí tiene la suerte de ser aprobado, llevarlo al terreno de la práctica, que es donde encontrará su sanción definitiva.

CONSIDERACIONES GENERALES

I

La única forma de hacer prácticas y eficaces las conquistas de la higiene moderna en la profilaxis de las enfermedades infecciosas, es simplificarlas y darles la difusión más grande que sea posible, para que su luz sea como la del sol, que baña toda la superficie de la tierra, y que todos los hogares abran sus puertas, para que sus rayos vivificantes penetren hasta el último rincón de sus alcobas. Es necesario que esas conquistas de la higiene profiláctica, sean conocidos por todos, en todas las edades y clases sociales, para que todos, desde el más niño hasta el más viejo, estén capacitados para la lucha por la defensa de su salud y que sepan emplear conscientemente, los medios que la higiene pone a su disposición. ¿Cómo se puede hacer práctica esta verdad? Creo firmemente, que la forma única y más eficiente, es iniciar su enseñanza en la escuela primaria. ¿Cómo se puede hacer práctica esta idea? Hé aquí mi propósito.

II

La higiene es una ciencia de las que más ha progresado y ha entregado a la humanidad las más grandes y valiosas conquistas. Desde épocas muy remotas, todos los pueblos de la tierra de acuerdo con los conocimientos de su época, han realizado grandes esfuerzos para dotar a sus ciudades y sus hogares de los medios más eficaces para defenderse de las enfermedades epidémicas. Desde PASTEUR hasta nuestros días, los grandes progresos de las ciencias bacteriológicas, biológicas y químicas, han determinado un impulso considerable de la higiene científica, que como entidad de estudio y de observación, es la que resume el mayor número de conocimientos humanos; es la ciencia que para su estudio y especialización necesita el conocimiento perfecto de todas las otras ciencias afines. El higienista que estudia pacientemente en su laboratorio los más árduos y difíciles proble-

mas, llega después de muchas observaciones y experiencias, a la conquista de una conclusión práctica y concreta, y la entrega para su conocimiento en forma inconmovible; y dice por ejemplo: el agua es el vehículo más frecuente y constante de las infecciones tífica y colérica. Para presentar esta conclusión, ha debido realizar innumerables experiencias prácticas, que para realizarlas les son indispensables casi todos los conocimientos humanos; debe ser un consumado físico, químico, biólogo, bacteriólogo, geólogo, matemático, anátomo-patólogo, fisiólogo, en fin, debe reunir el mayor número de conocimientos humanos, como que les está encomendado el estudio y conocimiento perfecto de todos los elementos que rodean al hombre: aire, luz, tierra, climas y todos los fenómenos bio-químicos y físico-químicos que son inherentes a la vida, desde lo infinitamente pequeño, hasta las grandes evoluciones que ha sufrido el planeta en sus transformaciones y que tengan una relación directa o indirecta con la vida y la salud del hombre.

Por esta razón, y considerada la higiene en esa forma amplia de investigación y conquista, es una ciencia reservada para muy pocos y que se desenvuelve silenciosa y progresivamente en el interior de los laboratorios. Por esta razón seguramente, ha permanecido alejada de los conocimientos elementales que se enseñan al hombre, para capacitarlo en su lucha por la vida. Pero considero forzoso buscar una forma práctica de enseñarle cómo debe amparar su salud.

Se enseña en la escuela elemental, difíciles problemas de aritmética, gramática y física, que los niños superan con facilidad, pero no se ha pensado en simplificar la higiene en una forma adaptable a su inteligencia y presentarles sus conclusiones bajo una forma objetiva y con explicaciones tan claras y sencillas que resulte de más fácil asimilación que los problemas de aritmética, gramática o física. ¿Es posible esta simplificación? Tengo el más profundo convencimiento de que es posible.

III

Dejemos al sabio higienista trabajando en su laboratorio y penetrando cada vez más las distintas ramas del saber humano, que ese sabio nos presentará un día una conclusión *neta y cristalina*, que es la que debemos aprovechar; es decir, vamos a tomar las conclusiones últimas de la higiene científica para transformarlas, simplificarlas y presentarlas al niño como higiene elemental. Ese sabio nos dirá, por ejemplo: el huésped intermediario para la infección pestosa, es la rata y la pulga que habita en su piel; nos dirá que el anófeles que pica en la noche en ciertas regiones, es el portador del gérmen del paludismo; que la carne de cerdo mal cocida, puede ocasionar la triquinosis; que los polvos del barrido de las piezas y de los lugares donde se producen aglomeraciones, contiene microorganismos peligrosos, y entre ellos el temible bacilo de Koch, causante de la tuberculosis; que en

la tierra de la calle y de los jardines, vive el bacilo del tétano y que las heridas sucias con tierra son susceptibles de producir una enfermedad mortal, etc., etc.

Estos principios y otros muchos, establecidos por larga experiencia, son puntos *luminosos y cristalinos* susceptibles de ser presentados y explicados en forma sencilla y de fácil comprensión, más simple seguramente que un problema de regla de tres o de interés compuesto. Si la inteligencia del niño en su edad escolar, es suficiente para asimilar, comprender y resolver un difícil problema de aritmética, ¿por qué no puede asimilar y comprender que los causantes de las enfermedades infecciosas son microorganismos pequeños, inaccesibles a nuestra vista y que llegan y penetran a nuestro organismo, por vehículos como el agua, el aire, la tierra? Y con más facilidad pueden comprender y asimilar cuáles son los medios de defensa que el hombre tiene a su alcance, para impedir que esos microorganismos puedan penetrar en el organismo y determinen una enfermedad mortal.

Ahora bien, mi propósito consiste en transformar esos principios conquistados en la higiene superior, en una higiene elemental y adaptarla al sistema pedagógico bien conocido de la enseñanza objetiva. ¿De qué modo se puede hacer práctica esta idea? Imprimiendo cartillas elementales de higiene, con explicaciones claras y palabras sencillas, presentándolos en grabados bien coloreados los microbios infecciosos; haciéndoles comprender que esos microbios solo se pueden ver con un instrumento óptico, que aumenta quinientas o mil veces el tamaño de las cosas; presentarles en láminas hábilmente preparadas y coloreados, los vehículos mediante los cuales esos microorganismos son introducidos en nuestro organismo; por ejemplo: presentarles el agua de consumo y sus diferentes estados de pureza, según sus procedencias; el agua de río sin filtrar, con muchos microorganismos; el agua filtrada con el filtro A, con menos microbios; el agua con el filtro B, con muchos menos microorganismos y por último el agua filtrada y hervida, inocua porque todos sus microorganismos están muertos. En esta misma forma presentarles la leche, la carne, las verduras, los polvos atmosféricos, los instrumentos cortantes, etc., es decir, todo aquello que pueda servir de vehículo para la penetración de microorganismos infecciosos por las vías digestivas, respiratorias y cutáneas: igual método puede emplearse para el estudio del aire, la tierra, los vestidos, la habitación, etc.

IV

Estos cursos elementales de higiene, serían: uno para niños de tercero y cuarto grados, con una cartilla muy elemental, otro curso para quinto y sexto grado, con otra cartilla especialmente preparada, con explicaciones más amplias y fundamentales de la forma en que los microorganismos llegan a infectar el organismo y los medios más simples y eficaces que la higiene aconseja para la defensa del mismo.

En esa misma cartilla y en las explicaciones que se le deben suministrar, se podría inculcar a los niños en una forma lo más clara posible, que el uso del alcohol favorece la receptibilidad del organismo para todas las enfermedades infecciosas, que esas mismas enfermedades mortales en los alcoholistas, son más benignas y por consiguiente más curables en las personas que no beben alcohol.

Teniendo en cuenta, que el vicio del alcohol se arraiga en forma silenciosa y progresiva, por su uso tan difundido y al parecer inofensivo y que el futuro alcoholista se inicia en esa costumbre tan traidora como innecesaria en su pubertad o adolescencia; teniendo en cuenta que una vez adquirida esa costumbre, que más tarde se transforma en necesidad, todas las propagandas realizadas hasta la fecha, han sido estériles o de muy pocos beneficios, considero fundamental y necesario tomar al niño en su edad escolar, en una época lo más lejana posible de su pubertad o adolescencia, para demostrarle en la forma lo más concreta y clara, el peligro del alcoholismo y sus terribles consecuencias mediatas e inmediatas.

Bien entendido, que no pretendo que se les enseñe a los niños problemas difíciles, como inmunidad, sino cosas sencillas y prácticas, como ser, por ejemplo: que la vida en hacinamiento, que el alcoholismo y todo aquello que debilita el organismo, facilita su infección, y determina que esa infección sea más grave y por consiguiente mortal. Vuelvo a insistir, que la comprensión de esto es más fácil y sencillo que un problema de aritmética.

En esta misma cartilla, se puede especificar y hacer comprender al niño, que cuando hay un enfermo infeccioso en su casa, no debe concurrir a la escuela; que si él mismo llega a tener una coqueluche, difteria o escarlatina, debe permanecer tantos y cuantos días alejado de la escuela, sabiendo que si va antes del tiempo fijado constituye un peligro para sus compañeros; cosa que generalmente ignoran las madres y que es forzoso consultar a un médico por una cuestión tan elemental.

V

¿Cómo se podría hacer práctica la enseñanza de la higiene objetiva?

En cada escuela elemental se debe habilitar un aula especialmente destinada a este objeto, donde el maestro debe disponer de mapas con láminas bien coloreadas; cada mapa debe dedicarse a la demostración objetiva de cada uno de los puntos que sea posible enseñar en esa forma, como ser, por ejemplo: del agua, del aire, de las legumbres, de la carne, habitación, etc. El maestro debe dar una explicación clara, elemental y con palabras sencillas, de cada una de las cosas que se encuentran gráficamente expresadas en el mapa, repitiendo las cosas y excitando la curiosidad del niño con algunas demostraciones prácticas; referentes a cada caso en particular.

Estas clases deben ser de tres cuartos de hora cada una todos los días; una, para tercer y cuarto grados juntos, y otra para quinto y sexto juntos;

esta última con mapas y cartillas algo más completos y explicativos. Y una vez por semana debe haber una clase dictada por el médico escolar de la sección, más detallada y completa. Los niños deberán rendir examen de esta nueva materia, que se denominará Higiene elemental.

VI

¿Cuál será el resultado de esta nueva enseñanza? Esto es imposible preverlo. Todo dependerá, seguramente, de la habilidad de los maestros y de la adaptación pedagógica de la nueva enseñanza al método objetivo. Si este nuevo procedimiento de enseñanza, llega a ser viable, es decir, que tanto los maestros como los alumnos la tomen con interés y cariño, los beneficios pueden ser incalculables: conseguiríamos el objeto fundamental, de difundir ampliamente los conocimientos más concretos y cristalinos que nos ofrece la Higiene científica, tendentes a amparar la vida y mantenerla en su mayor vigor; conseguiríamos la penetración de los conocimientos higiénicos en todos los hogares; conseguiríamos, en fin, que los beneficios de la higiene se difundan por toda la tierra, como se difunde la acción benéfica del sol, sobre la naturaleza y la vida.

Sería suficiente para justificar la enseñanza de la higiene elemental objetiva en las escuelas, el beneficio que puede producir en nuestra gran metrópoli y en los pueblos de la provincia de Buenos Aires, con su tifoidea endémica, el conocimiento perfecto de las causas de esa enfermedad y su profilaxis. Las precauciones elementales que debe observar una familia, en el caso de una epidemia de cólera, fiebre amarilla, etc.

El niño compenetrado de estas ideas, puede ser un asesor benéfico en su hogar, particularmente en aquellos indigentes y analfabetos, donde esta clase de conocimientos no ha penetrado jamás: donde la falta de elementales prácticas de higiene, hace que se perpetúen las enfermedades infecciosas

El padre analfabeto, requiere generalmente el auxilio del niño, para que le haga una suma o una resta, o asesora a la madre que está escribiendo con dificultad una carta, indicándole que tal palabra se escribe con mayúscula, que el verbo o el artículo debe ocupar tal o cual lugar en la oración; el niño con conocimientos de higiene, puede llevar a su hogar un consejo práctico y consciente, capaz de amparar la vida a sus hermanos menores y aún a sus mismos padres.

VII

Para la realización práctica de estas ideas, pido al señor presidente y vocales de este Consejo, del cual tengo la honra de formar parte, hagan suyo este proyecto de enseñanza elemental y objetiva de la higiene, amparándolo con su prestigio, para someterlo a la consideración del H. Consejo Nacional de Educación.

Solicito para ponerlo en práctica, lo siguiente:

1.º Los fondos indispensables para la impresión de cartillas y mapas demostrativos.

2.º Designar tres directores de escuela, que asesoren sobre la mejor forma pedagógica más práctica de esta nueva enseñanza de la higiene objetiva.

3.º Designar tres escuelas de la jurisdicción de este Consejo, para iniciar en ellas esta enseñanza.

4.º Designar tres maestros a quienes me comprometo suministrarles todas las explicaciones a mi alcance, para que puedan iniciar sus cursos.

Saludo al señor presidente del distrito escolar 10º con mi consideración más distinguida.

Como se verá, en la primera parte de este proyecto hago mención especial de los conocimientos que se necesitan para alcanzar un dominio de la higiene, considerada como entidad de estudio y para sus aplicaciones prácticas. Seguramente no constituye una novedad para ninguno, que para ser un higienista o un maestro de higiene, son indispensables los conocimientos mencionados. Mi propósito consiste en demostrar en forma concluyente que los actuales maestros y profesores normales, no se encuentran capacitados para la enseñanza de los programas de higiene en vigencia en las escuelas primarias, puesto que, en ninguno de los países sudamericanos se exige ni es posible exigir para obtener el título de profesor normal, conocimientos especiales de biología, bacteriología, fisiología, y anatomía patológica, que los habilite para ser un profesor de higiene. Todos sabemos que para simplificar una ciencia y hacer su adaptación pedagógica en la enseñanza, es necesario dominarla. Esto no significa una crítica, ni una disminución del alto concepto que me merece el título de profesor normal, sinó que encuentro la imposibilidad absoluta de su especialización en esos conocimientos, que son del dominio de las Ciencias Médicas y que solo se enseñan con la amplitud y la práctica de laboratorio que requieren, en las Facultades de Medicina. Luego entonces será forzoso llegar a la conclusión de que los programas de higiene tan vastos y completos como los que exige el Honorable Consejo Nacional de Buenos Aires, no es posible que los puedan explicar los maestros con suficiencia,

y mucho menos que lo puedan comprender los niños en la forma teórica que se enseña en la actualidad. De donde resulta que la enseñanza de la higiene es insuficiente por no decir nula; muy a pesar del esfuerzo de las autoridades escolares y de haber reconocido todos los gobiernos, la necesidad de su enseñanza.

La nueva forma que propongo en este proyecto de enseñanza; es decir, la adaptación de la higiene al método objetivo, tendrá las ventajas siguientes: Primero, que se ahorrará al niño toda teoría o explicación que no pueda ser más o menos objetivada; Segundo: que el maestro por el momento será un simple relator de lo que está gráficamente expresado en los cuadros murales; Tercero: que todo aquello que no sea posible objetivar, se presentará y explicará a los niños, en forma clara y sencilla en sus cartillas de higiene.

Ahora bien: Como deben ser los cuadros murales ?

En primer lugar debe existir uno, que represente a todo el país con las distintas zonas en las cuales sean endémicas, tales o cuales enfermedades infecciosas, para intensificar allí campañas especiales.

Cada enfermedad infecciosa debe desarrollarse en un cuadro mural, objetivando sus medios de propagación y de contagio, en la forma siguiente: Tomemos como ejemplo, la tifoidea y la tuberculosis, y dividiremos en tres secciones sus medios de contagio.

INFECCION

Medios directos. — Medios indirectos. — Medios personales.

PROFILAXIA

Consejos. — Sueros. — Vacunas.

PARA LA TIFOIDEA OBJETIVAREMOS:

INFECCION

Medios directos: contacto con el enfermo; peligro de sus secreciones y en especial de sus deyecciones.

Medios indirectos: el agua; la forma como se contamina por las materias fecales en las capas subterráneas, en los ríos, en los arroyos; la infección del hombre por el agua sin filtrar.

Medios personales: el alcoholismo; falta de método en la alimentación.

Consejos: uso de delantal, lavado y desinfección de las manos, hervir la ropa de uso del enfermo y en caso de epidemia hervir el agua y la leche y abstenerse de comer verduras crudas.

Vacunas: la que prepara el instituto bacteriológico de los distintos países. . . Sueros.

PARA TUBERCULOSIS

INFECCION

Medios directos: contacto con el enfermo; la costumbre del beso; el mate; el uso común de utensilios de comer y beber con otras personas; la convivencia con un enfermo; vida en hacinamiento.

Medios indirectos: los polvos de barrido; los esputos de enfermos en los tranvías, hoteles, iglesias etc; la vida de disipación y de vicio; la alimentación deficiente; vegetaciones adenoides en los niños

Medios personales: el alcoholismo; la herencia; el estado de convalescencia de las enfermedades prolongadas y todo aquello que puede debilitar el organismo.

PROFILAXIA

Consejos: combatir el alcoholismo; aislar los enfermos en sanatorios especiales; buena alimentación; vida ordenada; vivienda higiénica; ejercicios físicos al aire libre; desinfección de la casa y de la habitación del enfermo; cantinas escolares; escuela de montaña para el niño débil; para el hijo de tuberculosos y de alcoholistas; peligro del esputo, del beso, del mate.

Vacunas. — Sueros.

Debo hacer notar de que la composición de esos cuadros murales estará muy lejos de ser perfecta, ni que sea posible objetivar todas las enfermedades infecciosas, en la amplitud de sus medios de propagación.

Habrá que sacrificar en muchos casos la exactitud científica, pero tratando de llegar siempre, a una verdad útil y práctica. Tampoco será posible deslindar en muchos casos de una manera exacta los medios directos de los indirectos, y éstos de los personales. Todas estas deficiencias será necesario tolerar para llegar al fin que nos proponemos, que es simplificar y objetivar la higiene, para adaptarla a la capacidad del niño en su edad escolar.

Como deben ser las cartillas de higiene ?

Por el momento creo que la mejor forma, sería adaptarla al método pedagógico que establece el libro «El Nene». para la enseñanza de la lectura; es decir, una pequeña figura al márgen de lo que se desea enseñar, con una explicación clara y sencilla al pie. En estas cartillas será necesario, esforzarse y apelar a todos los recursos de que dispone la pedagogía para hacer comprender al niño, hasta formarle una convicción de la existencia de microorganismos infecciosos, más o menos patógenos en toda la superficie de la tierra; en todos los muebles y útiles que usa el hombre en la vida diaria; en todos los alimentos y bebidas de que dispone. Que solo está libre de microorganismos, lo que ha sido previamente esterilizado por los agentes físicos o químicos; que esos gérmenes infecciosos son inaccesibles a nuestra vista, pero que pueden ser bien identificados por instrumentos ópticos especiales. Una vez compenetrados los niños de esta idea fundamental, se podrá desprender con toda facilidad, la razón científica y la necesidad de las prácticas usuales de aseo y limpieza; en el cuerpo, el vestido y la habitación, y los cuidados especiales que necesita el hombre para impedir la penetración en su organismo de esos gérmenes infecciosos que lo amenazan en todas partes.

En esta misma cartilla, se puede anticipar al niño el conocimiento de los huéspedes intermediarios, que son vehículo de enfermedades, o que obrando en una forma directa, nos

inoculan una infección, y que más tarde lo verán figurar en los cuadros murales, referente a cada enfermedad infecciosa en particular.

En las escuelas de niñas conjuntamente con la enseñanza de la higiene elemental, será necesario intensificar la enseñanza de una puericultura objetivada en cuadros murales.

Será necesario inculcar a la futura madre, una cuestión fundamental, de elevada moral, de alta previsión que está en la conciencia de todos, que está claramente establecida por la naturaleza entre sus leyes previsoras y constantes: que el niño es dueño de la lactancia materna, que el hijo tiene la necesidad imperiosa de la lactancia de la madre.

Será suficiente contemplar la regularidad con que se cumple en la naturaleza esta ley biológica, la constancia con que ha sido distribuida en el mundo animal, imprimiendo caracteres diferenciales bioquímicos a la lactancia de las distintas especies de mamíferos, aún entre los más próximos entre sí por sus caracteres morfológicos y biológicos; que a ese noble acto ha ligado como su resultante inmediato, un fragmento importante del más grande y más noble de los afectos, que con más fuerza y constancia que las leyes civiles, cohesiona el hogar y fundamenta la sociedad: el amor de la madre al hijo y del hijo a la madre.

A propósito de esta grave cuestión, que es el orígen de muchas calamidades sociales, presenté al anterior Congreso del Niño, reunido en Buenos Aires, un trabajo oral, cuya conclusión fué concretada y aprobada en estos términos: El Primer Congreso Americano del Niño, vería con agrado que los congresos sudamericanos dictaran una ley estableciendo la propiedad del niño sobre la lactancia materna.

No será necesario insistir sobre la importancia que significa la sanción de esta ley para una campaña de profilaxia social. Todos sabemos que el ser nodriza constituye una profesión lucrativa y generalizada en todos los países a la cual se dedican muchos miles de mujeres jóvenes, que para comerciar con su lactancia abandonan el hijo en manos extrañas, donde recibe

alimentación artificial y qué, como consecuencia de esta temeridad en poco tiempo debe incorporarse a la lista de morbilidad y mortalidad infantil.

Por otra parte existe la madre elegante, de alta posición social y económica, que por el falso prejuicio de que la amamantación de su hijo, desmejora su belleza, quebranta su silueta, palidece su rostro, entrega su niño a la lactancia mercenaria y cree satisfecho y cumplido su deber de madre con pedir a su médico que examine el ama y le extienda un certificado y remitir una muestra a un laboratorio de química, que a su vez extenderá otro certificado que dirá más o menos así: Examen químico; caseína 15, grasas 38, lactosa 69, substancias minerales 2,5 por mil, densidad 1.032. Examen microscópico: pocos glóbulos grandes, regular número de pequeños, predominio de glóbulos medianos: leche muy buena.

Este análisis nada dice generalmente de los microorganismos que puede contener la leche aún cuando considero muy posible su investigación, pero, ¿que nos puede decir el laboratorio, de esa leche que no es un líquido inerte, sino un líquido con las propiedades bio-químicas de las substancias vivientes?; de esa leche que representa una prologación de la vida celular, de las glándulas de la madre?, cuando esa emulsión tiene caracteres específicos, no solo dentro la especie, sino también para el individuo? Esta especificidad individual sobre la que me permito insistir, ha sido demostrda por experiencias practicadas con leche de mujer, mediante la acción de las precipitinas. Tomando suero de leche de una mujer determinada, precipita completamente la leche de esa misma mujer, y precipita en forma lenta e incompleta los albuminóideos de la leche de otra mujer.

¿Que nos puede decir de los fermentos normales como la amilasa, la lipasa etc.; de los fermentos patológicos como las toxinas, antitoxinas, aglutininas hemolisinas, de las precipitinas lecitinas etc.; de las alexinas, de aquellas substancias que no existen en la sangre del recién nacido y que se encuentran en la leche bajo la forma de substancias alexógenas y que recién en el intestino del niño, encontrarán substancias que las complementen para transformarse en alexinas?

La creencia profana, que asigna tanta importancia al examen químico y microscópico de la leche, tiene cierta analogía con la creencia de algunas gentes que el médico con solo tomar el pulso, puede diagnosticar todas las enfermedades.

Por otra parte es bien conocida la influencia que ejerce el sistema nervioso, sobre la lactancia, la actividad genital, las auto-intoxicaciones, las secreciones internas, que pueden en cualquier momento hacer tóxica la leche de la mujer y llevar al organismo del niño elementos bio-químicos enteramente extraños y perjudiciales; que podrían producirse igualmente durante la lactancia materna, pero esto sería lo inevitable, y en cambio constituyen un delito cuando son aportadas por una lactancia mercenaria.

Luego entónces, es necesario declarar y difundir con su enseñanza en la escuela primaria, que esos análisis químicos y microscópicos, que dejan tan satisfecha a la madre que se propone privar de su lactancia al hijo, carece en absoluto de valor científico y que no representan ninguna garantía contra los peligros que encierra la lactancia mercenaria.

Si ese niño entregado a la lactancia mercenaria, tuviese un abogado que lo patrocine y se presente en querella ante los tribunales ordinarios invocando la ley natural clara y concreta que lo ampara, para reclamar la lactancia materna, estoy seguro que el tribunal fallaría condenando a la madre. Porqué entónces no dictar una ley que reconozca como delito punible y las haga responsables ante la ley y la sociedad a esas madres criminales? He aquí la razón por la cual me permito insistir ante este segundo congreso americano del niño, para que con la alta autoridad que representa, reclame de los gobiernos, la sanción de esa ley.

Es indudable que esta ley obligará al estado a subvencionar y amparar a aquellas madres que comprueben su estado de indigencia y que deben interrumpir el trabajo con que avienen a su subsistencia durante el embarazo y la lactancia, pero las ventajas para la nación y para la sociedad serán incomparablemente mayores; habrá desaparecido la alimentación artificial, causa inmediata de la enorme morbilidad y mortalidad infan-

til; habrán desaparecido esos niños abandonados que por la razón de no haber conocido afectos ni haber recibido educación moral, deben incorporarse rápidamente en su mayor parte, al grupo de los vagabundos del tuberculoso, ambulante, del delincuente precóz, que el estado debe recoger y educar en establecimientos especiales, de los que hay varios en la República Argentina.

En Francia, la ley Roussel prohibe que la mujer pueda vender su leche antes de cumplir su hijo los siete meses. Si esta es una forma práctica para resolver este problema dado el estado actual de la sociedad; está muy bien; pero no resuelve el problema en la forma amplia y de alta moralidad, como reconocer por ley la propiedad del niño sobre la lactancia materna.

En todo caso, mantengo mi creencia, que la vulgarización de estas verdades; que el formar entre las futuras madres una conciencia perfecta de los peligros de la lactancia mercenaria, será una contribución muy importante para disminuir ese mal social.

CONCLUSIONES

Primera: El Segundo Congreso Americano del Niño, reconoce la necesidad de enseñar en la escuela primaria, la Higiene y la Puericultura en la forma objetiva, como una contribución eficiente para la profiláxia de las enfermedades infecciosas.

Segunda: El Segundo Congreso Americano del Niño, aconseja nuevamente a los gobiernos americanos, proponer para su sanción una ley que establezca la propiedad del niño, sobre la lactancia materna. Exceptuando solamente los casos de fuerza mayor.

Se pone a votación el voto que formula el Dr. Montellanos: *«Se reconoce la necesidad de enseñar en la escuela primaria, la higiene y la puericultura en una forma objetiva y práctica, como una contribución eficiente para la profilaxis de las enfermedades infecciosas y de la mortalidad infantil»*.

Aprobado.

DATOS ANTROPOMETRICOS SOBRE MIL NIÑOS DE LAS ESCUELAS DE SANTA FE

POR EL PROFESOR LUIS BORRUAT

Inspector de Escuelas en Córdoba

Señores congresales:

Convencido, por una serie de observaciones y antecedentes, que en la ciudad de Santa Fé un 20 % de escolares no reunían, ni cerca, las condiciones mínimas que revelaran un desarrollo físico normal: por otra parte, al hacer públicas mis opiniones al respecto, rudamente combatidc por espíritus retrógrados o mal intencionados que pretendían presentarme cómo interesado en rodearme de cierta aureola de fama, y al mismo tiempo que se negaba, en absoluto, la existencia del niño débil, por que no podía existir en un país nuevo y rico, procedí a realizar la investigación que presento a vuestra consideración como elemento de prueba irrefutable, sobre más de mil niños de 6 a 12 años y un grupo aparte, hijos de indígenas de San Javier.

Para un espíritu algo observador, sin necesidad de un exámen a fondo, saltaba a la vista que un porcentaje de escolares no llena ciertas condiciones de orden fisiológico que aseguren estar en presencia de un tipo normal; y, luego, el mismo fenómeno aparece con relación a su potencial psíquico frente a la integración de los programas escolares. Y como consecuencia de ello, en gran parte, la dispersión escolar que se acentúa desde el primer grado, o cierto estado amnésico o abúlico que los relega a la categoría de los tontos, de los imbéciles o de los vencidos antes de comenzar la lucha por la vida; en suma, candidatos a engrosar el montón amorfo, si así puede llamarse, que poco se beneficia a sí mismo o a la sociedad, cuando para ésta no resulta una carga que pesa como lápida de plomo.

Si la observación alcanza al hogar, los factores generatrices de esa anomalía acusan a la herencia o al medio artificial en que vegeta el niño. Aquella: como tara de origen alcohólico, sifilítico, tuberculoso, etc; el medio: que tal vez afecta

a los más, azotado por la pobreza, depara a los tiernos organismos en plena vida super-celular, horas amargas, por que la alimentación mala o insuficiente, el cuarto oscuro, húmedo y sucio y una falta de higiene personal hacen tren a las taras que insidiosamente minan su organismo.

Provisto de los medios indispensables, procedí a tomar las medidas que consigno en las planillas adjuntas, consideradas como esenciales, quedando así ampliamente confirmadas mis observaciones y sospechas.

Debidamente promediadas las medidas parciales obtenidas, y tomando como punto de comparación los datos del Dr. Casinelli, del Cuerpo Médico Escolar de Buenos Aires, que ha realizado interesantes investigaciones sobre diez mil niños, resulta que Santa Fé, ciudad de setenta mil habitantes, tiene en su población escolar un índice anormal que alcanza a un 40 % para los varones y 45 % para las mujeres. Indice espantoso, índice que acusa una degeneración galopante en las generaciones actuales, y que, a no dudar, se acentuará al correr el tiempo si no se arbritan medidas que la contrarresten.

Pudiera ser que haciendo más general la investigación, ese porcentaje resultara algo modificado en más o en menos: pero no será sencible, por que tuve el especial cuidado de medir niños en proporción igual en las escuelas del corazón de la ciudad y suburbios, de manera que ese criterio permitirá mantener la proporción citada.

En números redondos, y para que no se me tilde de exagerado, puede afirmarse que en Santa Fé, sobre una población escolar de diez mil niños, 3000 son netamente débiles.

Los datos concernientes a los hijos de los índigenas, de San Javier, son aún más desconsoladores: la debilidad, el raquitismo, la degeneración física resultado de la conjunción del vicio y de la miseria, es casi total. A este respecto es digno de hacer notar que la población de ese orígen tiende a extinguirse por esa causa, sin que nadie se preocupa de ella.

La «Sociedad Amigos de la Infancia» de Santa Fé, nacida con el fin único de hacer obra en favor del niño, como se informa en otro lugar, entre otras cosas fundó una colonia de vacaciones en 1915 para 30 niños, elevándose al año siguiente a

120 los beneficiados y repartiendo diariamente 250 raciones de pan en varias escuelas donde por el estado de pobreza, más abundaba el niño débil.

Siendo necesaria la cooperación de los poderes públicos para intentificar la obra, se hicieron gestiones ante el P. E., H. H. C. C. y Consejo de Educación de la provincia, sin haber sido atendido.

En mis observaciones y experiencias surgidas al organizar la colonia de vacaciones, he llegado a esta conclusión: el niño débil desaparecerá casi totalmente si nos preocupamos en darle:

1.° Escuela salubre.

2.° Una ración que salve el déficit alimenticio del hogar.

3.° Una educación adecuada al aire libre y sobre la base del predominio de una ejercitación física, metódica e intensa.

4.° Para los niños más afectados o que no reaccionan con ese procedimiento, instituir escuelas al aire libre y colonia de vacaciones.

5.° Educar las multitudes desde dos puntos de vista: de la higiene en todos sus aspectos y de sus deberes con relación a sus hijos en la primera y segunda infancia.

Las conclusiones 2, 3, y 5, se pueden llevar a la práctica, sin más que un poco de buen criterio y voluntad. Las otras deben encararse sobre otras bases, que sin embargo, no pueden considerarse imposibles, máxime si se trata de dinero. Este no falta para obras inútiles, para sueldos frondosos: no habría razón para que falte en este caso. Y si así fuera propondría la venta del Dhreagnouth Rivadavia para invertir su importe en la restauración de diez mil niños a lo menos.

Pensándolo así, en mi doble carácter de inspector de escuelas, presidente o miembro de la sociedad citada, propuse al Consejo de Educación, ésto: «sustraer de las escuelas de Santa Fé 250 a 300 niños clasificados como débiles: concentrarlos en el Parque Escolar, darles una educación de acuerdo con su estado fisiológico precario, corriendo por cuenta de la sociedad aludida el alimento. El personal sería el mismo del Parque o de las escuelas de donde se sacaron esos niños.

Como se vé, modestamente, a modo de una simple investigación si más no fuera, se pudo haber comenzado una obra saludable que vendría a ser como la primera acción en defensa o reeducación del niño débil.

También propuso el suscrito la reorganización de la llamada escuela de indígenas de San Javier, aconsejando medidas fáciles de ponerse en práctica tendientes a reeducar esos desgraciados seres, fruto propicio para todas las inmoralidades y esperanzas para todas las corrupciones, con la complicidad de los gobiernos que toleran y fomentan la más baja depravación de esos entes que mil veces mejor estaban en las selvas del Chaco, por que en su estado salvaje no tienen cargos que hacer a una civilización que se desmiente y acusa por sí sola.

El consejo a que aludo, no se dignó atenderme siquiera, y eso que la obra era perfectamente factible, sin un centavo de recargo para el presunto escolar.

La «Sociedad Amigos de la Infancia» por su parte, presentó a la Cámara de Diputados un proyecto de creación de una colonia agrícola-industrial en los terrenos fiscales de San Javier, sobre la base de la enajenación de parte de ellos y arriendo de los mismos, para subvenir la mayor parte de sus gastos. La suerte fué la misma. Y así, como esa, fracasaron todas las iniciativas que requerían apoyo del gobierno o del Consejo de Educación, entre ellos la institución del mutualismo escolar, y creación de escuelas de niños débiles para Santa Fé y Rosario.

De los números que consigno en estas planillas, se deducen muchos datos interesantes que pueden servir de norma al maestro para clasificar sus alumnos o explicar la razón de su transitorio retardo intelectual.

Los siguientes términos medios lo confirman (véase cuadro)

.....

Y de acuerdo a estos términos creo indispensable:

1.º Instituir la ficha personal del niño escolar en todas las poblaciones de cierta importancia por ahora.

2.º Instituir grados especiales anexos a todas aquellas escuelas que tengan clasificados un mínimun de 30 a 50 niños débi-

les o escuelas reeducadoras de primer grado donde pase esta última cifra, conforme a lo manifestado anteriormente con respecto a este tipo de escuelas.

No es solamente en Santa Fé donde encontramos niños débiles en tan gran cantidad. Todos conocemos la obra y la investigación del Jefe del Cuerpo Médico Escolar de Buenos Aires, doctor Genaro Sisto, y varios de sus colaboradores quienes han puesto de manifiesto que el porcentaje de anormales físicos o astécnicos alcanza a un 15 y 20 % en la Capital Federal. Pero con más suerte que en provincias, el niño pobre de la gran capital, recibe el auxilio oportuno de muchos esfuerzos conjuncionados en un solo propósito. El público estimulado por los maestros conscientes de su verdadera misión; los consejos que se han sucedido desde el sabio Doctor José Ramos Mejías hasta el actual que preside el Doctor Angel Gallardo, han realizado una intensa obra en ese sentido. Las copas de leche muy difundidas, el pan escolar, la sopa escolar, etc., benefician a no menos de 25 mil niños diariamente. Las dos escuelas de niños débiles son, además su corolario lógico, aunque todavía no llenan con su acción benefactora las exigencias del momento

En el interior de la república, donde conozco, puedo decir que en Rosario el porcentaje de niños débiles no baja del 25 %. Córdoba es un verdadero foco, un criadero, por decirlo así, de tuberculosos. No me cabe duda que en esa ciudad la infancia anormal en ciertos barrios pasa del 60 %. En Tucumán, en en San Juan, Río IV, Paraná, corrientes y numerosas poblaciones de 5 a 15 mil habitantes, el porcentaje no baja de 20. Véase, pues, si el problema es serio y reclama atención preferente. Pero si hablais a nuestros hombres de estado sobre el particular, os dirán muy sueltos de cuerpo: «Antes que la salud de cien mil niños, está el analfabetismo que es necesario extirpar, enseñando a leer, escribir y contar a medias; es necesario formar una pléyade de semi-alfabetos antes que hombres sanos y robustos».

En provincias, la acción oficial es nula; disolvente como en Santa Fé, salvo rarísimas excepciones que, sin embargo, no llega todavía a definir una orientación precisa. En este sentido

se siente un despertar halagüeño en Córdoba, Paraná y Tucumán; pero como dije, no puede ponderarse todavía como obra que revele un propósito que tienda a la sistematización.

Una investigación más completa, que día más, día menos deberá hacerse bajo la dirección de los poderes encargados de velar por el bienestar individual y colectivo, demostrará que el niño débil en la Argentina constituye un serio peligro para la mejor contextura de la raza que se perfila, que se funde en el inmenso crisol argentino por el concurso de cien nacionalidades que acuden a su suelo en demanda de pan o ávidos de fortuna.

El problema es serio y reclama con urgencia, medidas de emergencia, la preocupación de las autoridades, la cooperación popular, y, sobre todo, del maestro que en estas cuestiones es el centro dinámico que ha de dar a la educación del niño, en sus tres aspectos fundamentales, la suma de garantías, la solidaridad indispensable no solo para favorecer su normal desenvolvimiento, sino para reencausarlo por vías normales, reeducarlo en una palabra, cuando su organismo guarde la unidad requerida para ello.

CONCLUCIONES

1.º La investigación antropométrica realizada sobre mil niños de 6 a 12 años de las escuelas de Santa Fé, y Córdoba y por antecedentes de otras ciudades de la R. Argentina, se desprende que el porcentaje de niños precariamente constituídos, físicamente débiles, existe en una proporción que varía de un 20 a un 45 %, reconociendo como causa principal, el medio artificial que les rodea, cada vez más estrecho a medida que el problemase complica.

2.º Esa investigación revela, por otra parte, que es de urgencia arbitrar medios tendientes a atenuar, reducir o anular los factores causantes de la decadencia infantil que por su orden se indican: el alimento escolar, Escuelas especiales *Reeducadoras de primer grado*, Escuelas de Niños Débiles, o reeducadores de 2.º grado, y Colonias de Vacaciones, de mar, montaña y llanura.

3.- Dará resultados apreciables, un tipo de escuelas especiales, muy económicas, que podrían denominarse *Reeducadoras de primer grado*, donde la práctica de una higiene regular, gimnasia fisiológica cintifícamente metodizada, diara e intensa, una colocación (leche, pan o sopa,) excursiones, trabajo manual y labor intelectual reducida a términos prudenciales, será su orientación típica.

Las clases durarán cuatro horas, se instalarán en parques o amplios locales arbolados. Como las escuelas de niños débiles no funcionarán durante el rigor del invierno.

4.º Los consejos escolares deber hacer sentir su acción preventiva, mejorando la salubridad de los locales que en muchos casos son verdaderos tugurios capaces de afectar no solo la salud de los predispuestos, sino aún de los niños bien constituídos, racionalizar la enseñanza y prestar toda clase de cooperación a las sociedades que se formen con el propósito de beneficiar la salud del niño.

5.º La debilidad orgánica del niño, congénita o ingénita, es una de las causas de la dispersión escolar que azota nuestras escuelas por que su transitorio o falso debilitamiento mental, consecuencia del primero, no le permite integrar nuestros programas que sobre ser frondosos, han sido confeccionados para niños físico-psiquicamente normales.

Por lo tanto el «II Congreso Americano del Niño» verá con agrado:

a) Que los consejos escolares impongan estas investigaciones en las prácticas escolares con el fin de establecer por zonas, las causas locales o étnicas que conspiran contra la salud del niño; vale decir, contra nuestro perfeccionamiento eugénico y procedan de inmediato a combatirlas.

b) Que se formulen cuadros estadísticos reveladores del estado y condiciones en que se educa o reeduca el escolar argentino.

c) Que en las escuelas normales se dicten cursos que habiliten al maestro para realizar encuestas de esta naturaleza.

d) Que el maestro dedique a sus tareas docentes y al niño mayor intensidad patriostismo y amor.

e) Que se instruya a los padres y sociedad sobre los peligros que amenazan al niño en todas sus edades.

El Dr. Sisto propone que se exprese al Gobierno de Córdoba «que oido el trabajo y exposición presentados por el Prof. Sr. Luis Borruat respecto de las escuelas reeducadoras de niños débiles, y de las sociedades sostenedoras de colonias de vacaciones, vería con agrado que le preste su decidido apoyo».

Aprobado.

El Sr. Presidente propone un voto de aplauso para la Sociedad «Amigos de la Infancia» de Santa Fé.

Aprobado.

LA ASOCIACION «PRO-MATRE»

Por la Sra. Celia Alvarez de Amezaga

su organizacion y resultados

En el año 1915 y por una feliz iniciativa de la Señora Elena P. de Turenne un grupo de distinguidas señoras reunidas en la Casa de la Maternidad, decidieron crear una Asociación destinada a proteger a las madres en los meses anteriores al nacimiento del niño,—y durante el período de lactancia.

La iniciativa era compleja y difícil. Compleja por la gran cantidad de factores de orden social económico y religioso que es necesario considerar en obras piadosas de esta índole,—y difícil porque la realización de obras permanentes y programadas de beneficencia exigen perseverancia en los directores, constancia y fé en sus resultados de parte de los contribuyentes. y recursos de importancia que son difíciles de obtener en un medio que como el nuestro se han multiplicado las comisiones de caridad y las obras de beneficencia sin obedecer a un plan previamente establecido.

Sin embargo,—los trabajos de protección a la madre se emprendieron con éxito. El talento de la Señora de Turenne,—y su incansable actividad bien secundada por las demas com-

pañeras del Comité de la Asociación Pro-Matre, vencieron las mayores dificultades, y aseguraron el triunfo definitivo de la humanitaria iniciativa. Los resultados definitivos dependen del aumento de los recursos disponibles y del desarrollo complementario de las obras emprendidas.

La Asociación al finalizar el tercer año de su existencia ha realizado casi completamente su plan de asistencia a la madre: la cantidad de madres a su cargo ha dado un promedio de 40 a 50 mensuales. La protección comprende lo mismo a la madre casada que se encuentra en estado de indigencia que a la madre viuda o la soltera que se encuentra abandonada. Solicitada la protección de la Asociación se dirige a la solicitante a la Casa de la Maternidad para su asistencia. Antes de ser admitidas en la Maternidad cuando su situación lo exige,—y despues de su salida,—la Asociación les asegura un subsidio de 5 y 6 pesos mensuales durante seis meses. También se les entrega la ropa que el niño necesita.

Además se acuerdan subsidios mayores en casos extraordinarios de incapacidad absoluta de los padres para trabajar. A las madres solteras desamparadas, abandonadas o sin recursos se les procura alojamiento antes y despues de su ingreso a la Maternidad,—en casas de reconocida honorabilidad. Por otra parte, la Asociación hace las gestiones necesarias para lograr el matrimonio de la mujer desamparada con el padre del niño.

Como el tiempo de que dispongo es limitado, trataré de indicar concretamente cual es la obra que la Pro-Matre se propone desarrollar.

ASISTENCIA DE MADRES CASADAS

Las madres casadas asistidas por la Asociación son aquellas que se encuentran sin recursos para atender a las exigencias de la maternidad. El salario del marido y el trabajo de la mujer, cuando han nacido varios hijos que exigen alimentos y educación,—no son siempre suficientemente productivos en nuestro medio obrero para permitir la formación de economías destinadas a cubrir los gastos que imponen la alimen-

tación y el cuidado de la madre durante el período de embarazo y de lactancia del niño. Agréguese a esta situación que hoy, no es excepcional, si se considera el aumento extraordinario de los precios de los artículos de primera necesidad,—la situación de aflicción en que se encuentran los hogares desamparados materialmente por fallecimiento o por la falta de trabajo del padre,—y los hogares abandonados por los hombres sin escrúpulos de conciencia,—y se podrá apreciar la magnitud de la obra que nuestra Asociación se propone realizar.

Los socorros a las madres en general son de cuatro clases:

1.º Socorro económico en especie,—dándoles los artículos o cosas que realmente necesitan.

2.º Socorro en dinero.

3.º Socorros de vinculación social, procurando trabajo al marido que no lo tiene o a la misma madre en condiciones de que no perjudique ni la salud ni el cuidado del niño, y relacionando a las madres indigentes con filántropos y con institutos de caridad.

4.º Socorros de orden puramente moral.

I. SOCORROS EN ESPECIE

Son socorros en especie aquellos que se dan a los indigentes suministrándoles los mismo objetos que necesitan y no el dinero para que ellos lo adquieran. Tienen la ventaja de que con la misma cantidad de dinero se pueden adquirir en casas mayoristas artículos mejores y en mayor cantidad, y ademas se evita que los fondos suministrados por la Asociación se empleen en atender otras exigencias que puedan presentarse dentro del hogar pobre, en vez de destinarse a la adquisición de alimentos para la madre y el niño, y desgraciadamente puede ocurrir alguna vez que el socorro caritativo sirva para satisfacer vicios condenables del marido.

Debemos lamentar que sea imposible a la Asociación emplear exclusivamente este medio de asistencia que nos permitiría aprovechar con mayor eficacia los recursos económicos disponibles. Pero el socorro en especie exigiría un conocimiento perfecto de las necesidades de cada una de las madres pro-

tegidas, una vigilancia y contralor sobre todas ellas para evitar los abusos de las que pedirían cosas que realmente no les serían indispensables, y ademas impondría a la Asociación gastos superiores a sus recursos pues siendo múltiples las necesidades de las asistidas, habría que estar en condiciones de suministrar a unas ropa, a otras alimentos, a otras habitación, etc.

a) *Vestidos.* — No siendo posible dados los recursos disponibles proporcionar el vestido a la madre,—que no siempre lo necesita en forma apremiante y teniendo en cuenta que lo más indispensable es atender al recién nacido, la Asociación ha establecido una Ropería en la cual se entrega a cada madre necesitada que lo solicite ajuares completos para el niño. En el año 1917 se distribuyeron 7512 piesas de ropa.

b) *Cantinas maternales.* — El socorro en alimentos es indispensable para la madre y para el hijo. La forma mas económica y la mas práctica de ejecutarlo, es el establecimiento de cantinas maternales. La Asociación está empeñada, en llevar a cabo esta obra, que se propone realizar en el corriente año. Toda madre que alimente con su leche al hijo podrá concurrir a tomar su comida a la cantina mientras dure la lactancia.

c) *Creches-Casa Cunas.* — El hijo durante el período de lactancia constituye para la mujer viuda y para la que no cuenta con recursos proporcionados por el trabajo del marido una carga muy pesada. Por un lado impone gastos y cuidados imposibles en un hogar afligido por la miseria, y por otro lado paraliza la actividad económica de la madre impidiendo a ésta trabajar en la industria o en el servicio doméstico con todas sus energías.

De manera que el hijo que exige a la madre mayores gastos constituye un obstáculo para que esta pueda ganar un buen salario. Se plantea a la madre el terrible dilema de optar entre el hijo y el trabajo, y su amor de madre la obliga a aceptar el segundo de los extremos del dilema, que le permite mantener su vida y la de su hijo. En tan desesperante situación la madre, que no se resigna a abandonar su hijo en la cuna de la Asistencia Pública,—contrata generalmente una mercenaria, casi siempre una vecina del mismo inquilinato, a quien

paga una asignación mensual para que cuide del niño durante las horas de su trabajo; y si no encuentra una persona a quien confiar el niño, se vé forzada a abandonar el taller o servicio doméstico para buscar un trabajo en su propio domicilio,—trabajo que siempre es mal remunerado, que no produce lo bastante para atender las necesidades mas indispensables y que se realiza en condiciones anti-higiénicas porque es siempre la misma habitación la que debe servir para taller; para dormitorio y para preparar los alimentos. Hay necesidad de facilitar a las obreras la solución del dilema que hoy las obliga a elegir entre el hijo y el trabajo,—mediante el establecimiento,—aunque sea por vía de ensayo a fin de observar prácticamente sus resultados de creches, casas cunas, a las que las madres llevaran sus hijos de menos de tres años para que allí sean cuidados durante las horas del trabajo. La madre tendrá acceso a la creche para alimentar a su hijo cuantas veces sea necesario; la creche alimentaría al niño cuando la madre carezca de leche o no pueda concurrir; la creche proporcionará al niño cuidados suficientes, dará a la madre consejos e indicaciones para corregir su ignorancia y sus negligencias.

Estas creches se establecerán en los barrios en que habitan las obreras que trabajan en fábricas y talleres y hasta en algunos casos, se podrían instalar dentro de los mismos establecimientos industriales. Las condiciones de higiene de las instalaciones de las creches deberán ser especialmente estudiadas; en ellas los niños que se depositen deberán ser bañados y vestidos diariamente para evitar contagios de enfermedades y para ayudar a la madre en el cuidado del niño,—y sobre todo será necesario mantener una doble vigilancia permanente sobre la encargada de la creche: vigilancia higiénica dirigida por un médico y vigilancia de orden económico y moralidad dirigida por las señoras de la Asociación.

El ideal sería alojar en estas casas a la madre junto con el hijo, aunque fuera percibiendo de la madre el alquiler que esta abona en el inquilinato y que quedaran nurses experimentadas a cargo de los niños. Pero mientras no se cuente con recursos suficientes la creche sin el alojamiento de la madre constituye,

sino la solución ideal, la más práctica de que se puede disponer en estos momentos para atender a un gran número de madres.

La Asociación Pro-Matre intentará muy en breve el ensayo de las creches, y procurará que las grandes industrias que emplean obreras una modesta contribución para ensayar dentro de los mismos establecimientos industriales, cuando fuera posible la instalación de salas cunas.

II. SOCORROS EN DINERO

Es la forma en que la Asociación presta actualmente su concurso más importante a la protección maternal. Se han distribuído desde 1917 a 1919 la cantidad de $ 9.636.34 y $ 500.00 a las madres enfermas de la Grippe.

III. SOCORROS DE VINCULACION SOCIAL

a) Estos socorros se han prestado solicitando trabajo a los padres cuando se trataba de protegidas casadas, o de protegidas solteras a cuyo matrimonio contribuyó la Asociación, o proporcionando a la misma madre un trabajo que sea compatible con las atenciones que debe prestarse al menor.

b) También se organizarán en el futuro servicios de relación o vinculación social para facilitar a los filántropos informes completos sobre aquellas madres dignas de una protección especial y para completar la acción de otras instituciones de caridad. En primer lugar la Asociación podrá proporcionar informes sobre la conducta moral y las necesidades de numerosas familias. Habrá oficina de información sobre las privaciones que sufren muchos hogares, a fin de que puedan llegar hasta ellos auxilios en dinero, en ropas, en comestibles o en trabajo. El indigente no sabe muchas veces a donde acudir solicitando un alivio para sus males y privaciones. La Asociación Pro-Matre se propone mantener permanentemente relaciones con personas caritativas para que puedan llegar con eficacia socorros a las familias indigentes.

En segundo lugar la Asociación cultivará cuidadosamente sus relaciones con otras instituciones de caridad. La protección social no puede terminar con la lactancia.

Si la continuación de esa protección no corresponde a la Pro-Matre, debe corresponder a otra Asociación de Caridad. No se debe abandonar a la protegida. Al terminar nuestra protección dentro de nuestra Asociación ella debe ser recomendada a otra institución de beneficencia. En esta forma se mejorarán los métodos de asistencia, se multiplicarán las fuentes de información, se evitará la pérdida de fuerzas concurrentes, se impedirán abusos mediante referencias de distintas procedencias, y se intensificará la asistencia eficaz de los desvalidos.

Actualmente la Asociación Pro-Matre desde el mes de de 191 , concede mientras sus recursos lo permitan una subvención de mil doscientos pesos anuales a la Institución de la Bone Garde protectora también de menores y niños.

IV. SOCORROS DE ORDEN MORAL

La Asociación Pro-Matre también dedica especial atención a la asistencia moral de sus protegidas. Cuando son solteras la Comisión Directiva procura por todos los medios a su alcance, realizar el matrimonio de la asistida con el padre del niño. Se han celebrado muchos matrimonios bajo la protección de la Asociación, que paga todos los gastos. Cuando esto no es posible se procura evitar a la mujer una nueva caída, y, sobre todo, impedir que la acción del vicio pueda perjudicar a la madre y al hijo. Por eso, conjuntamente con la protección material, se proporciona a todas las asistidas la protección moral que debe ser y es la base de los auxilios materiales.

La Asociación ha contado con la ayuda del Poder Ejecutivo que le proporciona una asignación mensual, ha recibido donativos importantes de los asociados, sabe que contará con el apoyo moral y material que le ha prometido el Director General de la Asistencia Pública Dr. Martirené en todo lo relativo a la protección maternal, y confía en que obtendrá como contribuyentes para su obra en el futuro a todas las personas de buen corazón y generosos sentimientos.

DISCUSION

Dr. G. Araoz Alfaro. — El interesante informe que acabamos de escuchar es una novedad y una enseñanza.

Una novedad porque no estabamos habituados, los que nos ocupamos en los Congresos de higiene, asistencia y educación del niño, a que señoras de la alta sociedad vengan a interesarse en nuestros debates, y a estudiar con nosotros los problemas que atañen a la infancia. Es una innovación feliz que yo aplaudo con entusiasmo, y que he de hacer conocer en mi país.

Es una enseñanza he dicho, porque la exposición de la Sra. de Améza-ga nos ha mostrado del modo más elocuente posible, todo lo que hace la Sociedad « Pro-Matre », obra considerable, de la más alta importancia social, obra que se realiza acá en una forma eminentemente práctica y eficaz.

Señoras: Continuad en vuestra obra admirable. Continuad en esa tarea digna de la única aristocracia que debe subsistir en estos tiempos de democracia plena: la aristocracia del bien y del talento, la aristocracia del corazón generoso y del cerebro cultivado. Formais en esa aristocracia porque vuestra obra es obra de inteligencia y es obra de corazón! Aceptad, pues, mis calurosas felicitaciones y mis votos por el constante progreso de vuestra gran empresa.

Señor Presidente: Propongo a la Asamblea un caluroso aplauso para la Sociedad « Pro-Matre », y la sanción del siguiente voto para elevar a plenario:

« El Segundo Congreso Americano del Niño aplaude la obra inteligente y eficaz de la Sociedad « Pro-Matre » de Montevideo, y hace votos porque en todas las ciudades americanas se funden instituciones análogas, destinadas a proteger a la madre antes y después del nacimiento de su hijo ». (Aplausos).

Aprobado.

Dr. Sisto. — He escuchado con verdadero interés y agradablemente sorprendido, la lectura que ha hecho la Sra. Presidenta, de la obra « Pro Matre » Montevideana. Es labor verdaderamente útil y de vastas proyecciones sociales. Un sentimiento de tierna y profunda solidaridad humana se siente circular en esta obra, digna de todo aplauso, y es esta, indiscutiblemente, una de sus mas interesantes características.

Por otra parte, es realmente una novedad digna de todo realce, de todo estímulo de nuestra mas calurosa adhesión el hecho de que matronas del mundo social distinguido de Montevideo, vengan aquí a estos centros de trabajo y de cultura, como lo ha dicho mis distinguido colega, Dr. Alfaro, a mostrarnos lo que ellas hacen, el resultado de sus afanes, y hasta enseñarnos lo que puede una voluntad bien orientada y mejor dirigida.

Levantar la mujer caída; sostenerla en el momento de su miseria y desamparo; ayudarla en los instantes difíciles de su vida de mujer herida en lo mas hondo de sus afectos; fortificarla contra los prejuicios crueles de la sociedad que la mira como una criminal, cuando tan solo es una víctima de su amor y de su confianza en los hombres que no la merecen; retemplar-

la con el consejo cariñoso; calmar su espíritu agitado y perturbado por la honda conmoción física y moral que ha sufrido; ayudarla materialmente, haciéndole notar que su vida puede y debe rehacerse, convencerla de que el hecho de ser madre, significa obligación moral y material de multiplicar sus afanes por el ser, cuya responsabilidad le pertenece de hoy en adelante; abrirle horizontes nuevos que le inspiren fé, confianza y hasta seguridad en el porvenir, todo eso hace la «Pro Matre», es por ello que su acción inteligente, humana, piadosa y simpática merece toda nuestra mas sincera admiración y clamoroso aplauso.

Las señoras que se ocupan de esta meritoria obra social, deben aumentrar sus adeptos y sus recursos, para expansionar su poder benéfico, y con ello vigorizar e intensificar su acción llena de altruismo útil e inteligente.

Llegue, pues, a ellas nuestra mejor palabra de aliento y nuestras felicitaciones, por la obra cumplida, que interpreta, claramente, las nuevas orientaciones, que se sienten palpitar en las iniciativas sociales, de esta noble y progresista tierra uruguaya.

LA INSTITUCION DE LAS CANTINAS MATERNALES.

Por el Dr. L. Velazco Blanco.

Delegado del Gobierno de Bolivia y Secretario General del Comité Argentino.

127.172-

Señores Congresales:

Un complemento necesario de la protección a la primera infancia lo constituye esta hermosa institución, fundada en París en 1904 por Henrry Coullet, y que comienza a difundirse en Buenos Aires, patrocinada por una comisión de distinguidas damas a iniciativa de la señora Julia Elena Acevedo de Martínez de Hoz.

Estos restaurants para madres, tienen por objeto, proporcionando alimento gratis a toda madre menesterosa que dé el pecho a su hijo, proteger indirectamente al lactante incitando a su madre a no abandonar la lactancia y contribuyendo así a la difusión de la alimentación natural, indispensable al menos en los primeros meses de la vida.

Los hemos clasificado como un complemento de la protección a la primera infancia, pues si bien es cierto que dicha

protección debe dirigirse en primer término directamente al niño, cuidando su alimento e higiene y tratándolo en sus dolencias, no es menos cierto que no basta para conseguir ese fin la instalación de Institutos de Puericultura, Dispensarios y Consultorios de lactantes etc. si no se fomenta al mismo tiempo la lactancia natural proporcionando a la madre pobre, el alimento indispensable para mantener su secresión láctea y evitar que la necesidad más apremiante de la vida, el sustento, le obligue a trabajar, abandonando a su pequeñuelo en manos mercenarias y despiadadas.

Es por esto que en nuestra opinión, estos dos organismos de protección a la primera infancia, deben complementarse mutuamente al punto que el uno no puede realizar cumplidamente su misión sin el concurso del segundo.

Las «*pouponnieres*» y los hospitales de lactantes, nunca podrán reemplazar a este doble organismo de protección a la primera infancia y esto por dos razones: la primera por el enorme número de camas y nodrizas con los gastos consiguientes que exigiría la internación de tanto niño; la segunda y más fundamental, porque con este último medio se rompería la vinculación psíquica que debe existir siempre entre el hijo y la madre, necesario para el desarrollo intelectual y material, evitando así los inconvenientes del hospitalismo.

Desgraciadamente en Buenos Aires ambas instituciones funcionan asiladamente: los Dispensarios a cargo de la comuna, las Cantinas, sostenidas como hemos dicho, con los recursos de la caridad pública, como si fuera posible someter a sus contingencias servicios tan indispensables. Salta, pues a primera vista los inconvenientes de ese método, que aislando a veces con enormes distancias, ambas instituciones que deberían funcionar en un mismo edificio, malogran en gran parte y mútuamente sus benéficos resultados.

En las cinco Cantinas ya fundadas en diferentes barrios obreros, en la capital argentina, se ha tratado de subsanar este inconveniente, instalando en cada uno de ellas un consultorio externo de lactantes a cargo de un especialista y al mismo tiempo pequeñas cocinas de lactantes, para los casos de alimentación mixta, cuyas deficiencias solo sería posible corre-

gir, asociándolas como hemos dicho a los Dispensarios que cuentan con el personal técnico para atenderlas. Además la fusión de la Cantina con el Dispensario produciría economías de consideración pues podría aprovecharse las dependencias de un mismo edificio para su funcionamiento.

A pesar del celo desplegado por la digna comisión que patrocina estas Cantinas, sus recursos no alcanzan a sostener el número indispensable de semejantes restaurants en una capital como Buenos Aires de más de 1.500.000 habitantes, siendo el número de cinco Cantinas actualmente en función, insignificante para llenar su cometido.

Es por estas razones, que el mecanismo de la protección de la primera infancia, debe ser considerado como una obligación oficial, la que bajo ningún concepto puede ser delegada en la iniciativa privada.

Las Cantinas Maternales llenan su cometido con un espíritu de absoluta liberalidad, sin exigir otro requisito a la madre, que desee participar de sus beneficios, que el deber de amamantar a su hijo, al menos con lactancia mixta y creemos que al proceder de otro modo desvirtuaría su objetivo principal.

El resultado halagüeño obtenido en el tercer año de su establecimiento en Buenos Aires, puede apreciarse por los siguientes datos estadísticos, correspondientes al año fenecido de 1918. Durante ese período de tiempo se han suministrado 137,592 comidas y se han atendido 715 consultas médicas habiéndose repartido un buen número de raciones alimenticias para los niños sometidos a la alimentación mixta.

El gasto de cada una de estas Cantinas incluyendo el personal, alquiler etc., ha sido alrededor de $ 400 m/n. argentina mensuales y si consideramos lo alto de los alquileres en Buenos Aires, creemos que su costo se reduciría mucho en otras capitales y en especial si su municipio contara con locales propios.

En el 2.º y 3er. año de su existencia, aleccionada por las necesidades del medio, la Institución de las Cantinas Maternales, ha extendido su radio de acción protegiendo no solo a la madre en la época de la lactancia sino también a la embara-

zada y a la puérpera, para lo cual creó en 1917 la «Asistencia Maternal» a cargo de parteras diplomadas y médicos especialistas. No he de entrar en consideraciones para justificar dicha protección a la mujer embarazada, algún tiempo antes del parto, las leyes modernas la han sancionado y es la época en la cual una buena alimentación es la mejor garantía para el desarrollo normal del feto.

Por otra parte todos sabemos que la asistencia de la parturienta por personas no idóneas, es una causa alarmante de mortalidad infantil. Al crearse esta Asistencia Maternal llénase una necesidad sentida de largo tiempo atrás en nuestro medio proletario.

La sociedad Cantinas Maternales, proporciona a la parturienta además de la asistencia a domicilio, una caja completa de parto, y el ajuar del recién nacido, así como un subsidio de un peso m/n. diario durante el tiempo que la madre debe permanecer en el lecho.

Durante el año 1918 han sido atendidas 133 parturientas.

Al terminar este breve relato sobre las Cantinas Maternales, pediría al 2.º Congreso Americano del Niño que adoptara las providencias necesarias, a fin de difundir en todos los países americanos y especialmente en sus capitales y grandes aglomeraciones obreras y proletarias, la instalación de estos sencillos establecimientos de positiva protección a la primera infancia asociándolas si es posible a los Institutos de Puericultura y Dispensarios de Lactantes.

Creemos que entre esas medidas, sería la principal, hacer un llamado a los gobiernos por intermedio de sus dignos representantes en este Congreso, incitándoles a que tomen bajo su patrocinio directo la fundación y sostenimiento del número de Cantinas necesarias a toda agrupación obrera, seguros de que los gastos que originen serán compensados con creces, por el rendimiento en futuros y sanos ciudadanos que producirían en este tiempo de despoblación y carestía de braceros.

La comida, cuyo menú varía diariamente, es sana y nutritiva, consiste en dos platos abundantes en cada refacción y

un postre. Se reparte también una copa de cerveza negra a cada comensal.

El sano ambiente de alegría que reina en sus comedores; hace olvidar por un momento a estas pobres madres los sufrimientos de su vida y mitiga la humillación que siempre produce la dádiva.

Con el fin de estimular aún más si cabe la lactancia al pecho, se han establecido en las Cantinas Maternales de Buenos Aires, varios premios consistentes en sumas de dinero, a toda madre que crie a su hijo en las mejores condiciones posibles, exigiendo para optar a ellos, el pecho exclusivo por los menos en los dos o tres primeros trimestres y la mixta por lo menos hasta el año o año y medio.

A fin de obtener un juicio periódico sobre las condiciones de desarrollo del lactante aspirante al premio, el médico de cada consultorio hace un examen semanal llevando en sus anotaciones una minuciosa curva ponderal.

El estímulo que estas pequeñas recompensas producen ha dado ya un resultado apreciable en el conjunto de niños observados.

CONCLUSIONES

1.ª Las Cantinas Maternales o Restaurants de Madres donde se provea de alimento sano, abundante y gratuito a toda madre que amamante a su hijo, son instituciones necesarias en la protección a la primera infancia y el medio más práctico para difundir la alimentación natural.

2.ª Su necesidad se hace sobre todo sentir en los barrios obreros de las grandes ciudades y agrupaciones proletarias.

3.ª Su acción complementa la de los Institutos de Puericultura y Dispensarios de Lactantes, con los cuales debe funcionar en íntima conexión, para poder llenar debidamente la función protectora a que están destinados.

4.ª Deben dispensar sus beneficios con el espíritu más liberal posible, exigiendo cómo única condición, que la madre dé el pecho a su hijo.

5.ª Anexas a estas Cantinas debe funcionar la «Asistencia Maternal» que haga extensiva la protección a las embarazadas y puérperas.

6.ª Deben crearse premios consistentes en sumas de dinero, a los cuales puedan optar las madres que crien a sus hijos en las mejores condiciones posibles, con pecho exclusivo en los dos o tres primeros trimestres y con alimentación mixta en los dos o tres siguientes.

7.ª El 2.º Congreso Americano del Niño, debería dirigirse a los gobiernos americanos incitándolos a difundir estos establecimientos, asociándolos si fuera posible a los Institutos de Puericultura y poniéndolos bajo la dependencia de las comunas

---

LA EDUCACION FISICA EN LOS NIÑOS

Por el Dr. Adolfo Berro Garcia

35.48.

1.ª PARTE

LAS DEFICIENCIAS ORGANICAS DE NUESTRA POBLACION

I

LA VIDA CONTEMPORANEA

El constante progreso de las nacionalidades modernas y las nuevas normas que la civilización fija a las poblaciones, han apartado y apartan cada día más al hombre de las condiciones naturales en que debe desarrollarse y desenvolverse de acuerdo con sus caracteres fisiológicos. La vida contemporánea es una perpetua lucha en la que sólo excepcionalmente se hallan reunidos, en natural consorcio, todas las circunstancias que favorecen y presiden la evolución del hombre. La necesidad de reunirse y asociarse para obtener el mayor rendimiento con el menor esfuerzo ha traído como lógica consecuencia el hacinamiento más deplorable y espantoso de las poblaciones en las grandes ciudades con toda su cohorte de costumbres viciosas, antihigiénica y anti-naturales. La población rural,

deslumbrada por el aparente lujo, la exteriorización risueña y brillante, la vida intensa de las grandes ciudades,—abandona los campos ahitos de sol y de oxígeno,—para sumergirse en el torbellino de la vida de ciudad, agradable y seductora, pero tanto más alejada del natural ambiente y de las condiciones intrínsecas de la existencia humana, cuanto mayor es la importancia numérica de la población metropolitana. Y la interminable caravana prosigue su marcha,—no se detiene, amenaza despoblar los campos aún en aquellos países que abren recientemente la fecundidad inaudita de su tierra vírgen al trabajo de todos, del que vió la luz de su sol al abrir los ojos o del que llega, afanoso y ágil, desde remotas tierras y distintos climas.

Abigarrada y múltiple, en ese hacinamiento la población de los grandes centros se desenvuelve en condiciones físicas enteramente deficientes. Las normas de la vida se alteran profundamente. La existencia se arrastra en casas o locales anti-higiénicos, envueltos por una atmósfera corrompida, llena de polvo, de bacterias y microorganismos.

Como si las condiciones a que conduce fatalmente el nuevo medio, no fueran suficientes por sí solas para explicar el decaimiento orgánico y el rápido desgaste del hombre de ciudad, todavía agregamos a esta deficiencia externa, los caracteres anormales de una vida que se desenvuelve irregularmente porque no da el debido funcionamiento a todos los órganos y no produce el movimiento uniforme y en igual grado de todo el complejo mecanismo del engranaje humano, y la máquina, en un funcionar inarmónico y anómalo, gasta sus propias energías y cae vencida a mitad de la jornada.

Los vicios de las multitudes concentradas en el casillero de las ciudades, trasmitidos a las poblaciones rurales, y la mala organización del trabajo en los campos pór el triunfo del capitalismo y de los grandes latifundios,—hacen que la propia vida de las campiñas donde el medio externo aparece inmejorable, se resienta por esta defectuosa organización social y económica en que nos debatimos, y sea a veces tan anómala, anti-natural y deficiente como la misma vida en las ciudades modernas.

La despoblación de los campos no es un hecho moderno,—pero lo es su intensificación, la enorme agravación del mal. Si en las nacionalidades del viejo mundo ese fenómeno se intensifica día a día, si la población aglomerada en las ciudades y los centros urbanos llega a ser el 15, el 20 y hasta el 30 % de la población total del país,—en las naciones del nuevo mundo, donde los campos piden aún al colono que ha de roturar sus tierras impolutas,—donde la propiedad agraria asume la forma de inmensos latifundios, de enormes solares colocados bajo la potestad de un dueño que deja yerma la tierra a la espera de su valorización o ensaya apenas su cultura extensiva,—ese mal se agrava e intensifica y se convierte en el más grave y serio problema que ha de resolverse dentro de un plazo breve, si se quiere impedir o defender la inevitable decrepitud de toda una raza.

En proporción al número de sus habitantes, en efecto, la despoblación de las campañas y el hacinamiento en los centros urbanos es realmente desconsolador en las jóvenes nacionalidades americanas. En nuestro país, bastará tener presente que la tercera parte de la población se halla radicada en su capital macrocéfala y que si se toma en consideración el número de habitantes, que, fuera de la capital, se agrupa de las demás poblaciones urbanas de la república,—se llega a calcular fácilmente en 60 el porcentaje de los habitantes del país que arrastran la vida urbana con todo su enorme cortejo de peligros, vicios e inconvenientes de muy distinta índole. La población del país puede estimarse en 1.400.000 habitantes. De esta cantidad, 800.000 habitantes viven en los centros urbanos, y sólo 600.000 se hallan repartidos por las campiñas del solar uruguayo!

La sola exposición de estas cifras, señala y evidencia la inaudita gravedad del problema. Nuestras tierras fértiles están despobladas, el aspecto del suelo en la mayoría de los departamentos, con excepción de la zona platense, triste y desolador. La ganadería, principal fuente hasta hoy de la riqueza nacional, no puebla los campos, ni matiza con rústicas casitas la soledad inmensa de nuestros llanos. Su desenvolvimiento extensivo, la necesidad de grandes áreas de campo

para su desarrollo,—la absoluta carencia de tierras fiscales de que el estado pudiera disponer para repartir en lotes,—no permiten colonizar el país. Sin embargo, la república necesita pobladores que trabajen la fecundidad prodigiosa de sus tierras, manos callosas y fuertes que sepan prepararlas y transformar en riqueza los productos de su sabia generosa.

El porvenir del país está en la colonización y en el trabajo de su campaña. De nada sirve la emigración que a nuestras playas llega, si ha de ser tan sólo multitudes que agravarán el inmenso del hacinamiento en los centros urbanos de su población actual. La explotación de la riqueza nacional debe evolucionar, pues, hacia el trabajo agrícola y el laboreo de las minas, si hemos de ser alguna vez una nacionalidad fuerte y próspera por su actividad, su comercio y la mejor distribución de la fortuna pública.

Podemos observar, por consiguiente, que el estado actual del país, es doblemente crítico. Lo es, en primer término, porque su población terriblemente aglomerada en las ciudades y pueblos tiende, por la forma de vida que se adopta en ellos, a la desintegración orgánica y, como consecuencia inmediata y fatal de la misma, a la disolución moral.

Lo es en segundo término, porque la falta de pobladores en nuestras desoladas campiñas, significa nuestra inferioridad evidente en materia económica y la limitación forzosa de la producción nacional.

Estas observaciones tan dolorosas como exactas, demuestran hasta que punto el problema físico-sociológico del porvenir de nuestra raza, está ligado al problema del porvenir económico del país. Y demuestran también, la extrema dificultad y la seria gravedad del primero,—puesto que contra su resolución breve y eficaz conspiran las condiciones anormales en que se desenvuelve la vida económica de la población nacional.

Mientras no se intensifique el trabajo de nuestros campos, y no se cambie su aspecto desplorable actual, al desenvolver la riqueza pública en una forma amplia y equitativa que alcance a todos y no favorezca tan sólo algunos, mientras subsistan los obstáculos que en nuestro país vuelven áspera y ruda cual ninguna, la lucha por la vida y debilitan o aniquilan

sus resultados apesar de los más grandes y mentísimos esfuerzos; mientras no desaparezca la necesidad y la miseria de la inmensa mayoría de los hogares uruguayos, que sin seguridades para el día de mañana, vegetan en la incertidumbre y en el desaliento; mientras no se asegure la situación económica estable del país, corrigiendo los defectos y cortando los abusos de un régimen excesivamente capitalista y absorbente, el problema del mejoramiento físico de la raza encontrará vallas insuperables en las deficiencias propias, intrínsecas del organismo nacional.

Tales son las razones expuestas a grandes rasgos, de la complejidad del problema que ocupa nuestra atención. Precisamente, por que se ha prescindido de examinar a fondo la comprensidad exacta del problema, se ha rezalizado deficientemente la vasta y fecunda obra destinada a hacer surgir en el mañana próximo las nuevas generaciones, fuertes de inteligencia y de cuerpo, aptas para la vida que es, en último término, acción y siempre acción.

No puede concebirse el estudio del problema físico de la raza, sin el examen detenido y completo de las causas mediatas o inmediatas que originan las orgánicas deficiencias de la población. Pretender el mejoramiento físico por el desenvolvimiento exclusivo de los deportes, por el cultivo individual del músculo,—es falsear la verdad del procedimiento y anular sus resultados, como el médico que pretendiera curar al enfermo extirpando sus visibles llagas purulentas, sin ocuparse para nada del morbo que roe su cuerpo y es la causa efectiva y real de todos sus males.

Las condiciones económicas y sociales en que el hombre se desenvuelve y vive, deben, pues, ser examinadas, a fin de atacar el mal en su verdadero centro y adoptar entonces el procedimiento que más convenga para alcanzar el mejoramiento físico y el funcionamiento regular y armónico de todas sus facultades, dentro del medio en que forzosa e ineludiblemente actúa.

II

LA TUBERCULOSIS

Un grave mal, cuya extensión es enorme y progresiva, abate las poblaciones contemporáneas y las sume en la degeneración física más deplorable: la tuberculosis.

Encontrando el camino fácil para el desarrollo por las condiciones antinaturales en que la vida moderna se desliza, este mal constituye el más formidable flagelo que corroe la fortaleza física de las razas actuales y puede decirse, sin temor de ser desmentidos, que es la forma despiadada y cruel con que la naturaleza dentro de las sociedades actuales venga las inobservancias, el contínuo desconocimiento de las leyes que rigen inexorablemente la existencia humana. La adaptación del hombre al medio que lo rodea,—es un hecho cierto y comprobado, pero esas condiciones de adaptación al medio tienen un límite forzoso e insuperable. Ese límite que no es posible ultrapasar sin exponerse a las más fatales consecuencias, está fijado y perfectamente establecido por los caracteres fisiológicos que determinan la vida de la máquina humana.

Las sociedades modernas se han apartado de la vida natural y las deficientes condiciones que han establecido para el desenvolvimiento del hombre, han hecho de éste una fácil presa de las enfermedades más diversas. Pero de entre ellas, la que ocupa un lugar preferente por su enorme propagación, por su elevadísima mortalidad y, lo que es peor, por la huella terrible que deja tras sí ya en la multitud de enfermizos seres procreados en condiciones de manifiesta degeneración,—ya por el contagio de su terrible gérmen que multiplica las víctimas,—es a todas luces la tuberculosis.

Los elevados coeficientes de mortalidad que la tuberculosis origina, hablan lo suficiente por sí solos en todas las naciones contemporáneas para que se necesiten largas demostraciones. En nuestro país, el porcentaje de enfermos de tuberculosos es abrumador y demuestra que no en vano se ha emprendido una activa y enérgica campaña contra el devastador flagelo.

Su desarrollo es tanto más deplorable y cruel, cuanto que se ceba preferentemente en las clases inferiores de la sociedad, en aquellas que asechadas por la miseria, reciben también por las malas condiciones de vida que ella engendra, el azote despiadado de la tuberculosis. Y avanza triunfante así sobre el hacinamiento de los conventillos, sobre los cuerpos debilitados por la falta de alimentación suficiente, por el enclaustramiento en locales cerrados, sin aire, sin luz, sin sol, como si la tierra fuera ya pequeña para contener a todos y todos no tuvieran derecho a recibir del inmenso azul una porción de aire oxigenado y un haz de los rayos de ese sol que dora los campos despoblados y es fuente externa de calor, de salud, de bienestar físico y de satisfacción moral!

Aplastadas bajo el peso de leyes económicas que gravitan sobre ellas las clases inferiores, los desheredados de la fortuna, los obreros, los miserables, ex-hombres de GORKI, van así perdiendo su potencialidad física, destruídos o mordidos por el microbio que no perdona ni admite esperas para consumar su obra. Y caen por millares, envueltos bajo el mismo sudario fatal, los niños y los adultos, los débiles y los fuertes, porque el contagio persistente vence el obstáculo de la energía física de los cuerpos robustos,—y desaparecen dejando tras de sí la degeneración hereditaria y la decrepitud en plena adolescencia.

Como a su vez, la base de la población de la sociedad moderna, la constituye precisamente todo este enorme conjunto de pobres trabajadores, modestísimos empleados, abandonados de las fortunas, al lado del cual, no es sino una minoría el conjunto de los favorecidos, de los ricos, de los acomodados, de los que viven fácilmente,—resulta que la base misma de la sociedad está agrietada por este flagelo terrible que acecha siempre y no se detiene nunca. ¿Cómo puede pues, hablarse de una población físicamente superior y fuerte, mientras exista esta causa disolvente y mórbida que roe sin cesar las entrañas mismas de las sociedades contemporáneas?

Las mismas clases elevadas por la riqueza, sufren su constante martilleo. Si escapan a los efectos destructores, a la desvastación formidable, que produce el mal en las inferiores,—es

sencillamente porque los recursos que otorga el dinero permiten ayudar al organismo, fortalecerlo, hacer victoriosa la lucha que deben emprender contra el mal los misteriosos leucocitos.

¿La educación física podrá suprimir esta fuente permanente de males, sólo con su acción directa?

Evidentemente nó. Hay que mejorar las condiciones de inferioridad en que el hombre se debate para que el influjo de la educación física pueda alcanzar toda la amplitud magnífica de sus resultados.

¿Cuáles serán las medidas que deberán adoptarse para alcanzar ese fin?

Desde luego, y sin desconocer la importancia de la campaña contra la tuberculosis que el país ha emprendido,—es necesario decir bien claro—que la orientación de esa campaña es equivocada. Bien está que se creen dispensarios y sociedades protectoras de los tuberculosos, pero de nada valdrán las medidas que se adopten, si no se ataca el mal en su orígen: en el anti-higiénico e inmoral conventillo, en la falta de casas para obreros, en la absoluta deficiencia de los conocimientos de la más elemental higiene en todas las clases sociales, en los hábitos y costumbres reñidos en absoluto con la vida natural,—en el exceso de sensualismo, etc., etc.

III

EL ALCHOLISMO

A pesar de los constantes ditirambos y las orgullosas afirmaciones a que nos entregamos respecto de la superioridad indiscutible de la civilización actual,—pocos habrá que, frente a frente del problema que suscita el desarrollo del alcoholismo, puedan dar una opinión razonada y justa de esta lacra social.

Los efectos del alcoholismo no necesitan puntualizarse: ahí están los hospitales, los manicomios y las cárceles para mostrarnos con una aplastadora elocuencia los peligros y los resultados del alcohol.

Producto que bebido en pequeñas dosis y bajo su forma natural de vino, cerveza etc. podría ser encarado como inofensivo o a lo más como uno de tantos productos no recomendables ingeridos por el hombre, impulsado por las fuerzas ciegas de la tradición o el hábito,—se transforma cuando se ingiere en proporciones grandes y en sus formas más tóxicas, en la plaga más perjudicial, dañina y peligrosa que azota hoy, por la generalidad de su desarrollo, a las sociedades modernas.

La fuerza invencible de la costumbre, opera aquí un extraordinario fenómeno. Otros tóxicos, igualmente peligrosos, han sido limitados en su consumo, restringida su importación desde las regiones productoras,—castigada la venta de los mismos y puesto el imperio de la ley al servicio de su supresión, su disminución o su abandono.

Así ha sucedido con el opio, así ha ocurrido también, aunque en menor escala, con la morfina, el éter y la cocaína.

¿Porqué causa superior y especialísima el alcohol ha tenido en todas partes y tiene aún libertad absoluta de acción?

¿Porqué ha encontrado abiertas las puertas de la ley que no ha querido tocar este campo vedado en absoluto para sus preceptos, que ha escapado a sus normas, sustrayéndose siempre a los mandatos imperiosos del legislador?

Lo que la ciencia jurídica ha creído conveniente establecer para detener el consumo altamente perjudicial de tantos tóxicos extraños y horribles no ha sido aplicado al alcohol, al que se ha dado carta de ciudadanía en todos los países del mundo para realizar su obra de degeneración física, de corrupción moral y de desintegración social. Cuando se le ha querido atacar, se han propuesto palcativos y medidas intermedias que no han resuelto el problema, ni podían resolverlo por su propia naturaleza y por la timidez de sus preceptos.

Se ha prohibido la venta de substancias tóxicas o se ha restringido enormemente su uso, limitado su empleo al solo caso de que una orden médica, bajo los dictados de la terapéutica, lo imponga o lo señale. La razón de esta prohibición legal es sencillísima: la salud pública no puede admitir la intoxicación libre de los componentes del agregado social, por la ingestión de estas substancias. Admitirla, sería decretar el

suicidio social,—sería admitir conscientemente la degeneración entera de un pueblo. El interés general pide, pues, la supresión del uso de estas substancias o su limitación extrema.

¿No es el alcohol el tóxico por excelencia que gravita más pesada y terriblemente sobre la sociedad entera, arruinando la salud de sus adultos, de sus hombres de acción y de pensamiento, de sus obreros,—comprometiendo el porvenir de la raza por el debilitamiento de los pobres que nacen taradas y defectuosas,—llenando los hospicios de enfermos, de degenerados y de imbéciles? ¿No es acaso por la generalidad y universalidad de su uso, por la podredumbre moral que agosta la familia del alcohólico y repercute en la moral social con irresistible fuerza; y que desagrega su constitución orgánica,—el más espantoso, formidable y terrible flagelo que azota a la humanidad contemporánea?

Todos estarían de acuerdo en sostener estas premisas, pero pocos quizás osarían proponer la solución lógica y racional que exige la enorme gravedad del mal.

Prohibir la venta de alcohol en los días festivos;—gravar con fuertes impuestos los productos más alcoholizados;—restringir la producción del alcohol;—inspeccionar los comercios en que se expende el tóxico y someterlos a reglamentos coercitivos y draconianos, etc. etc. Podrán ser aparentemente excelentes medios de combatir el flagelo, pero son en realidad absolutamente inofensivos e ineficaces. Nunca mejor que en este caso podría aseverarse la verdad del dicho popular «hecha la ley hecha la trampa». Inútil es que el legislador pretenda contener el abuso del alcohol, castigar o reprimir su empleo,—reglamentar su espendio público,—por sobre todos los dictados de las normas jurídicas estará la fuerza incontenible, avasalladora, victoriosa siempre, de la costumbre social que una larga tradición mantiene y fija y que las deficiencias y el malestar de una mala organización social, aportan para romper los ojos de los que se empeñan en cerrarlos, y los que creen en la fábula capitalista del bienestar social contemporáneo, mientras todo se agrieta y se despeña a su alrededor pidiendo auras de renovación y de progreso.

La prohibición absoluta de la producción y venta de los líquidos alcohólicos, es la única solución de este tan grave y capital problema. Mientras ella no se lleve a cabo, todo lo demás será perfectamente inútil. Prohibición absoluta del expendio del alcohol, por un lado, y el mejoramiento de las condiciones sociales de la hora actual, suprimirán el mal inmenso de este tóxico y el deseo inmoderado de recurrir a él en demanda de un lenitivo para amenguar la áspera rudeza de la lucha por la vida.

¿Quién podría atacar la legitimidad de esta medida? Ya la Rusia revolucionaria en el torbellino de sus frondas lo ha establecido así y es de esperarse que su ejemplo señale rumbos a las naciones que se apodan hoy civilizadas y cultas.

IV

LA AVARIOSIS

El exceso de sensualismo característico de las sociedades modernas, y la total ignorancia de la higiene sexual,—han propagado y extendido de una manera alarmante el terrible mal de la avariosis. Terrible por sus efectos directos sobre la salud personal del que lo sufre,—terrible por la contaminación que el individuo enfermo produce a su alrededor,—terrible por su repercusión gravísima, trasmitida por las leyes inviolables de la herencia, a las nuevas generaciones que se levantan así gravemente taradas, y establecen así una irradiación funestísima en que las degeneraciones morbosas se repiten sin cesar y ampliando siempre la esfera de su acción, la avariosis es sin disputa hoy el factor más poderoso e intenso de degeneración en nuestras sociedades actuales.

Su desarrollo creciente ha colmado todas las predicciones pesimistas,—ha elevado la cifra de los tarados por ese mal a cantidades alarmantes, hasta el punto que el coeficiente de los que padecen y sufren, dentro del cuadro de los normales, es por sí solo sugerente y habla más que todos los hechos que pudieran relacionarse con él. La lucha contra el mal está hoy

en sus comienzos. Pero de qué valdran todos los esfuerzos, si la base misma de su propagación se halla en la defectuosa manera como se precaven los peligros del sexualismo, en el desconocimiento completo de la higiene sexual por aquel prejuicio tradicional, a base de preceptos religiosos, que pretende echar un velo sobre esta actividad fisiológica, tan natural en el hombre como el comer o el hablar, y que permite, sin embargo, conocer y dirigir las relaciones sexuales de los animales, considerando un fin de utilización positiva,—mientras se niega en el hombre la coordinación y relación de este acto fisiológico con el entero funcionamiento del organismo, y su dirección consciente hacia formas adecuadas para garantir la salud personal y la salud de las generaciones venideras. En una palabra, mientras se preconiza el estudio racional de la función sexual entre los animales domésticos, — se prohibe conversar de la función genésica del hombre, dictar los preceptos de higiene que debe conocer el niño o el adolescente para eludir el mal y, antes que todo, para conocer su existencia misma,—jugando así con un desenfado absurdo y criminal con la salud, el bienestar y el porvenir de la familia humana.

V

LOS CAFES Y LOS PROSTIBULOS

La tradición latina ha desarrollado en el ambiente americano esa afición desmedida y morbosa por la concurrencia del varón a los cafés, esparcidos con una profusión increíble por todos los rincones del medio urbano y rural,—y su frecuentación de los lupanares o prostíbulos.

Mal endémico, que consume a las poblaciones latinas, la importancia y gravedad del mal que encierran es quizás desconocido para la superficial y ligera observación de las gentes. Forma no obstante, una de las causas más poderosas y seguras que contribuye a establecer y a aumentar progresivamente las deficiencias orgánicas de nuestras poblaciones.

El café, lleno de luces y animación, frecuentado por la clase media y la adinerada;—el despacho de bebidas de modesta apariencia, adonde acude la clase obrera o proletaria,—el almacén de campaña o pulpería, que reune al elemento trabajador de los predios rurales,—no forman sino un solo y mismo medio: el medio de echar mano al hombre para arruinar su salud física y perjudicar gravemente su salud moral. Por costumbre, por tradición, el hombre latino es un consuetudinario del café, que le roba al día un buen número de sus horas. Allí va a intoxicar su organismo con los licores y brebajes espendidos por los consorcios funestos;—allí acude para pasar largas horas en medio de un aire viciado y pernicioso, embriagándose con las bebidas o con el juego y aspirando, en un medio propicio para ello, gérmenes patógenos que ponen en peligro su salud moral. El café, herencia hispana, es una verdadera plaga social que ha prendido a maravilla en las sociedades latinas del Nuevo Mundo.

Más terribles aún que sus efectos nocivos, por sus peligros físicos y morales;—es el prostíbulo. Su frecuentación por los jóvenes lo convierte en el más grande flagelo que corroe hoy a nuestras sociedades americanas. Juventudes que desconocen en absoluto el buen empleo del tiempo que inmuniza a las razas nórticas del contagio terrible de esta llaga social,—se sumen en el lunapar arrastrados por esas ancias de goce y de placer que carcteriza y modela la edad juvenil. Carentes de dirección y de ejemplos; vierten su exceso de energia, de esas nobles energías del espíritu que son esencias y flor en las generaciones que se elevan,—consumiéndose sin honor en la podedumbre del prostíbulo, que vicia su organismo y corrompe su espiritu, y que convierte en piltrafa moral al que pudo ser consciente noble y honesto. Hay que orientar, pues, esas energías hacia fuentes puras y cristalinas, que formen su carácter al contacto de las idealidades y aspiraciones del espíritu recto y honrado.

La obra del prostíbulo lo alcanza todo: impulsa al alcoholismo y a la degeneración moral, pervierte los sentimientos,—corrompe el caracter—y es orígen y causa de desintegración familiar. Es tanto mayor la gravedad de este mal, cuanto que

es plaga extendida por todo el país, y alcanza por igual al joven del medio urbano y al del medio rural. Contra los enormes peligros de este mal, ¿ qué se ha hecho para contrarrestar sus efectos ? Nada que pueda alcanzar ni de cerca a su inmensa gravedad.

VI

LAS DEFICIENCIAS HIGIENICAS

A los graves problemas anteriores, se agregan dentro de la modalidad especial de nuestra sociedad,—serias y básicas deficiencias higiénicas de nuestra población.

Ya nuestros médicos higienistas han hecho resaltar en sus escritos las deficientes condiciones higiénicas en que se desenvuelve y debate nuestra población nacional, y han llamado la atención de nuestros hombres de gobierno hacia el serio problema que plantea esas condiciones de nuestro medio ambiente.

Respecto de la higiene individual, los defectos que un desconocimiento casi absoluto de sus preceptos más simples, ha producido y generalizado,—están a la vista de todos. Ya hemos hecho referencia a la gravedad que aporta la ignorancia completa de la higiene sexual. La higiene personal se halla enteramente descuidada entre aquellos que por las malas y precarias condiciones de existencia en que se desarrollan, no pueden ocuparse de guardar sus reglas. Tal la situación de nuestro obrero dentro del medio urbano. La vida del conventillo, física y moralmente mala, no lo coloca en condiciones de cumplir con la higiene aunque sea por naturaleza un partidario de sus leyes. La carestía del agua y la limitación obligada de su uso, verdadero problema que pide una solución a gritos,—hace que las condiciones higiénicas del medio obrero sean realmente deficientes. Por otra parte las comidas no reunen por su composición y su escasez, las condiciones higiénicas necesarias;—la vida en común en estrechos y desaseados cuartuchos, la falta de abrigos en el período invernal;—la defectuosa organización y forma en que realizan su labor cuotidiana en fábricas y talleres;—la frecuentación de los almacenes o des-

pachos de bebidas para pasar un rato de ocio agradable que no encuentran en el hogar estrecho y sucio, que todo les habla de preocupaciones o inquietudes por el mañana incierto la falta de viviendas sanas y de paseos o parques adonde pudieran concurrir con un gasto mínimo de locomoción, etc., etc., todo este enorme conjunto de circunstancias contribuyen a la inobservancia de las reglas higiénicas que caracterizan hoy a nuestras clases proletarias, y que pesan sobre su salud física y sobre su bienestar moral.

La enorme mortalidad infantil, el descenso de la media probable de vidas, la difusión de las enfermedades o la desintegración de la familia obrera, etc., son las consecuencias inmediatas de la anormal, injusta y precaria situación de las clases trabajadoras, que son, no obstante, la materia prima sobre que se modela el progreso y el bienestar social.

Aún dentro de las clases adineradas, que pueden vivir con ciertas comodidades, — la falta grave a los preceptos higiénicos es lo común y normal. El cuarto de baño aparece recientemente como un complemento necesario de la vivienda moderna. La existencia sedentaria para el empleado, el industrial, el comerciante, el profesional y el estudiante, es la regla. Viven en sus tareas, enclaustrados e inmóviles en locales cerrados, y en lugar de compensar esta situación higiénica deplorable, con el hábito del paseo o la excursión en los días festivos, costumbre tradicional e inviolable regla de los sajones, se entregan a los placeres del teatro, del biógrafo, del café o del club, e impiden así a los pulmones cansados el poder respirar a pleno aire, el oxígeno puro de los campos, que es renovación de la sangre y necesidad perentoria para la conservación del poder vital. Este mal se halla agravado todavía en las mujeres, a causa de los prejuicios estúpidos que rigen su existencia dentro de nuestras sociedades.

En los medios rurales, el mal existe también. Podría creerse lo un fenómeno particular de las aglomeraciones urbanas y de la vida activa que en ellas se lleva. Pero es, por el contrario, un fenómeno general que hace anti-higiénica y mala la vida rural misma como la vida urbana.

El aire es allí puro, la oxigenación evidente, el sol tuesta las facciones del hombre de campo y lo acaricia desde niño. Sin embargo la vida rural es defectuosa higiénicamente considerada. Los mismos defectos de higiene sexual, agravados por el medio mismo. La ignorancia y el analfabetismo sientan allí sus reales y traen vicios orgánicos notorios y graves: la higiene desconocida, el curanderismo y la superstición triunfantes. La inestabilidad de nuestros hombres de campo, su espíritu nómade, su vivir intranquilo, originado por el egoismo incalificable del capitalismo rural, por la extensión del latifundio, por la despoblación de las campiñas, por los trabajos ganaderos, de suyo temporarios, inseguros y mal pagos, — han imposiblitado su establecimiento definitivo, la organización permanente de su familia, — la observación de los preceptos higiénicos. ¿ Cómo exigir esta observancia a quien no tiene por vivienda más que un mísero rancho de terrón, insaluble, deficiente, expuesto a todas las inclemencia del tiempo ?

Mientras el capitalismo rural no comprenda que es su interés mismo el que exige la construcción para sus trabajadores de viviendas higiénicas y sanas, la donación de una parcela de tierra insignificante donde pueda establecer el obrero rural de un modo permanente el asiento de su hogar, — ¿ cómo puede hablarse de higiene de los trabajadores del campo ?

Las deficiencias de alimentación, por la falta de productos agrícolas, — la insalubridad del rancho, que carece en absoluto de condiciones higiénicas, la frecuentación de las pulperías, la pésima calidad del agua de beber, — la costumbre anti-higiénica por excelencia del mate en común con su cortejo de contaminaciones infecciosas (sífilis, tuberculosis), etc., hacen tan peligrosa y mala como en las ciudades la vida del habitante rural, a pesar de que, a prima facie, esto pudiera parecer paradojal.

VII.

SINTESIS

Tales son, a grandes rasgos, las causas primordiales que conspiran permanentemente en nuestro país contra la salud de la

población y aumentan progresivamente y a pasos rápidos las deficiencias orgánicas de su naturaleza.

. El problema está así planteado a los ojos de todos. Su gravedad resalta con la sola exposición de los hechos. No se trata de circunstancias aisladas, de factores secundarios y temporales que puedan traer perturbaciones más o menos delicadas para la salud pública. Es la masa entera de nuestra población que por lamentables errores, negligencias mil veces culpables, cae poco a poco en un estado de inferioridad física notoria, haciendo peligrar el futuro de la raza y su misma potencialidad intelectual y moral, desde que es un hecho comprobado y evidente la relación directa y precisa que existe entre la salud física y la salud intelectual, entre el cuerpo y la mente. La facultad de pensar, que es también un fenómeno fisiológico sometido a leyes físicas, invariables, de nada serviría sin la voluntad de obrar, sin la fuerza del querer, que transforma el pensamiento en acción, que mueve la idea y la anima, como el escultor que, al modelar la materia inerte, hace surgir con los chispazos de su genio el símbolo que perpetuará su nombre a través de las generaciones y los siglos. Y esa fuerza del querer, ese impulso que vivifica la idea, que la moviliza y la aplica, es del dominio del organismo sano y fuerte, pleno de energías que no sabe de obstáculos ni de peligros cuando trata de realizar y de hacer.

¿Qué porvenir puede, pues, esperar a una raza en que sus malas condiciones de existencia va agotando poco a poco, lenta pero constantemente, las fuentes mismas de su fortaleza física, de donde emana su potencialidad intelectual y moral?

Conglomerado sedimentario, formado al unión formidable de muchos pueblos y muchas razas que han acudido arrastrados por las aguas promisorias de la esperanza, en busca de El Dorado de sus ilusiones, — la población nacional se formó fuerte y sana al choque de estos elementos dispersos, reunidos y mezclados en la extensión de su tierra vírgen, pronta para entregarse al rudo trabajo del labriego con las ansias de su fecundidad inaudita. Y así se formó, al amparo de un clima benigno y saludable la recia contextura del paisano antiguo, que por las circunstancias especiales del ambiente, debió vivir en gigantesca lucha con la naturaleza toda, en una bravía

labor que torneó sus músculos e hizo de él un organismo rudo y fuerte como la naturaleza que le rodeaba.

La población de las ciudades, en su vida sencilla y más sana, más en contacto con los agentes naturales, menos convencional o artificiosa, menos *civilizada*, según el vastardo valor que se da hoy a este término, — se modeló también de acuerdo con estas condiciones exteriores y dió a luz esa raza robusta y sana de nuestros mayores, de larga vida, activa y útil a que nos referimos hoy con la nostalgia de las cosas que fueron.

¿En qué forma y de qué manera esta población ágil y fuerte fué perdiendo paulatinamente su potencialidad física y reduciendo la duración media de la vida, — es lo que hemos tratado de explicar al referir en los parágrafos anteriores las principales causas originarias de este malestar físico de nuestra población, que conducirá fatalmente a la ruina completa de su potencialidad productora, de sus energías para el trabajo y para la acción, — sino se pone remedio a este grave mal, — y no se busca abrir de nuevo las fuentes vitales al exponer sinceramente y con la franca rudeza del que sólo se inspira en el bien, toda la amarga verdad de una triste y penosa realidad.

Los factores que hemos expuesto subscintamente, ejercen su maléfica obra desde hace lustros ya. Los males causados se han agravado y recrudecen día a día. Es menester ponerse, pues, a la obra sin perder un segundo. Después sería quizá demasiado tarde ya. El porvenir de nuestra raza lo exige hoy perentoriamente. ¿Desoiremos esa voz y nos dejaremos sumir en un *laissez-faire* criminal y absurdo?

2.ª PARTE

EL PROBLEMA DE LA EDUCACION FISICA

VIII

EL PROBLEMA DE LA EDUCACION FISICA ES ANTE TODO UN PROBLEMA SOCIOLOGICO

A primera vista, surge de inmediato, a fin de conjurar el terrible peligro de la degeneración de la raza,—la necesidad

de fomentar el cultivo de las fuerzas físicas a fin de robustecer el cuerpo de la población y evitar los males de su debilitamiento sucesivo. Sin embargo, el problema encarado así con su criterio absolutamente simplista, conduciría a conclusiones erróneas y a veces totalmente contraproducentes.

El problema del mejoramiento de la potencia física de una población, comprende en realidad tres grandes etapas. Una sola de ellas, aislada, dislocada de las otras, sólo nos conduciría a resultados de un valor problemático, insignificante o nulo.

El mejoramiento físico de la población es, en primer lugar, un problema de índole sociológica. En efecto, de nada valdría tratar de robustecer por el fomento y la difusión de actividades físicas diversas, lo que constituye hoy la denominada educación física,—si contra ese posible robustecimiento de los individuos sometidos al tratamiento, obraran infinidad de factores que anularan su acción benéfica o la tergiversaran totalmente. Es necesario, pues, en primer término, modificar las condiciones en que se desarrollan y viven los individuos, para mejorarlas desde el punto de vista higiénico, y para acercarlas a las que la Naturaleza ofrece espontáneamente y de las que se ha distanciado el hombre moderno, y entre ellos el habitante de nuestras ciudades y aún el de nuestros campos. Modificadas, reformadas y ampliadas las condiciones de vida de cada individuo,—se habrá mejorado ya los defectos que abruman su físico y lo alteran, que lo desmejoran y lo empobrecen. Se habrá preparado el terreno para la aplicación del remedio, que es lo mismo que comenzar desde ya el ataque contra el mal,— con médico que fortalece la naturaleza del enfermo en la seguridad de que es ese el mejor sistema para que la medicina prescripta surta entonces todos sus efectos benéficos.

Por eso hemos dicho que el problema de la educación física es ante todo un problema sociológico. En la imposibilidad absoluta en que nos hallamos hoy de volver a las formas antiguas de la vida, porque las nuevas necesidades y las nuevas modalidades del ser colectivo, exigen su modificación incontestable e ineludible,—debemos, por lo menos, tratar de mejorar en

lo posible el remedio de vida, higienizándolo, depurándolo, *naturalizándolo*,—¿y cómo conseguir todo esto?

Introduciendo por la obra del legislador y del estadista todas aquellas modificaciones de carácter social que conduzcan al fin propuesto. No sería necesario mencionarlas, pues se deducen de lo anteriormente escrito, pero podemos referir las siguientes: construcción de viviendas higiénicas, con luz, con aire y con sol;—saneamiento de las poblaciones;—uso ilimitado del agua;—baños populares gratuitos;—difusión y conocimiento de los preceptos de la higiene sexual;—parque públicos de recreo con arboledas y de fácil y económico acceso;—prohibición absoluta del expendio de bebidas alcohólicas, de su importación y producción;—higienización y salubrificación del trabajo proletario;—construcción de casas económicas para obreros;—supresión del infecto conventillo;—obligación legal para los propietarios rurales de construir casa higiénicas para sus trabajadores;—concesión de descansos periódicos a los obreros urbanos con goce de sueldo, completada con la fundación de la colonia de vacaciones para los mismos;—mejoramiento de la alimentación de los obreros, con la exoneración de gabelas e impuestos a los artículos de primera necesidad y la obligación por parte de los propietarios rurales de destinar parte de sus predios a la producción agrícola;—supresión de los prostíbulos o las casas de tolerancia reglamentadas; etc., etc.

Todas esas reformas se refieren a la modificación del medio social en que vivimos y nos desenvolvemos.

Esta sería la primera etapa del mejoramiento físico de la población. La obra sería y continuada y fortalecida por el cultivo de las propias fuerzas físicas de los habitantes en la forma que vamos a expresar enseguida. Pero su acción no estaría estable y definitiva sino se tratara luego de conservar el mejoramiento obtenido. Y aquí entramos en la tercer etapa. Asegurar para el futuro, la acción benéfica desarrollada en el niño y en el jóven por el cultivo de las fuerzas físicas, para hacer permanente su resultado y para evitar que el abandono y el tiempo destruyan la obra realizada a costa de tan grandes sacrificios.

En resumen, pués, estas son las etapas sucesivas del problema de la educación física:

1.º Reformas de carácter social que deben introducirse en el medio ambiente, a fin de mejorar las condiciones de la vida urbana y rural y hacer posible el mejoramiento físico de la raza.

2.º Establecimiento de la educación física integral, de acuerdo con un vasto plan que haga posible el más completo perfeccionamiento físico de la población, en armonía con los preceptos modernos de la educación nacional.

3.º Adopción de severas medidas que mantengan y conserven el bienestar físico de la raza obtenido en las dos etapas anteriores.

IX

LA EDUCACION FISICA INTEGRAL

Para obtener los más amplios resultados, todos los que sean compactibles con su proceso educativo, es necesario llegar al establecimiento de la educación física integral. Debe entenderse por tal a la que se desenvuelve durante todo el período de desarrollo del organismo hasta llegar a la edad adulta y que alcanza indistintamente a los elementos de todas las capas sociales.

La educación física, tal como ha sido encarada hasta el presente, adolece de un vicio fundamental orgánico: es esporádica, aplicada sin plan, sin método, y sus alcances son enormemente restringidos.

La educación física integral forma un conjunto armónico con la educación general. No es una rama de ellas, de secundaria importancia, de aplicación limitada, reducida generalmente a ejercicios físicos mal orientados y dirigidos. Es la educación misma en su faz primordial, y como tal debe ocupar, no el puesto subalterno que se le concede hoy, sino el primer lugar en el desenvolvimiento de todo sistema pedagógico de enseñanza.

El concepto equivocado que ha presidido este desprecio por la educación física en casi todos los países, y podemos asegu-

rar que en todos ellos, sin excepción, si nos atenemos a la verdadera educación física que denominamos integral,—se ha basado en el desconocimiento de dos puntos fundamentales:

1.º La materia que comprende la enseñanza física y los horizonte amplísimos que le están reservados.

2.º La función de la educación física dentro de la educación general.

En cuanto al primer punto, la creencia generalizada asigna a la educación física como único fin el de desarrollar el sistema muscular del individuo. Y es este el primero y fundamental error. La educación física no se propone solamente desarrollar la musculatura individual y el aumento económico de las fuerzas. Se confunde lastimosamente el medio con el fin. El objeto a que conduce la educación física es el de buscar por la armonía funcional de todos los órganos, el perfeccionamiento físico, intelectual y moral del individuo.

Sería paupérrima la acción de la educación física si sólo condugera al aumento material de la masa muscular de los hombres. Su función sería entonces realmente secundaria y parcial.

Pero no es este su verdadero concepto. El individuo debe ser un conjunto, un todo armónico, en el que obren en perfecta correlación todos sus órganos. Sólo así alcanzará su perfeccionamiento más completo y elevado.

Una máquina en que sus distintas partes obraran en desacuerdo, no podría funcionar, o si lo hiciera, el trabajo útil desarrollado llegaría a cantidades despreciables. El hombre debe ser considerado como una máquina. Sus órganos deben funcionar armónicamente. ¿ Es esto lo que sucede en la realidad de los hechos ?

El hombre de ciencia que trabaja en el silencio del bufete, e inmóvil sobre su silla de labor durante una gran parte de las horas del día, — el empleado, el industrial, el comerciante, el profesional que ejecutan su trabajo sedentario todos los días, el escolar o el estudiante obligados a permanecer quietos durante largas y pesadas horas de clases, — al dar preferente empleo a la actividad mental, descuidan el funcionamiento regular de otras actividades físicas, lo que determina la desarmonía

en el funcionamiento general del organismo entero. La máquina humana se resiente y decae.

Toda exaltación funcional, pues, significa un desmejoramiento físico, y como la inteligencia guarda estrecha relación con las fuerzas vivas del organismo, puesto que no es sino una de ellas, este desmejoramiento importa así mismo un decaimiento intelectual, a pesar de que el impulso de esta exaltación pueda crear durante un tiempo una hiperestesia cerebral que aparente un desarrollo o crecimiento intelectual efectivo.

La educación física busca, pues, la armonía funcional del individuo. Este concepto amplía su esfera de acción y sorprenderá seguramente a los que no se han detenido a reflexionar un instante sobre el verdadero significado de la educación física. Podemos decir más. Si se creyera que al solo desarrollo de la masa muscular, está reducido el fin de la educación física, sería incurrir en su negación misma. El desarrollo muscular excesivo, pueden ser y son amenudo causa de degeneración y orígen de perturbaciones patológicas graves. La educación física integral debe oponerse, pues, a tales desórdenes orgánicos. El atletismo, entendiendo por tal al cultivo de la fuerza muscular y a su aumento como fin de las actividades exigidas al organismo, debe ser condenado en absoluto en nombre de los principios directores de la educación física integral. Sin embargo, ¡cuán grande no es el número de los que creen todavía que el fin y desideratum de la educación física consiste en llegar a formar atletas, hombres vigorosos capaces de desarrollar actividades musculares extraordinarias y anormales!

Buscar la armonía funcional tal es el fin de la educación física, y por ello su alcance no se limita, como sucede generalmente hoy, sostenido por el falso concepto sobre su verdadero significado, — a tomar al jóven para someterlo a una educación parcial y limitada, sino que su obra se desenvuelve y alcanza al individuo desde el momento de nacer, y aún antes, puede decirse, en la preparación física de la mujer que ha de ser madre, — lo sigue hasta que llega a la edad adulta y lo acompaña todavía, hombre ya, en esa etapa postrera de conservación y mantenimiento de la armonía funcional conseguida.

El fin de la educación física se puede descomponer en una triple función, que no encierra, como se ha visto ya, sino una sola: el funcionamiento armónico de todos los órganos.

1.º Completar y corregir el desarrollo físico del individuo y alcanzar su más alto perfeccionamiento.

2.º Conseguir mediante este perfeccionamiento, el funcionamiento armónico y solidamente establecido en la potencialidad física, de las facultades intelectuales del individuo.

3.º Desenvolver en el individuo, en el pleno goce de todas sus facultades, la *idealidad* moral que hará de él un elemento útil y de provecho para la sociedad en que vive.

Este triple aspecto de la educación física se obtiene: el primero con la inmediata aplicación de los sistemas de ejercicios corporales, y los dos últimos se forman a consecuencia de la aplicación del primero, son sus corolarios, y le sigue en las sucesivas etapas de su desenvolvimiento.

El segundo error de concepto se refiere al desconocimiento absoluto que se tiene respecto del rol que representa dentro de la enseñanza general, la educación física.

Todo sistema racional de enseñanza, debe comprender la educación física. Y debe comprenderlo por una razón fundamental, que convierte a la enseñanza física en la rama esencial de todo buen sistema de enseñanza. Sería inútil y perjudicial practicar la enseñanza de las distintas ciencias, descuidando la educación física que, como acabamos de decirlo completamente aquella. Una enseñanza racional debe atender a la cultura y desenvolvimiento del conjunto armónico que constituye la persona humana. Educar es así desarrollar en el hombre que comienza a vivir, dirigiéndolas y perfeccionándolas, todas las facultades que completan o integran su organismo: las físicas, las intelectuales y las morales.

Si es necesario instruirle y darle los conocimientos científicos que le ayudarán a comprender la Naturaleza y a dirigirse en la vida, es necesario también, y en el mismo grado, que sepa perfeccionar su organismo, atendiendo el juego armónico de todas sus funciones. De nada le valdría conseguir lo primero, si descuidara lo último. Su grave falta, en la que han incurrido hasta hoy, con parciales y limitadas excepciones,

todas las naciones cultas de la tierra, lo conducirá al decaimiento y a la ruina. Instruir, y llamo a esto atiborrar la mente de los jóvenes de conocimientos científicos más o menos necesarios, no es educar. Y la enseñanza, toda enseñanza que se llame racional, debe ser ante todo educativa. Dar conocimientos a la mente, sin preparar y cuidar el cuerpo del que forma parte integrante, — es lo mismo modelar artísticas y lujosas fachadas en casas interiormente antihigiénicas, y míseras, — o querer recoger un buen fruto de la simiente arrojada al azar del volco, sin la previa y necesaria preparación de la tierra.

He aquí el vuelco que es necesario dar a la enseñanza moderna. Hasta ahora ha tenido presente sólo el desarrollo cerebral intensivo, a base de almacenamientos científicos; en adelante deberá comprender el conjunto entero y armónico de la persona humana, tenderá a desarrollar todas sus facultades y hacer verdadera la fórmula del latino «mens sana, in corpore sano».

Es innecesario decir que este concepto erróneo de la educación integral, reposa sobre el concepto erróneo en que se ha fecundado hasta hoy la enseñanza científica o mental. En vez de poner al jóven alumno en contacto con la Naturaleza para que él mismo, formando y modelando sin violencia su propia personalidad, pueda extraer los conocimientos que le servirán luego para dirigirse en la vida, — la enseñanza ha sido comprendida como una máquina que debe suministrar al alumno un *quantum* de conocimientos determinados ya previamente, sin tener presente para nada sus condiciones naturales y el medio que lo rodea, — depósito de *verdades hechas* contenidas en los textos y que debe repetirse mecánica e inconscientemente la mayor parte de las veces, en esos actos, que constituyen la tortura de los alumnos, destinados a juzgar la adquisición forzada de materia científica, a lo que llamamos pomposamente exámenes y concursos.

La educación integral, pues, que comprende el desenvolvimiento de todas las facultades del hombre, nos permitirán obtener generaciones físicamente fuertes, y como tales, capaces del más amplio desarrollo intelectual y moral....

X

LA EDUCACION FISICA EN LA EDAD PRE-ESCOLAR

Desde su nacimiento el cuidado físico del niño debe ser rigurosamente atendido.

Las deformaciones o anomalías que suele presentar su físico será necesario corregirlas desde el primer instante. El descuido o la negligencia de tales deberes por parte de los padres, puede conducir a una deformación permanente del organismo. La responsabilidad paterna comienza, pues aquí,—y es, por cierto, en esta edad de las más serias y graves.

Pasado el período de lactancia el niño comienza su vida pre-escolar. En ella debe observarse ya la educación integral del nuevo ser. Es deber de los padres presentar a la escuela, niños bien conformados y desenvueltos físicamente. La tarea escolar será así aprovechada en su máximo grado. Un niño débil en la escuela, es un alumno que no puede ser dirigido y encaminado sin una previa preparación que lo habilite para realizar normalmente su trabajo, o si se descuida esta preparación, que es lo corriente, se le conduce fatalmente a su degeneración física e intelectual. Habremos multiplicado así el número de los lisiados en la lucha por la vida, de los que vienen ya desarmados y vencidos al combate recio, de los que sólo serán hasta su muerte piltrafas morales, gérmenes nocivos o deshechos miserables destinados a vegetar en el fondo mismo de la sedimentación social.

No es posible realizar, por la corta edad del niño, ejercicios físicos reglamentados, o preestablecidos o ejecutar la educación física en comunidad. Son los padres los que, vigilando constantemente, sus recreos y sus juegos, han de dirigir estos sin violencia alguna, naturalmente, a la consecución del fin perseguido. Fortalecer su físico, corregir sus deficiencias, son tareas fundamentales que se descuidan hoy lamentablemente. Y cuando el mal se agrava o la enfermedad aparece, haciendo víctima al pobre ser debilitado, fácil presa para todos los males, entonces se recurre al médico para que haga el prodigio de

convertir en robusta y sana, una naturaleza física endeble y pobre cuyo cultivo se omitió incurriéndose en uno de los más graves errores y en una de las más serias responsabilidades.

El niño del rico, encerrado en su casa, exageradamente preservado de la intemperie y de los agentes naturales por una mal entendida educación,—crece y se desarrolla en un ambiente artificioso e irracional como planta de invernáculo, que agosta su naturaleza física y lo convierte en un ser enclenque y enfermizo.

El hijo del pobre, más en contacto con los agentes naturales y sin esos cuidados perniciosos,—sufre, no obstante, la falta del buen aire encerrado en tugurios antihigiénicos o en malsanos conventillos. A unos y a otros, les falta en absoluto la atención del desenvolvimiento físico de sus delicados organismos. Jardines y parques para recreos y juegos, casas higiénicas para que los hijos de los obreros puedan desenvolverse y fortalecer su cuerpo como lo exige imperativamente el porvenir mismo de la raza: he ahí lo que necesitamos.

Y a los padres de los unos y de los otros, un conocimiento aunque fuere elemental, de los deberes que le incumben y de la forma racional y lógica como deben contemplar y atender el crecimiento físico de sus hijos. Es esto necesario si se quiere prevenir, desde sus comienzos, la fatal degeneración física a que conduce la omisión de la educación física del niño en su edad pre-escolar.

Se deben multiplicar los folletos, las publicaciones de toda naturaleza que vulgaricen todos estos conocimientos esenciales y preserven a la sociedad de gravísimos males futuros. Y hasta cabe realizar, entre la población pre-escolar, inspecciones técnicas que aconsejen y obliguen a realizar la obra necesaria para obtener el perfeccionamiento físico del niño en este período de su vida.

La multiplicación de los jardines de infantes, en que se retiene a los niños antes de la edad escolar, siempre que esten fundados exactamente en el principio que les dió vida, es decir, en la educación preparatoria del niño mediante los juegos y recreos de toda clase al aire libre en espacios abiertos, amplios y arbolados,—no en salones de clases que, aproximando al

niño a la escuela, desvirtúan y desnaturalizan el principio anulándolo,—sería un medio poderoso y eficaz para realizar esta grande y útil obra de preparar el desarrollo físico de los niños, especialmente de los que, por las males condiciones económicas de los padres, se hallan privados de un desarrollo corpóreo normal, ante las deficiencias notorias del medio ambiente en que crecen y viven.

XI

LA EDUCACION FISICA DEL NIÑO EN LA EDAD ESCOLAR

Llegamos aquí a la parte fundamental del problema. La exposición anterior ya nos ha demostrado la necesidad de prevenir las defectuosas condiciones en que generalmente se desarrolla la vida del niño, mediante la reforma del medio a fin de que permita una mayor contemplación de las prescripciones de la higiene y un ajuste estricto a todas las leyes naturales. Y nos ha demostrado también la necesidad de aplicar en toda su extensión y máxima amplitud los principios bien entendidos de una educación física integral.

Llegado a la edad escolar, el niño se halla listo entonces para recibir la educación que anteriormente esbozamos. No deberá comprender tan solo, como la generalidad de los países lo ha entendido hasta hoy,—la instrucción intelectual y libresca del alumno. Es la educación completa e integral a la que debe someterse el niño para alcanzar su perfeccionamiento físico, intelectual y moral.

Los largos horarios de las escuelas, interrumpidos apenas por recreos breves realizados a la vista del profesor y demasiado metodizados,—la acumulación de niños dentro de salones cerrados durante horas y horas, sometidos a una disciplina férrea, a una inmovilidad casi absoluta, que contraria las necesidades fisiológicas naturales del niño, en el que todo es movimiento, agitación y vida, las lecciones teóricas y generalmente fatigosas basadas en la repetición de textos llenos de palabrerío hueco y de frases sin sentido para la mentalidad infantil,—la obligación de someterse a esta tortura diaria du-

rante algunas horas de la mañana y de la tarde por el sistema de clases repartidas en dos secciones, una antes del medio día y otra en las horas siguientes,—lo que aumenta el mal ejercido por la deplorable enseñanza teórica y abstracta;— la costumbre de señalar ejercicios y lecciones para desarrollar y aprender en la casa, lo que intensifica los deplorables efectos de esta inobservancia de las leyes naturales que presiden el desarrollo del niño, todo estos errores todos este enorme cúmulo de costumbres y usos tradicionales contra los cuales la moderna ciencia pedagógica, libre de perjuicios y de trabas, recién comienza a atacar y desmenuzar, han retardado la comprensión exacta de lo que debe ser una verdadera enseñanza si ha de merecer el nombre de tal.

Y en medio de este conjunto de errores pedagógicos de que ha adolecido y adolece aún la enseñanza moderna,—el descuido casi completo de la educación física, que es la base única de toda enseñanza y la que puede permitir la realización efectiva de la educación integral,—pone su nota cruel en esta concepción errónea, por la formación de una niñez debilitada y físicamente deficiente sobrecargada por un material científico, o seudo-científico, real y positivamente abrumador. Se descuidan así, por el impulso de este torrente de perjuicios y de errores, la educación física del niño, que hará de él un ser ampliamente capaz de esa idealidad mental que debe ser, con una voluntad consciente y firme, los desiderata de una verdadera concepción pedagógica.

La reacción es, pues, evidente y necesaria. Debemos sentar sobre bases naturales la enseñanza integral del niño. Y esta obra dependerá del cumplimiento de dos condiciones:

1.ª Descargar la mentalidad infantil del fardo inútil y nocivo de una enseñanza a puertas cerradas, librescas y vanidosa.

Esos programas y esos textos con lo que se pretende dar a cada alumno, no importa cuales sean sus condiciones de vida, las modalidades de su ser, sus fuerzas físicas e intelectuales, una misma «masa» de conocimientos embutidos a la fuerza,—deben dejar paso a una enseñanza que aproxime el niño a la Naturaleza, que lo ponga en contacto con los agentes naturales, con la vida misma, en una palabra, alejándolo del

peligro de concebir las cosas de un modo distinto a como son en realidad,—y que le permita también ser el agente, el nervio, el centro de su propia educación, y no el repetidor subordinado a las ideas y los conocimientos cristalizados en los textos a modo de verdades inmutables y eternas.

2.ª Contemplar y considerar desde el primer momento de la vida escolar la necesidad de desenvolver enteramente al niño, ayudándolo en su desarrollo, mediante la aplicación exacta de la educación física integral.

Los ejercicios físicos deben ocupar un lugar preferente y fundamental en una buena enseñanza primaria. La obra que el hogar realiza incompletamente, deficientemente, en la mayoría de los casos, por las malas condiciones económicas e higiénicas del hogar proletario, y por el desconocimiento de las reglas naturales de la higiene en el hogar del rico,—debe efectuarla la escuela. Para ello, es necesario ante todo establecer en el programa de enseñanza la realización de la educación física en toda su extensión y no esas breves palabras que se pierden en un rincón de eruditos y formidables programas de estudios, que o no se cumplen o se realizan en medio de la indeferencia y el desgano de autoridades, profesores y de alumnos.

Un buen curso de ejercicios físicos debe tener sus raíces en la consideración de que su objeto es precisamente el favorecer y ayudar el desenvolvimiento integral del organismo-niño. Nada, pues, de ejercicios físicos a base de atletismo, que sólo sirven para originar un desarrollo excesivo y anormal de ciertas masas musculares. El funcionamiento regular de todos los órganos exige que se contemplen a la vez todos los factores que han de formar y constituir en definitiva el armónico y regular funcionamiento del organismo humano, el que será llevado así al máximun de su producción y aprovechamiento. En una palabra, habremos consolidado una nacionalidad, perpetuado a una raza, abierto a la luz de la civilización y del progreso, la acción entera de un pueblo sano, inteligente y honesto.

Sobre esas bases, es necesario fundar la educación física del escolar,—que no será sino una parte de su educación

integral, pero lo esencial por naturaleza porque es incocebible exigir de una máquina cuyos ajustes se hallan mal y cuyo funcionamiento es por tanto irregular e incompleto, el máximun del rendimiento útil.

XII

COMO DEBE REALIZARSE LA ENSEÑANZA INTEGRAL

La instrucción física de la niñez en edad escolar, debe realizarse natural y lógicamente por intermedio de la escuela.

Es en ella donde deben consumarse y llevarse a la práctica los principios que hemos expuesto.

La escuela debe preocuparse ante todo de su local. Es indiscutible que para realizar la enseñanza en la forma que hemos señalado, la práctica generalmente seguida de encerrar a los niños dentro de edificios de poca capacidad, con pequeños espacios libres, sin suficiente aereación, y en medio de la atmósfera impura e inadecuada de los grandes centro urbanos, es naturalmente y en grado superlativo deficiente, perniciosa y de resultados negativos. No es posible hablar de educación física integral, mientras se adopte con una despreocupación inhumana,—el viejo local de la escuela encerrada entre cuatro paredes, con algunos patios o espacios reducidos donde los niños deben correr y jugar en los escasos minutos dedicados al recreo bajo el ojo avisor de maestros y directores. No es posible hablar de educación integral, mientras se siga creyendo que la forma de hacer hombres sanos, instruidos y conscientes, ciudadanos del porvenir,—es ese encierro o enclaustramientos del niño en locales sin condiciones higiénicas de naturaleza algunas.

Es en vano que, se construyan grandes edificios, de elevado costo, suntuosos y de artísticos lineamientos,—si la idea matriz, si el principio que informa su realización es enteramente equivocado y malsano. No son grandes salones, lo que se necesita, ni grandes corredores cubiertos, ni patios de recreos limitados por cuatro altas paredes y que reciben el aire ya viciado de la ciudad que ostenta tales escuelas orgullosa y

presuntuosamente. Lo que se necesita, lo que exige los bien entendidos principios de la educación integral,—es el éxodo de la escuela moderna hacia los campos vecinos, hacia los grandes espacios libres, hacia los terrenos que el sol baña todo el día y que el aire puro y oxigenado de las campiñas barre sin cesar,—es el éxodo de la escuela urbana, pobre de aire y de sol, enclaustrada en medio de la ciudad que trabaja,—hacia la naturaleza misma, donde los agentes que le son propios hablen al niño el lenguaje elocuente, vivaz y sincero de sus misterios o de sus fenómenos, y no la charlatanería insulsa, teórica y libresca de la enseñanza adocenada, disciplinada, militarizada, de los vastos programas oficiales y de sus ejecutores inocentes.

Trasladémos, pues, la escuela urbana y acomodemos su funcionamiento, en cuanto sea posible, al medio en que realiza su obra la escuela rural que besa el sol de las cuchillas y cuyo aire reune la brisa de los campos, abiertos a las ansias de trabajo y a las meditaciones de las ciencias.

Pongamos al niño en contacto con la Naturaleza porque es ella la fuente de toda instrucción realmente valedera y científica. Coloquémosle cerca de los fenómenos de que los libros de textos deben hablarle, no para imponerle sus dogmas, sino para despertar él eterno e infatigable deseo del hombre de penetrar lo que ignora, el saber el porqué de las cosas, la causa de todo lo que rodea. El niño que oye, que ve, que palpa por sus propios sentidos, lo que debe saber para ser útil y poder desenvolverse,—es un niño a quien se arma caballero desde jóven para las luchas tempestuosas de la vida. Formará su personalidad, cimentará sus conocimientos lógica y naturalmente, integrará su yó con las facultades inestimables de la observación y del análisis,—educará su voluntad;—será eje y centro de su propia actividad y no el eterno repetidor de nuestra escuela tan llena de prejuicios como de vacuás y vanidosas pretensiones. Los profesores completarán la obra educativa realizando frecuentes y contínuas excursiones escolares por los alrededores, observándolo todo y valiéndose de la Naturaleza misma para hablar de sus fenómenos y de sus causas. Profe-

sores que serán entonces verdaderos directores de la educación de sus alumnos, a quienes ayudarán y encauzarán en su desenvolvimiento personal, sin destruir sus energías, con masas de conocimientos abstratamente adquiridas, y que son, en último resorte, deformantes de su actividad mental y física, destructores de su propia personalidad, anuladores de su voluntad, la facultad primera que debe integrar la persona humana si ha de ser realmente una máquina de actividad definida y propia.

La instruccin podrá hacerse en estas condiciones de la manera más armónica y completa. El niño aprenderá y se desarrollará en un ambiente moral y físicamente superior. Las ventajas indiscutibles de las escuelas y colegios ubicadas en el campo son, pues, evidentes y notorias. Por eso los países de habla inglesa han adoptado el sistema de establecer sus grandes centros de enseñanza fuera de las agrupaciones urbanas. Sus más célebres colegios y universidades se hallan distribuídos así, fuera del contacto malsano de las ciudades.

No entra en las fronteras de este trabajo el establecer la forma como podría cumplirse este desideratum. Pero es incuestionable que la realización de un programa de esta naturaleza sería fácilmente llevada a cabo. Los tranvías y demás medios de transporte urbanos, podrían llevar gratuitamente a los niños, en coches especiales, hasta la sede respectiva de sus escuelas. Y traerlos luego, cuando han terminado sus tareas, a la ciudad de donde salieron, — con el espíritu lleno de agradables sensaciones, con sus pulmones oxigenados por el aire de las afueras, su corazón dilatado por el ejercicio sano y libre, deseosos de volver al siguiente día al lugar placentero de sus estudios, que no será ya el odioso enclaustramiento y la anti-higiénica inmovilidad y monotonía de la escuela urbana.

Si suponemos, pues, satisfecho este primer requisito: el funcionamiento de las escuelas en regiones convenientes, quedaría a resolver la forma como debe consumarse la educación física del niño.

Dejamos de lado, por haberlo expuesto ya, aunque someramente, las grandes reformas que sería menester introducir en la enseñanza de las distintas ramas de la ciencia para poder

amoldar esa enseñanza a los principios fundamentales e inequívocos de la educación integral.

Observaremos sólo lo que se refiere a la forma como debe desenvolverse la enseñanza física de la niñez.

XIII

REALIZACION DE LA ENSEÑANZA FISICA.

Tres sistema se disputan hoy el predominio en el campo de la enseñanza física.

Esos tres sistemas, por los países que los han adoptado, pueden clasificarse así:

1.° El método francés; 2.° el método sueco; 3.° el método anglo-sajón.

Debemos observar desde luego que los países latinos, con excepción de Francia, han olvidado y despreciado la consideración de este problema que es, no obstante, fundamental para la formación y el porvenir de la raza. Y lo es tanto más en nuestras nacionalidades latino-americanas, por cuanto en razón de hallarse constituída sus poblaciones por el aporte sedimentario de muy distintos pueblos y razas, la fortaleza física de sus componentes no puede obtenerse sin la contemplación más detenida de los factores que alteran su vitalidad y la realización en la más vasta y completa escala de la educación física de sus niños y jóvenes. De este choque de antagónicos o encontrados caracteres fisiológicos, surgen múltiples causas morbosas de degeneración, que deben de detenerse y prevenirse a tiempo. Sólo la educación física integramente realizada podrá fortalecer y robustecer, esta masa amorfa y heterogénea que constituye con sus innumerables facetas, el fondo mismo de nuestras poblaciones americanas.

Los caracteres generales del régimen francés, pueden resumirse así:

Educación física realizada por medio de aparatos en gimnasios, generalmente cerrados.

Los ejercicios tienden al cultivo y desarrollo de ciertas masas musculares en perjuicio y detrimento de las restantes.

Son especialmente ejercicios de brazo y torácicos. Se realizan metódicamente y son, por esto mismo, fatigosos, poco interesantes y carentes en absoluto de emotividad. Su realización en locales cubiertos los hace eminentemente anti-higiénicos.

Los caracteres del régimen sueco, o sistema de Ling, son principalmente:

Realización de la educación física mediantes aparatos especialmente elegidos en vista de los resultados fisiológicos que deben alcanzar. Desarrollo armónico, por medio de ellos, de todos los órganos y partes del cuerpo. Los ejercicios son graduados y no exigen gastos excesivos de fuerza que puedan conducir al atletismo. Existen también los ejercicios realizados sin ninguna clase de aparatos. Son ejercicios de conjunto efectuados al aire libre, o en locales bien ventilados e higiénicos.

Los caracteres del sistema anglo-sajón son:

Educación física realizada libremente, sin sujección a normas o reglas, por la práctica de los ejercicios y deportes de toda clase.

Se realizan siempre al aire libre y se desenvuelven en el máximo posible de emotividad y entusiasmo.

Resumiendo la crítica que estos sistemas han provocado, podemos observar perfectamente que el sistema francés debe ser considerado hoy como anti-natural y poco higiénico. Conduce ese plan a la deformación y al atletismo.

El plan sueco es más natural e higiénico y los preceptos fisiológicos son rigurosamente observados, pero la forma como se realizan los ejercicios, los hace poco interesantes y no desenvuelven el entusiasmo del niño.

Por eso, el sistema anglo-sajón es el preferible. Altamente emotivo, conduce a los fines perseguidos por la educación física de la manera más completa. Desarrolla el organismo, fortalece el cuerpo, robustece el carácter y la voluntad porque el niño anglo-sajón es el centro de su propio esfuerzo y es el responsable de su desenvolvimiento físico. El sólo se dirige, el adopta el aporte más adecuado y más en armonía con su temperamento y sus fuerzas. Hace el niño anglo-sajón en la práctica de la vida del deporte, la práctica de su propia y futura vida. El organiza sus clubs, y en cada escuela, en cada Uni-

versidad, todos sus alumnos rivalizan en el afan constante de practicar los juegos y ejercicios físicos, que les permite desenvolver sus energías físicas y morales libre y ampliamente.

Pero, si en Inglaterra y en Estados Unidos basta esta inclinación natural, hacia los deportes, trasmitida por herencia, no sería en manera alguna eficaz dentro de las modalidades y estructura de los países latino-americanos. El sistema inglés sería notoriamente insuficiente y defectuoso si pretendiera establecerse, sin más trámite, en nuestro país.

Debemos, pues, buscar la combinación de este plan sugerente por si mismo, con los principios adoptados por Ling. Un buen sistema racional y lógico, debe contemplar, por consiguiente, los siguientes extremos:

1.° La adopción del sistema sueco de educación física para todas las escuelas del país. Los ejercicios, preferentemente sin el uso de aparatos, deben ser realizados al aire libre, tanto en verano como en invierno, — y deben ser cuidadosamente observados para que todos, sin esfuerzos excesivos, puedan seguirlos y realizarlos.

La educación física por los ejercicios de Ling debería ser suministrada todos los días de acuerdo con el horario de clases y recreos que fuera adoptado,—el que, como ya hemos observado,—debe ser profundamente modificado: reducidas las clases en salones cerrados al mínimun imprescindible;—multiplicadas las lecciones al aire libre, contemplando la naturaleza;—aumentados los recreos y horas de descanso; — facilitadas las excursiones y paseos escolares, etc., etc.

Estos ejercicios prepararían al cuerpo de los escolares al ejercicio libre de los deportes y juegos, que, en ciertas horas del día y obligatoriamente dos veces por semana,—para lo que podrían dedicarse dos tardes, deberían ser practicados por los alumnos de las escuelas, agrupados en clubs o asociaciones por ellos mismos dirigidos y fiscalizados por los directores y profesores de enseñanza primaria.

Esta fiscalización es muy necesaria para evitar los defectos que ofrece la forma como se realiza la práctica del football y algunos otros juegos atléticos en el país. Sólo se ejercitan en ellos, los jóvenes los días de asueto y llegan en la práctica de

ellos hasta la fatiga y la sofocación. La falta de medios higiénicos, por otro lado, agrava el mal de estos ejercicios pésimamente realizados y peor aprovechados.

Sólo en las escuelas y dentro de su organización, es posible tener los departamentos de baño indispensables para la realización higiénica de cualquier clase de deportes y juegos físicos;—y la fiscalización de la práctica de los mismos mediante la intervención del profesorado.

Convendría, pues, adoptar en la República un sistema mixto que estableciera la obligatoriedad de los ejercicios físicos dictados por el plan sueco, completado por la libre práctica de los deportes por los alumnos de las escuelas, de acuerdo con el sistema anglo-sajón.

Para la mejor realización de este plan, es evidente que convendría establecer el sistema de los grupos escolares, a fin de poder disponer de todas las comodidades, medidas higiénicas y requisitos necesarios para la práctica de la educación física.

La educación física está, en la actualidad, enteramente descuidada. Sólo en algunas escuelas particulares existen algunos principios de educación física, limitados, la mayor parte de las veces, a la simple realización de los ejercicios y movimientos prescriptos por el sistema de Ling. Los pocos gimnasios y sociedades de esa índole, a los que pueden concurrir los niños, se hallan organizados bajo las reglas referidas y aún se efectúan en ellos los ejercicios con aparatos que presentan los inconvenientes graves del sistema francés, es decir, son deformantes y atléticos. Por otra parte, su influencia es casi nula por ser escasísimo el coeficiente de niños que reciben educación física en estas condiciones,—y este pequeñísimo número de cultores de la enseñanza física se recluta casi enteramente entre los niños de las familias adineradas. La práctica de los mismos se realiza siempre además en locales cerrados, lo que amengua y debilita el valor higiénico de esos ejercicios.

Las plazas de deportes, establecidas por la Comisión Nacional de Educación Física, en distintos barrios de la capital,—han conseguido despertar y estimular la afición por la enseñanza física, pero en la forma en que se realizan, carentes de un plan o método científico e higiénico,—su esfera de acción

es todavía muy limitada y su contribución escasa al mejoramiento físico de nuestra niñez, desamparada bajo esta faz fecundamental de la educación integral, con grave perjuicio de los intereses primordiales del porvenir nacional. Quizás con plazas de deportes, en lo que respecta a los niños, pudieran funcionar útilmente si se estableciera una lógica coordinación y armonía entre ellas y la escuela, de tal modo que sirviera de solución transitoria mientras que no llegara a los desiderata expuestos anteriormente en cuanto a la educación realizada por intermedio de los grupos escolares en su forma más amplia y completa. Quizás haciendo obligatorio su utilización por la población escolar, para lo que sería indispensable ampliar sus instalaciones y multiplicar el número de esas plazas, que deberían ubicarse en lugares bien aireados fuera de la planta urbana, del radio de edificación maciza,—pudieran prestar buenos servicios al país, mejorando las condiciones deficientísimas en que se desenvuelve nuestra población escolar.

No es posible admitir que la práctica de football, considerado hoy como un deporte nacional,—pueda suplir esta falta casi absoluta de educación física entre los niños.

Es, en primer término, un deporte demasiado violento y que conduce irremisiblemente a la extenuación física. Su práctica, hecha irregular y esporádicamente, los días festivos solamente,—es efectuada en pésimas condiciones higiénicas. No es la práctica de un ejercicio violento realizada a intervalos de tiempo demasiado largos, lo que conviene a un buen plan de desenvolvimiento físico. Es la práctica regular, armónica y consuetudinaria de los juegos y deportes, acompañados con los ejercicios sueco que preparan el cuerpo y le dan agilidad y destreza,—lo que debe preconizarse y llevarse a cabo si se pretende alcanzar buenos y positivos resultados. Es esta práctica lo que ha formado la potencia física, la agilidad mental y la fuerza de voluntad, creadora de poderosas energías para el trabajo y para la acción, de las razas anglo sajonas. Los que hayan visitados los Estados Unidos de América habrán podido admirar a esa juventud, modelada en los deportes,—que es fuente promisora del más seguro porvenir para esa gran nación entregada de lleno, en el torbellino de sus

energías, a forjar el bienestar de todos sus hijos en el incesante rumorear del trabajo en fábricas y talleres, en la febril agitación de la ciudad y en el silencio de sus campiñas roturadas.

Corrijamos, pues, los vicios de nuestra pretendida educación física y compenetrados íntimamente del verdadero carácter de la educación integral,—dediquémonos sin descanso y sin vacilaciones cobardes, que sólo sirven para malograr los más útiles, sanos y fecundos esfuerzos, a esta obra de renovación, de bienestar y de humanidad.

XIV

CONCLUSIONES

Como síntesis de las observaciones que hemos desenvuelto y anotado rápidamente en el curso de este trabajo, podemos establecer las siguientes conclusiones generales:

1.° El problema de la educación física y la potencialidad de una raza, siendo ante todo un problema sociológico,—se hace necesario, en primer lugar, obtener el mejoramiento del medio en que se desenvuelve la vida urbana y rural en el país, mediante la aplicación de profundas e intensas reformas de carácter social que conduzcan a la más completa higienización de la vida y al bienestar económico de todas las clases sociales, sin el cual todas las tentativas serán inútiles y todos los esfuerzos absolutamente estériles y vanos.

2.° Habiéndose comprendido hasta ahora la educación y enseñanza de la niñez bajo una faz enteramente unilateral e incompleta,—se hace necesario mudar los métodos de educación a fin de acercarlos en lo posible a la realización de la enseñanza integral, racional y verdaderamente científica. Se debe abandonar la enseñanza exclusivamente libresca, teórica y encerrada en moldes intalgibles, para acercarla a la Naturaleza y transformarla en una enseñanza espontánea, libre, que desenvuelva la personalidad humana integralmente y no la someta y subyugue a los clásicos moldes de la artificial, vanidosa y estéril educación del *magister dixit*.

3.º Es necesario adoptar y aplicar en la primera edad del niño la enseñanza física integral, a fin de desenvolver entera y ampliamente los valores físicos, intelectuales y morales del ser humano.

Debe aceptarse,—por tanto,—el sistema más completo de educación física que se halle de acuerdo con este propósito fundamental.

4.º Siendo evidentes y notorias las deficiencias orgánicas de la población nacional y el indiscutible decaimiento de su potencialidad física,—es urgente y necesario adoptar sin pérdida de tiempo, las reformas y medidas conducentes a conjurar el peligro gravísimo que pesa sobre el país y a asegurar, con el mejoramiento físico, intelectual y moral de todos,—el progreso y el porvenir de nuestra nacionalidad.

COOPERACION MEDICO-ESCOLAR EN PRO DEL PERFECCIONAMIENTO FISICO MORAL E INTELECTUAL DE LA INFANCIA

Por el Dr. Genaro Giacobini

87-168-173-

Uno de los capítulos trascedentales de la vida educacional de los pueblos, y en la obra eminentemente reparadora de la escuela, es la higiene escolar, en cuyas fuentes resplandecen su desenvolvimiento psico-físico, su idealidad moral, la energía del carácter y la pujanza de la inteligencia que tiene por base física o material el ritmo fisiólogico de la salud que fundamenta la vida en su integral desenvolvimiento.

Engloba el asunto un problema de alta previsión social, desde que su encadenamiento y sus relaciones se puntualizan en el escenario de la vida colectiva, traduciendo en la escuela el cumplimiento de un modalidad que ha de traducirse intensamente en el escenario social.

La higiene escolar constituye un capítulo importantísimo de la higiene general y cuya eficacia está corrobarada en las conclusiones que afirman los Congresos Internacionales de hi-

giene escolar celebrados en Nuremberg en 1904, y en Londres en 1907 y los de París de 1905 y 1910.

En efecto se ha constituído una modalidad especial en la ciencia de higiene en las escuelas, que estudiando el estado de salud de los alumnos, con la ficha de salud racionalmente llevada, con un acertado criterio científico, cuyas puntualizaciones presente a la consideración del 2.º Congreso Americano del niño; instituyéndola en las escuelas de los Estados Americanos y llevado en función al estudio psico-biológico del niño escolar.

Las enfermedades del personal docente y su transmisibilidad infecciosa, las afecciones de ese carácter en los niños, el estudio de los locales para escuelas, el horario escolar, el material de enseñanza, los planes de estudio, la cartilla puntualizando las medidas de profilaxis antituberculosa en las escuelas, el sistema de escritura, los bancos y el mobiliario escolar, etc.; son preocupaciones de esa rama de la ciencia que debe consolidar la obra de educación común en las fuentes resplandecientes de las leyes naturales. La higiene escolar asegura la salud del niño en la escuela y lo hace apto para la asimilación de la enseñanza que la misma ha de dispensarle en su obra instructora y regeneradora.

Educar e higienizar en su doble rol pedagógico y médico, puntualizar el progreso de la vida moral y de sus aleteos intelectuales, con las vivificiencias de su ritmo fisiológico, en el que descansa la lozana salud, en el que deben reposar todas las leyes que rigen la ciencia de la educación contemporánea.

Una por una, las condiciones esbozadas como ser las enfermedades del personal docente y cuya expresión singular es la tuberculosis, en especial la laringea como consecuencia del surmenage, del funcionamiento de ese órgano, que hace vibrar contínuamente las cuerdas vocales, problema que ha de dar lugar a la licencia escolar, que ha de establecer un término máximo de 3 años a los efectos del tratamiento, curación o prevención desde que la afección constituye por decir así un accidente del trabajo profesional, una enfermedad adquirida en el desempeño de su misión,. que el estado debe velar en su obra de alta previsión social.

Problema que conjuntamente a la tuberculosis, contagio y difusión en el niño escolar, ha de estar dirigido y estudiado en sus detalles correlativos por una comisión de protección escolar contra la tuberculosis que completaría la obra especialista del cuerpo médico-escolar, dado los estragos que dicha enfermedad hace, en especial en la niñez y degenerando el porvenir de la especie humana.

Estas consideraciones científicas llevan a puntualizar la creación de la conciencia sanitaria infantil contra la tuberculosis en las escuelas de los Estados Americanos, modelando en el espíritu del niño esas normas de prevención necesarias en hacer efectivas la profilaxis contra ese mal, con la cooperación espiritual y eficaz de los niños que ha educado su inteligencia y su carácter en el dominio de sus facultades luchando en común por el exterminio de esa dolencia.

En lo que respecta a los locales para escuelas, el criterio higiénico y pedagógico ha de determinar su puntualidad con más estricto principio de la oxigenación de las salas amplias y ventiladas, han de ser las normas a seguirse en la construcción, edificación o locación para escuelas, pero teniendo como complemento la necesidad de anexarlas al jardín-naturaleza que fortifica, oxigena, tonifica la enseñanza y dá al niño el vigor fisiológico, la amenidad psicológica y la enforia moral que permite la integral asimilación que puede dispensarle la enseñanza y la pedagogía.

El jardín escolar infantil es el gran ideal de construcción escolar, anexado a la sala amplia y ventilada como también la biblioteca al aire libre, destinada a los niños, creación por mí planteada en un proyecto que presenté hace años y aprobado por el Congreso de bibliotecas argentinas representando el Centro Unión de Tucumán, constituye un ideal de construcción escolar, ideal que sintetizan razones de higiene, principios pedagógicos e idealismos poéticos matizando la vida del estudio y de la educación del niño en las bellezas naturales, que tonifica el esfuerzo mental y su compensación psíco-física es la oxigenación de los pulmones del niño el factor intrínseco y primordial de su salud y de su capacidad asimilativa pedagógica y en consecuencia, el aula bien ventilada y dando al jardín

reuna las condiciones apuntadas y de vigor psico-orgánico; consideraciones que debemos puntualizarlas en lo que respecta a las bibliotecas escolares e infantiles, que siempre han de ser al aire libre por las razones higiénicas precisadas y cuya difusión en los centros de enseñanza constituye un evidente progreso y en el que juegan un preponderante rol de perfeccionamiento la higiene y la pedagogía en el país velando por su engrandecimiento espiritual y el porvenir fisiológico de nuestras generaciones futuras.

El horario de las clases entra también en el capítulo de la higiene escolar, desde que estando en juego los fenómenos de la cerebración y de la atención, en el niño se producen desgastes fosfóricos que la medicina escolar debe puntualizar, por la salud de los niños a los fines principales de la pedagogía. Cuanto mas pequeño es el niño en edad, mas rápidos son los cambios de reacciones psico-orgánicas, desde que los metabolismos deben llevarles al acrecentamiento de sus facultades vitales rapidez que lo hacen a espensa de la capacidad de resistencia al trabajo en el que entran en juego los resortes de la vida espiritual y corporal organismo en crecimiento, debemos velar en no conducirlos al surmenage espiritual y físico, en consecuencia, no fatigarlos en números excesivos de horas de clase, máxime que se hace indispensable reparar esos desgastes con alimentación sustancial y metódica.

Por los niños las expresiones del contínuo movimiento, de la acción continuada, de las reacciones de su entidad psicofísica; con la necesidad de disminuir las horas de clase en los niños que frecuentan el primer grado, disminuirlas en una hora seguir nuestro sistema de horario contínuo en las escuelas, para permitir que la enseñanza sea en ella una expresión de la actividad vital del mismo, en donde repose la alegría, la la dedicación y la asimilación del esfuerzo intelectual.

El esfuerzo cerebral de la atención en el niño no debe ser continuado, por dos razones científicas fundamentales; la una por la salud mental y física del niño; la segunda, por las finalidades pedagógicas de la asimilación intelectual en el mismo.

Criterio que rige en especial para el niño de 6 a 7 años de edad, incluído por nuestra ley de educación común a cursar

el primer grado de las escuelas primarias. Razones poderosas de índole biológica y pedagógica aseveran esta tesis, máxime que el primer grado de la escuela constituye desde el punto de vista del ideal pedagógico y de la misión de la misma un estado de transición entre esa libertad y falta de disciplina intelectual del niño analfabeto fuera de la escuela y a la disciplina y el método en ella para prepararla en la integración de sus facultades intelectuales.

Es ese el momento, llamaríamos crítico de la capacidad psico-pedagógica del niño y que los higienistas con los pedagogos debe previsar con verdadera vocación científica y profesional para que se hagan efectivas las leyes de la naturaleza humana, rigiendo el arrullo de la vida del niño que entra a la escuela a balbucear las letras del abecedario y disciplinar como entidad inteligente el ritmo de la misma en el coeficiente espiritual del progreso social.

Consideraciones que puntualizan las siguientes conclusiones:

1.º La acción y la intervención en el dominio escolar, ha de ser efectiva, creando la conciencia sanitaria y de prevención infantil contra los agentes que luchan en detrimento de las facultades psico-biológicas del niño.

2.º Ha de establecer la ficha de salud como una verdadera expresión de la capacidad psico-biológica del educado, para hacer efectivas las leyes de la enseñanza, teniendo muy en cuenta los rasgos congénitos del mismo.

3.º Plantear los principios generales y su eficacia práctica de la higiene especial aplicada a las escuelas de los Estados Americanos.

4.º Revisión científica del problema de las enfermedades del personal docente.

5.º Puntualizar las comisiones sanitarias de los locales para escuelas (institución de la escuela jardín), las conveniencias científicas del horario escolar, material de enseñanza y planes de estudio.

6.º Institución de la cartilla antituberculosa en las escuelas de los Estados Americanos, como una medida de alta prevensión sanitaria y específica contra la difusión de dicho flagelo.

7.º Puntualizar las reglas médicas a que deben adaptarse los sistemas de escritura en las escuelas, bancos y mobiliario escolar.

8.º Institución del patronato escolar contra la tuberculosis.

9.º Creación de la conciencia sanitaria infantil contra la tuberculosis.

10. Creación de bibliotecas escolares al aire libre.

LA CRISIS DE LA PUBERTAD Y SUS CONSECUENCIAS PEDAGOGICAS

Por el Prof. Victor Mercante

98.150.

1.º *A*) *Tesis.* — La crisis de la pubertad es un período de transición entre la infancia y la adolescencia y se caracteriza:

1.º Por un extraordinario crecimiento físico.
2.º Por un extraordinario debilitamiento mental.
3.º Por la renovación e instabilidad de los sentimientos.
4.º Por la aparición de aptitudes y tendencias profesionales.
5.º Por nuevos intereses y nuevos motivos.

B) *Consecuencia.* — A la crisis de la pubertad corresponde una escuela con planes y métodos diferentes de la escuela primaria y del colegio, que utilice el excedente de energía física en disciplinas manuales y a la naturaleza en la cultura del espíritu, sin propósitos sistemáticos y tendiente a procurar reposo al cerebro.

A) *Tesis.* — Durante la crisis de la pubertad no es una regresión o estabilización intelectual, (disminución de la inteligencia) que se produce; es una renovación de actividades y un cambio que preparan una capacidad más amplia para comprender los fenómenos (utilización más vasta de la Naturaleza) en lugar de la ejercitación reducida de los sentidos sobre el objeto. La mente vuela, con el razonamiento, hacia la

abstracción, después de fijar los postulados de las cosas, mediante la sensación por ellas producida.

B) *Consecuencia.* — Los métodos, al modificar las prácticas elementales cuyo principal objeto era formar el lenguaje, deben tender a disciplinar la observación en la Naturaleza y en los laboratorios, organizando los centros representativos para el ejercicio del razonamiento. Al mismo tiempo será posible que el adolescente comience a comprender la vida humana y su función protectora de la especie.

A) *Tesis.* — Dos intereses culminan durante la crisis de la pubertad: el de la Naturaleza para sentirla y viajarla, y el del ejercicio físico, reclamado por el extraordinario desarrollo del sistema muscular.

B) *Consecuencia.* — La cultura, durante la crisis de la pubertad, debe realizarse, principalmente, en la Naturaleza. Retenido el individuo por el taller o la granja una gran parte del día, el taller y la granja deben proporcionar, principalmente, los motivos de su educación física y muscular.

A) *Tesis.* — Las aptitudes manuales se manifiestan, con carácter profesional y técnico, antes que las intelectuales, siendo comunes a todos los individuos.

B) *Consecuencia.* — El taller a los 12, 13, 14, 15 y 16 años, puede determinar una vocación manual u oficio en cualquier individuo, convenientemente dispuesto para que en él la tendencia se canalice.

A) *Tesis.* — La aptitud al nacer, marca una tendencia; las aptitudes que nacen en la crisis o después, son definitivas; luego, las tendencias son también definitivas.

B) *Consecuencia.* — El alumno, entre los 12 y 16 años, puede definir su vocación intelectual y decidirse, por determinados estudios, omisión hecha de aquellos grupos formados por tipos indiferentes, enfermos o incapaces.

A) *Tesis.* — Entre las aptitudes mentales y físicas, existe una relación funcional de tal naturaleza, que cuando las unas están en un período extraordinario de actividad, las otras se llaman a un relativo sosiego (meioproxia). Además, el cerebro retarda su desarrollo con relación a los demás órganos.

B) *Consecuencia.* — Caracterizándose la crisis de la pubertad, por un extraordinario crecimiento orgánico, no debe exigirse a la inteligencia, esfuerzos a los que se resistiría o con los que peligraría su funcionamiento normal. La escuela debe robustecer ese crecimiento, favoreciéndolo con un sistema de educación especialmente físico-higiénico, y, si fuera posible, con un año de reposo mental.

A) *Tesis.* — El período más activo del movimiento muscular, está entre los 12 y 16 años, que lo es, asimismo, de la memoria motriz.

B) *Consecuencia.* — El período de la crisis es el más indicado para formar hábitos manuales y plegar los movimientos a automatismos útiles en enseñanzas como la Escritura, el Dibujo, la Telegrafía, la Música instrumental, etc. De no hacerlo así, el niño disipará sus fuerzas en juegos, agresiones, destrozos; en todo lo que resulte un gasto fácil de su sobrante de energía, sin que pueda, más tarde, rehabilitar mejores oportunidades para la disciplina de sus dedos.

A) *Tesis.* — Los tiempos de reacción al cruzarse en el momento de la crisis, constituyen uno de los fenómenos extraordinarios que mejor caracterizan la psicología divergente de los sexos.

B) *Consecuencia.* — La coeducación debe prever la función social de los sexos; pero, la enseñanza no debe ser común.

A) *Tesis.* — La memoria de las palabras y frases sufre un notable debilitamiento y los centros nerviosos se organizan para el análisis sistemático.

B) *Consecuencia.* — La crisis señala el momento más inoportuno para iniciar el aprendizaje de los idiomas o exigir, del alumno aprendizajes razonados con la amplitud científica de la materia.

Por moción del Dr. Scoseria, la asamblea tributa un aplauso al autor de este importante informe.

A continuación se vota la conclusión del trabajo del Prof. Mercante, la que dice así: «*Entre la escuela primaria y la secundaria, correspondiendo a la pubertad, debe interponerse un ciclo de actividad física y de reposo mental, en el que pueda cada jóven gozar la naturaleza y definir su vocación*». — Aprobado.

REFLEXIONES QUE ME SUGIERE EL PROYECTO SOBRE ENSEÑANZA DE HIGIENE SEXUAL, EN NUESTRAS ESCUELAS PÚBLICAS

51. 65-174.
53-176-

Por la Sra. Delia A. de la Gamma

Maestra de 2.º Grado

Una serie de problemas sociales de trascedental importancia se presenta a las generaciones venideras, problema que a no dudarlo, son frutos naturales de nuestra vida moderna.

Muchos de los asuntos que hoy constituyen materia en legislación, fueron en épocas que denominamos de barbarie, asunto del Instinto; y lo que el intelectual de hoy debe hacer por medio del conocimiento lo hacían nuestros antepasados prehistóricos escuchando aquella «Voz natural».

El instinto debió ser un aliado de la Inteligencia y ésta a su vez, la herramienta útil puesta a su servicio; más hace tiempo que ambos no se acompañan. De lo que resulta que en este juego, como en muchos otros, salimos perdiendo, por la sencilla razón de que al no existir ese consorcio entre lo que llamamos «voz natural» que viene de lo íntimo del ser y lo que viene de «afuera» y constituye elemento para el juicio, raciocinio, abstracción, llevamos infinitas probalidades de perdernos en inimaginables y tortuosos senderos.

Entre los muchos problemas que van llamando la atención de legisladores e higienista, hay uno que merece especial atención y es a la vez objeto de estas reflexiones. Se habla actualmente en vista del desarrollo que toman algunas enfermedades graves y que son el enemigo mortal de la raza y de la especie, se habla—decía—de proporcionar a ambos sexos conocimientos que lo habilite para evitarlas, ya que es imposible curarlas, apesar de los prodigiosos adelantos de la medicina moderna. Porque no es curar una enfermedad, en buena lógica, el detenerla en sus manifestaciones algunos años, acorralándola temporalmente o inferiorizar al individuo desde el punto de vista de la resistencia orgánica, o que los descendientes lleven im-

preso en su organismo, como un estigma, el sello de la degeneración física y moral de sus progenitores.

Si en ese intervalo en que la dolencia parece haber cedido estando latente, no hubo descendencia y aunque la hubiera, los gérmenes, apesar de todos los esfuerzos de la ciencia, están ahí, en constante acecho, en espera de la oportunidad propicia de manifestarse. A este respecto y en lo que atañe a las causas productoras de ese terrible cáncer social, estando en primer término la alimentación excitante e irracional, que se traduce en desequilibrio orgánico y psíquico, me permito opinar que se quiere combatir los efectos, olvidando que mientras persistan las causas, por correlación lógica y natural subsistirán aquellos.

La debilitación causada por las falsas necesidades, originan el afeminamiento y cuando la potencia vital disminuye, con toda facilidad, tórnase el organismo campo propicio para el desarrollo de los gérmenes infecciosos. Luego, *vitalizando*, es decir, yendo directamente a la causa, es como desaparecerían *los efectos*.

Tengo un concepto amplio de la misión de la escuela y creo en la eficacia de la educación como factor de perfeccionamiento. Permítanseme hacer notar que la misión de la escuela del futuro, de la escuela integral, que prepara al hombre y a la mujer para que desempeñen su rol y finalidad dentro de la Evolución, es mucho más vasta, más profícua en sus resultados, que la misión de nuestra escuela moderna. Por otra parte, no debemos olvidar que la educación escolar, debe ser un complemento, una prolongación de lo que se ha aprendido, y sobre todo, de lo que se ha *ejercitado* en el hogar.

Antes que la maestra, está la madre, antes que la escuela, está el hogar. Madre y maestra, hogar y escuela, son conceptos tan inseparables en su hondo significado, como Moral y Ciencia; y si hubiéramos de separarlos, tendríamos; Hogar-Moral, Escuela-Ciencia. De modo que antes y sobre todo, está la madre, la madre consciente, compenetrada de su deber desembarazada de muchos prejuicios y convencionalismos sociales, que preparada de antemano, sabe cumplir con los deberes inherentes a su augusto destino, que gesta y cría sanos de cuer-

po a sus pequeños, para que sean de corazón y que entrega luego su querida obra al maestro, para que la complete y la termine, arrojando las últimas semillas que fructificarán a su debido tiempo.

Estoy de acuerdo con los que piensan que ciertos conocimientos vedados hasta hoy, son necesarios, aún más, imprescindibles y deben formar parte de la soñada y no muy lejana cultura integral.

Siendo el cuerpo el medio de manifestación del Ser como Voluntad iluminada por la Inteligencia y guiada por el Sentimiento, se debe empezar por hacer de él una herramienta útil, un instrumento apropiado para cumplir el objeto y finalidad de aquel dentro de la Evolución. Todo, pues, lo que he forma directa o indirecta contribuya a mejorar y embellecer ese vehículo de que se vale el Ser en su marcha ascendente, debiera se objeto de cuidado y preferente atención por parte del educador, llámese este madre, padre, o maestro.

Toda madre consciente de sus deberes, debe familiarizar a sus hijos desde que nacen, con todas esas sencillas prácticas higiénicas que los acercan a las Madre Naturaleza, y cuyo resultado inmediato y positivo se traduce en mejoramiento de salud, en una alegría sana, en una mayor bondad, en un bienestar general.

Y si algunos conocimientos han sido vedados por error ignorancia, prejuicio, es por que poseemos en general un falso concepto del pudor, que de cualidad intrínseca e íntima del carácter ha pasado a ser una ficción, un signo aparatoso de profunda hipocresía.

Si la escuela cumpliera su verdadera misión de preparar al hombre para la Vida, debiera dar preferencia a los conocimientos que se relacionan con lo fundamental, o sea la que se refiere a la Vida misma.

Por otra parte, considero que la acción conjunta del hogar y de la escuela es necesaria, ya que las madres no están capacitadas en general y por desgracia, para cumplir en su sentido más amplio, el ideal de madres.

Lo que en la escuela es motivo de instrucción, de conocimiento, debió ser previamente en el hogar objeto de educación

y de hábito. Que lo que el niño oye de labios de su maestra, sea el complemento de las prácticas que *ejecutó* en su casa; que antes que un conocimiento sea una necesitación basada en algo muy profundo y que considero la raíz de todo el asunto que tratamos: un sentimiento hondo y muy sentido de respeto y veneración por la Vida en todas sus infinitas manifestaciones.

Consideremos ahora otra faz del problema. No existiendo correlación entre la enseñanza del hogar y de la escuela en lo que a estos conocimientos se refiere, creo que lo pertinente y práctico sería ilustrar a los padres, para que estos a su vez instruyan a sus hijos; y más que instruir simplemente, la buena madre debiera modificar las viejas costumbres y en primer término, cambiar la perniciosa, irracional alimentación moderna, por otra más sencilla, más pura, libre de excitantes.

El organismo sano que no está superalimentado, en que los excitantes son los puramente naturales, no es terreno propicio para el desarrollo del sensualismo, su desenfreno y su escuela de letras físicas y morales.

De los que se deduce que la solución del problema está a quien toca resolverlo, por la felicidad de sus hijos y en beneficio de la sociedad.

Luego vendrá el maestro a ilustrar, a dar amplitud a aquellas prácticas al parecer empíricas y el intelecto infantil se enriquecerá con un bagaje de conocimientos que sin detrimento de la moral, habilitan al hombre para conducirse en la vida.

No creo, pues, oportuno anexar la enseñanza de la Higiene sexual a nuestros programas escolares, sin la preparación prévia en el hogar, a esta altura de mis disquisiciones, me permito preguntar; el ambiente de por sí frío y algo rígido, por la disciplina, del aula escolar, con una maestra jóven inexperta, y aún suponiéndola experta, pero que no ha pasado por el aprendizaje doloroso a la par que fecundo en enseñanzas y virtudes de la mujer dos veces mujer, madre y maestra, armoniza acaso con la índole de conocimientos que se piensa dar a nuestros niños? ¿No creerá para ambos una situación embarazosa, cuando se trate de niños o niñas crecidas y maestras jóvenes?

Es conveniente recordar, además que es esta asignatura, más que en ninguna otra, interviene el factor Moral, del que solemos olvidarnos con harta frecuencia, para atiborrar la mente de nuestros educados con conocimientos que son el fundamento de la Etica, pueden tornarse inútiles, cuando no perjudiciales.

Las nociones que se relacionan con la higiene sexual no deben ser, en mi modesta opinión meras reglas escabrosas y áridas, sinó por lo contrario y desde sus comienzos, verdaderos conceptos morales.

Con la orientación ética que llevan las sociedades, la instrucción corre el riesgo de convertirse en un arma de dos filos, que no solo llenan su objeto de mejorar y embellecer la Vida, sino que puede resultar peligrosa; y el tino de los educadores y legisladores está precisamente en orientarla con una sólida base moral para que pueda y deba emplearse en el ejercicio de lo bueno, de lo bello, de lo mejor. Que la educación e instrucción a la par que preparan al hombre para las luchas por la existencia, sean medios de cultivo de los más nobles sentimientos, el más grande y noble, vuelvo a repetirlo sin pecar de cargosa, el que debe ser más honda y profundamente sentido; el respeto a la generación.

Los conocimientos, pues, que se relacionan con la higiene sexual, deben ser precedidos por una preeducación que comienza en el hogar, para terminar en la escuela. No siendo así, desde que no existe un vínculo de unión entre ambos, es malograr su eficacia; y lo que en mi pensar agrava el mal; es el peligro que entraña dar conocimientos que se relacionan con la Vida y por ende con la Generación y la Maternidad sin haber despertado por una educación bien dirigida, un sentimiento de respetuosa veneración por la Vida misma. Bien saben los médicos e higienistas algunos lo han declarado públicamente que la divulgación de nociones que con estos tópicos tienen atingencia, le han servido a la humanidad para cavar más hondo de lo que a primera vista parece, el abismo de su propia perdición.

Creo haber demostrado que las nociones de higiene sexual deben formar parte de la cultura integral, pues ellas tienen

íntima conexión con las fuentes de la Vida; y sería conveniente y urge desposeer a nuestros programas escolares de muchas asignaturas que sino del todo inútiles, tienen escaso valor en la vida práctica, para prestar preferente atención a la enseñanza de la Moral, a quien alguien llamó sabiamente «Higiene del Alma» y a la higiene del cuerpo con sus fundamentos «Anatomía y Fisiología».

Lo que me permito hacer notar, es la ineficacia de esas enseñanzas y sobre todo, el peligro que entraña proporcionar conocimientos de esa índole, sin una preparación previa, preparación que incumbe a las madres.

Se me argüirá y con razón, que la inmensa mayoría de las madres no están en condiciones de realizar ese ideal. De acuerdo; pero es susceptible de recibirla y está en mejores condiciones de comprender su importancia y trascedencia, que nuestros pequeños hijos. Ilústreselas a ese respecto, por medio de revistas folletos, sencillas conferencias en los locales escolares dadas por maestros y maestras a los padres y a las madres; reálcese por medio de la palabra o por la prensa, la importancia que tiene la adquisición de esos conocimientos para la salud física y moral de nuestras jóvenes generaciones; háblese de sencillas prácticas de Higiene general; de que los niños, como las plantas, necesitan aire puro, sol vivificante, además de sana y racional alimentación y ejercicios físicos adecuados. Destrúyase el viejo y arraigado prejuicio de que *hay cosas de las que no se debe hablar a los ninos*, las que por lo contrario deben ser objeto de una enseñanza preferente; y sobre todo, enséñese el verdadero concepto del pudor, el que como se ha dicho con toda exactitud «no debe ser mohín elegante, una ficción de la etiqueta social, sinó una realidad íntima del carácter y que si algo lo ataca, serán en todo caso los dicharachos, los epigramas salobres y verdosos, ciertas situaciones dudosas en la novela y la escena; pero nunca una enseñanza seria recibida de los venerados labios maternos acerca de *todo aquello que una futura madre y un futuro padre deben ir sabiendo de niños, para que lo sepan real hondamente en su pertinencia*».

Sintetizando, arribamos a las siguientes concluciones:

1.º La degeneración física y moral de nuestra raza, inferiorizando al individuo, lo pone en condiciones de receptibilidad de toda clase de enfermedades, ya que las auto defensas naturales son impotentes para eliminar los *elementos patógenos*.

2.º Que a esa degeneración contribuye en gran parte el uso de excitantes, estando en primer término *la alimentación irracional*.

3.º Que el problema vital por excelencia, que urge resolver y al que deberíamos consagrarle mayor atención higienistas, padres y maestros, es el que se relaciona con una alimentación que nutriendo al cuerpo mediante una sangre rica y pura, mantenga al organismo en perfectas condiciones de salud. Lo demás será, cuando no vamos e inútiles esfuerzos, meras tentativas para detener un mal que amenaza minar las mismas fuentes de la Vida.

4.º Que todos los conocimientos que se den, tendientes a reprimir los *efectos* resultarán inicuos, ya que se dejan subsistir las *Causas*.

5.º Que la enseñanza sobre higiene sexual debe ser materia más que todo, de educación y de hábito; y que por lo tanto, corresponde en primer término al hogar.

6.º Y por último; que la escuela puede y debe instruír en ese sentido, pero sólo para ampliar y completar esa preeducación.

Por lo tanto propongo:

Que todos los esfuerzos de médico, higienista, padres, y maestros, deberían dirigirse en ese sentido; *Vitalizar* palabra que resume y sintetiza la Medicina y la Higiene y que por otra parte, desearía se grabara con caracteres indelebles en las mentes de los que han tenido a bien escucharme.

El Presidente Dr. Scoseria propone un voto de aplauso para la Sra. de la Gamma por la valentía y competencia con que trató el tema. (Aplausos).

SOBRE PROTECCION DE LA INFANCIA EN LA ESCUELA VENTAJAS DE UNA «LIGA PRO HIGIENE ESCOLAR»

Por el Dr. Nicolas Leone Bloise

Del sexto año de Medicina.—Profesor de H. Natural en el Liceo H. Miranda

Más que nunca, se está agitando entre nosotros, en los actuales momentos, el problema de la reforma de nuestra escuela primaria. El nuevo Consejo de Educación Primaria y Normal de una parte y de otra distinguidos miembros del magisterio y de la prensa nacional, han emprendido con actividad digna de encomio la tarea de analizar los defectos de los actuales sistemas y métodos de enseñanza primaria, aconsejando las reformas necesarias para que esta enseñanza siga la evolución que las modernas orientaciones de la pedagogía exigen.

Pero, con todo, la iniciativa privada, ya sea individual o colectiva, se hace sentir de una manera muy poco eficaz en ese movimiento de renovación que, sin embargo, tan de cerca toca el alma de la Nación, al ocuparse del porvenir del niño, en el que debe cifrar las más promisoras de sus esperanzas.

Confiamos demasiado en la iniciativa oficial en materia de enseñanza ya sea primaria o secundaria y si nuestra voz se hace oir por intermedio da la prensa o en otra forma es, la mayor parte de las veces, para manifestar el aplauso o la resistencia y las objeciones que las iniciativas oficiales nos sugieren. Fuera conveniente, en cambio, que en cuestiones de enseñanza la colaboración del público y, sobre todo, de las personas preparadas intelectualmente fuera no solamente de control y crítica, sino también de activa cooperación colectiva, amplia y noblemente inspirada, que condugera a la solución de los múltiples y complejos problemas que se relacionan con la educación común.

Médicos, educadores, higienistas y padres de familia deberían mancomunar esfuerzos y estrechar vínculos, como lo dijo muy bien el sabio profesor Landouzy en el discurso inaugural

del Congreso de Higiene Escolar reunido en París en 1910, agrupando las buenas voluntades, las conciencias, las luces, los esfuerzos, para que la actividad de todos se hallara prácticamente puesta al servicio del viejo axioma « mens sana in corpore sano ».

Y es con el objeto de estimular la colaboración colectiva, que creo conveniente la creación entre nosotros de una Liga Pro Higiene Escolar, motivo del trabajo que tengo el honor de someter a estudio de ese honorable Congreso.

No es mi pensamiento, entiéndase bien, proponer la creación de un organismo hostil, erguido frente a las autoridades escolares en actitud de recelosa fiscalización o de crítica más o menos simpática y eficaz. Mejor que eso, lo útil es crear un organismo que, reuniendo los esfuerzos actualmente dispersos, secunde deligente y armoniosamente, la acción de esa iniciativa oficial y que, formado por los intelectuales y por todos los que se interesen por la mejor preparación del niño, haga obra sana e impersonal que, lejos de herir susceptibilidades y atribuciones, despierte simpatía y apoyo, estreche lazos, llame a todos a esa digna labor y sea oída por las autoridades superiores con el respeto y la atención que merecen las colaboraciones noblemente inspiradas.

La higiene del niño en su edad escolar sería la principal preocupación de la Liga. Pero al hablar de higiene escolar, la entendemos en su acepción más vasta, comprendiendo a la vez la higiene física, intelectual y moral, bella trilogía que resume en realidad, todo el programa de la educación del niño: cuidado del organismo físico a la vez que cultivo del ser afectivo y del ser intelectual que en él despiertan. Hagamos resaltar algunos puntos principales, comenzando por la higiene física.

Removida la higiene del antiguo empirismo en que yacía, gracias al impulso de los admirables estudios de Pasteur y de sus discípulos, nuevos horizontes se abren y una nueva ciencia, la Bacteriología, surge y se desarrolla activamente, fecunda en consecuencias y revolucionaria en sus aplicaciones. Nacida en el laboratorio, rápidamente se difunde en el mundo científico y pronto se une a la higiene en la lucha tenaz contra la propagación de las enfermedades infecciosas y de etiología

bacteriana antes desconocidas. Nuevas concepciones se afirman acerca de la herencia fisiológica y patológica, de las taras y predisposiciones mórbidas, de la resistencia del organismo al contagio, de la noción de terreno, de virulencia de los gérmenes que lo atacan y de la necesidad de mantener, por una higiene conveniente, la integridad corporal para hacerlo rehacio al desarrollo de esos gérmenes.

Las ciencias sociales tanto como las médicas participan de ese movimiento de renovación de los antiguos conceptos, y la pedagogía, ciencia social por excelencia, ha debido también seguir de cerca esa prodigiosa evolución, beneficiando de muchas aplicaciones prácticas en salvaguardia de la salud del niño y haciendo amplio lugar, en los programas de enseñanza, a la divulgación de esas normas más que útiles indispensables. Ya lo dijo con toda autoridad el profesor Calmette del Instituto Pasteur de Lille: «La higiene y la educación deben asociarse íntimamente, debiendo ser solidarias una de la otra».

Pero hoy, a pesar de eso, la higiene no ocupa todavía en nuestra enseñanza primaria ni en la secundaria el lugar predominante que merece. Es cierto que poco a poco se infiltra en los programas, a medida que los educadores se convencen de su importancia y va sustituyendo a una serie de conocimientos menos útiles conque se ocupa y hasta aveces se fatiga la mente del niño. Pero para que ese fin se logre por completo es necesario la colaboración íntima del médico y del maestro.

Como bien lo ha dicho el Dr. Du Pradel (1) «la base de todos los programas de higiene escolar debe ser la colaboración del médico y del educador en las escuelas».

Esa fué una de las ideas directrices que llevó a los Dres. Legendre y A. Nathieu, de París, a crear en 1902 la Liga de Higiene Escolar, donde han colaborado y colaboran médicos, higienistas y autoridades de la talla de los Calmette, Bourgeois, Landouzy, Dolaris, E. Petit, etc. por no citar sino algunos de los más representativos. Allí médicos y maestros han estudiado en común toda una serie de reformas por las que se

(1) Les oeuvres, periscolaires· Leçons professées a l'Ecole des Hautes Etudes. Paris. F. Alcain, 1913.

han interesado los Poderes Públicos; allí médicos eminentes ocupan la tribuna para ilustrar, asesorar y guiar a pedagogos y padres de familia sobre los más importantes problemas de la higiene moderna: ventajas de una buena educación física, el recargo de los programas y sus consecuencias sobre la salud del niño, la resistencia fisiológica del escolar, la importancia del estudio de la higiene, los problemas médico-psicológicos relacionados con las neuropatías infantiles, los disturbios de la voluntad, de la atención, de la mentalidad, etc., la enseñanza de la moral, de la higiene sexual, los beneficios de los deportes y escuelas al aire libre, de las colonias de vacaciones, de las excursiones etc., la escuela en la lucha contra la tuberculosis, la obra Grancher de profilaxis de la tuberculosis infantil, la alimentación de los escolares, etc. etc. ¿Por qué no hacer esto entre nosotros, que tenemos excelentes médicos y pediatras cuyos nombres han pasado las fronteras y que de seguros prestarían gustosos buena parte de sus energías a tan noble fin? Con esa palabra autorizada se conseguiría convencer a los maestros de la importancia capital de la higiene como factor de la educación del niño, en la cual debe ocupar el primer puesto y, a más, con ese poderoso movimiento de opinión científica se ilustraría a los padres de familia en esas cuestiones, venciendo la indiferencia y hasta diría los prejuicios y el recelo con que muchos de ellos miran todavía a esas normas de profilaxis preventivas, lo mismo que la educación física de las niñas, las excursiones, colonias de vacaciones, etc., prácticas que creen inútiles y hasta a veces perjudiciales para la salud de sus hijos. No sólo los médicos e higienistas sino también los maestros colaborarían bien en esta obra de engrandecimiento y fomento de nuestra Escuela.

Actualmente los padres de familia, salvo honrosas excepciones, no se preocupan lo suficiente acerca de cómo se desarrolla la educación de sus hijos en la escuela. Como lo dice el Dr. Du Fleury en su obra «Nos Enfants au Collége», agobiado por sus ocupaciones diarias, absorbido por entero en la lucha por la existencia, el padre de familia, aun el más probo, en la burguesía moderna, no encuentra casi tiempo para conocer el alma de sus hijos. Sólo, se alarma cuando están enfermos de

sarampión o de una apendicitis. De ordinario, durante la cena escucha distraído las menudas aventuras de la jornada de colegio, echa una rápida ojeada en la libreta de notas, formula un cumplimiento o un reto, esboza una caricia y sigue pensando en sus negocios. ¡Qué el niño se las arregle como se las arregló él cuando era niño!... Y ni siquiera una noche, reposadamente, se pregunta el porqué su hijo trabaja con displicencia, si le falta quizá una dirección más atenta, más ingeniosa, mejor medida, para poder llegar mañana a ser hombre de algún temple...

Refiriéndose a nuestro ambiente, escribe con todo acierto el Sr. Julio M. Sosa en su obra «Maestros y Escuelas»: «Es que, desgraciadamente, el niño no ha logrado, en estos países sudamericanos, preocupar al hombre. Al dejar de ser niños nos olvidamos de nosotros mismos y no sabemos reproducirnos en nuestros hijos, para corregir los errores y llenar los vacíos de nuestra propia educación. Si el maestro, el médico y el padre, en una obra magníficamente humanitaria y utilitaria, aplicaran al niño todas sus facultades de previsión inteligente y todas las consagraciones afanosas que un claro concepto de las necesidades sociales deben inspirarle, no tendríamos que lamentar en el porvenir la inferioridad de nuestro esfuerzo para el trabajo y el notorio porcentaje actual de seres defectuosos, viciosos u ociosos: no tendríamos que pensar en el ensanche y en la multiplicación de los reformatorios, las cárceles, los asilos, los hospitales y los manicomios». ¡Qué diferencia entre nuestro aislamiento pedagógico y las prácticas de cooperación y cultura social tan difundidas en la Unión Americana donde la escuela es una verdadera amplificación del hogar, y donde semanalmente se reunen padres y maestros, armonizando conceptos, prestándose mutua cooperación y enseñando al niño, con el ejemplo, a amar la escuela, verdadera casa del pueblo y más aún, a hacer de ella el centro de educación y actracción social que guíe al adolescente y al adulto en su etapa post-escolar para el buen gobierno de la vida! Es preciso, por consiguiente, sacar a nuestros padres de la indiferencia con que miran estas cosas, interesarlos directamente en las obras de enseñanza, hacerles notar que ellos son factores indispensables

y profilaxia infantiles, tratando de interesar en ellos a los maestros y padres de familia.

4.ª Los maestros y pedagogos tratarían de conseguir el mayor acercamiento posible con los padres de familia, conversando con ellos sobre cuestiones relacionadas con la psicología y pedagogía infantiles, métodos de educación etc.

5.ª La Liga editaría una publicación periódica con la relación de los asuntos que trata y con una sección destinada exclusivamente al niño y que se repartiría en las escuelas públicas.

6.ª Periódicamente, La Liga enviaría a campaña delegados a fin de dar conferencias sobre higiene y educación, haciendo conocer los programas y los móviles que la guían.

LA POSTURA DEL NIÑO EN EL PERIODO DE SU CRECIMIENTO

175-150.35.

Por la Sta. Jessie Bancroft

Directora adjunta de Educación Física en las Escuelas Públicas de Nueva York, Presidenta de la «Liga del buen porte».

La educación física moderna tiende hacia la realización de resultados definidos que se obtendrían por medio de varias formas de ejercicio físico y de entrenamiento. Hace unos diez años los ejercicios físicos se realizaban con mucho menos esperanzas de obtener esos resultados, y para preconizar aquellos se invocaban razones tan vagas como abundantes. Hoy, por medio de la educación física no sólo esperamos obtener salud, sino que queremos cerciorarnos muy minuciosamente de que nuestra salud además de ser normal en determinado momento está asegurada también para el futuro. No sólo medimos y pesamos al niño para saber si su desarrollo está conforme con las tablas generales de crecimiento, sino que vigilamos cuidadosamente los efectos de la nutrición y los indicios de que ésta es mala o insuficiente, y si las grandes funciones de la digestión, asimilación y eliminación se desarrollan convenientemente.

No nos bastan las proezas atléticas para creer en el buen estado de nuestro corazón y de nuestros pulmones, sino que tratamos de educar de un modo más definido estos importantes órganos y sus funciones. Algún día tendremos medios más precisos de averiguar el buen funcionamiento de todos nuestros órganos, base fundamental de la salud.

Entre las diversas fases del desarrollo, hay una importantísima por su estrecha relación con todas las otras, y es la actitud correcta del cuerpo humano.

Es probable que la mayoría de los niños de todas las nacionalidades hayan llegado a la madurez después de un crecimiento vicioso, que había perjudicado para siempre su salud. Las espaldas agobiadas y el pecho hundido son la desesperación de los padres en todas partes del mundo, y solo ahora empezamos a convencernos de que se puede evitar al niño ese crecimiento torcido.

La vieja teoría de que algunas enfermedades de la infancia son inevitables y casi necesarias, ha cedido el paso a la nueva teoría de que esas enfermedades debilitan la constitución del niño, disminuyen su vitalidad, y pueden ser causa de graves tropiezos en su salud y en su desarrollo. La medicina moderna trata de evitar esas enfermedades en vez de exponer al niño a adquirirlas según la teoría de que «es mejor tenerlas cuanto antes para librarse de ellas». Todo el mecanismo moderno de cuarentenas y demás medidas preventivas se basan sobre este problema. Del mismo modo actualmente estamos convencidos de que al permitir que un niño tenga un crecimiento torcido o se acostumbre a posturas falsas, se pone un obstáculo al funcionamiento de sus órganos durante la niñez, y que ello puede ser causa de muy serias dificultades en la edad adulta. Luego de la mayor importancia que durante la educación del niño, tanto en el hogar como en la escuela, se impida que adquiera la costumbre de las posturas falsas, evitando así que esa tendencia se desarrolle.

Entre los innumerables daños provenientes de la visceroptosis, se incluyen los trastornos digestivos y tóxicos debidos al mal funcionamiento del estómago, hígado e intestinos.

La relación que existe entre la postura y la salud ha quedado demostrada en casos en que una vez corregida la mala postura y la visceroptosis consiguiente se han mejorado las condiciones patológicas. No siempre el mal porte se acompaña con la mala salud, ni tampoco sucede que todos los casos de mala salud provengan del mal porte, pero las dos condiciones se encuentran juntas en un porcentaje tan alto de casos, que es evidente la última relación que entre ellas existe, tantas así que actualmente se reconoce la buena postura como una de las bases de buena salud y de desarrollo físico.

Es perfectamente factible para los padres y maestros corregir la falsa postura en los niños, pero esos métodos fastidiosos que hacen recaer todo el peso de la posición correcta, sentado y de pie, sobre la fuerza de voluntad del niño son inadecuados o injustas, y hasta pueden llegar a ser crueles para el niño.

Lo primero que necesita un padre o un maestro que haya de guiar las actitudes de un modo inteligente, es acostumbrar la vista a discernir la diferencia entre una actitud correcta y otra incorrecta. Sin previa educación nadie está familiarizado con los contornos del cuerpo en distintas edades como para emitir juicios en la materia. Hay que conseguir que todo el que se encargue de niños pequeños reconozca estos puntos fundamentales.

Lo más importante en esta apreciación de las actitudes, correctas e incorrectas, es la diferencia entre la línea recta y la línea quebrada en el porte general del cuerpo tomado en conjunto, cuando se mira de perfil. El cuerpo perfectamente recto tiene su cabeza y su tronco plantados sobre las piernas con sus diámetros mayores en línea vertical, de tal modo que podría balancearse alrededor de una línea central. La actitud torcida en la posición usual de fatiga, señala un zig-zag en el que el diámetro mayor de la cabeza y del cuello forman una línea inclinada, el diámetro mayor del tronco forma una segunda línea inclinada en dirección inversa, mientras una tercera línea cae hasta los pies.

La posición quebrada o de fatiga es la reacción inevitable de un cuerpo cuyas articulaciones son flexibles, junto con el

efecto de la gravedad si el tono muscular es débil o si la innervación habitual de los músculos no se reparte entre los que actúan en la parte anterior del cuerpo y los de la parte posterior. En los casos de crecimiento rápido sucede a menudo que la innervación de los músculos parece debilitarse y la coordinación de grupos opuestos de músculos sufre constantes cambios. Por ejemplo, en la primera infancia el tronco es muy grande en relación a la longitud de las piernas. Cuando el niño recien aprende a estar parado, sus músculos se entrenan a sostener ese tronco a una distancia del suelo relativamente pequeña.

Muy pronto, sin embargo, las piernas empiezan a crecer con rapidez, mucho más que el tronco, levantando el centro de gravedad en forma tal que el equilibrio se hace mucho más difícil y el juego de los músculos sufre un gran cambio. Lo mismo sucede con los brazos; al principio estos son cortos y están siempre apretados contra el tronco, luego crecen rápidamente y los omóplatos que los sostienen giran aplicándose contra la parte posterior del tórax. Pero, si los músculos posteriores de los omóplatos no se fortalecen en proporción al aumento de peso de los brazos, este peso hará que los hombros se inclinen hacia adelante formando espaldas agobiadas u omóplatos alados. Esta inclinación de los hombros y de los brazos hacia adelante obligará al tórax a hundirse hacia atrás y a caer, para poder mantener el equilibrio del cuerpo. Esto crea la desviación de la columna vertebral y la depresión del pecho, y por la misma reacción mecánica, la cabeza se echará hacia adelante en vez de mantenerse erguida.

Como consecuencia de esta postura torcida se operarán cambios en la oblicuidad de la pelvis que pueden afectar seriamente sus órganos y los de la cavidad abdominal.

Otro cambio importante del crecimiento es el que se opera en el pecho. En la primera infancia el niño tiene un pecho muy hondo en relación a su anchura. Se le llama pecho en forma de tonel. A medida que el niño crece los contornos del pecho se modifican. Se va ensanchando hasta los doce a catorce años y durante un tiempo se vuelve muy chato; sólo con la adolescencia empieza a hacerse más prominente por el desarrollo del ángulo del esternón con su manubrio. Este cambio

en las proporciones del tronco causa otro cambio, y muy serio, en el arreglo del sistema muscular, especialmente en aquellos músculos que sostienen los omóplatos posteriormente.

Muchos padres y maestros ignoran cual es la forma normal del pecho en los años de mayor crecimiento. Es absolutamente natural que el niño tenga el pecho chato en aquella época que precede inmediatamente a la pubertad, y sin embargo muchos padres se alarman al observarlo creyendo que ello debe atribuirse a debilidad del pecho. Y es lo contrario pues es cuando el pecho no se desarrolla en esa forma que debemos alarmarnos, desde que el pecho infantil, con su gran profundidad y poca anchura, es un signo característico de debilidad en las vías respiratorias o de estado tuberculoso. Se debe tener especial cuidado de evitar toda exageración en la elevación o en la expansión del pecho. Esta exageración no sólo es perjudicial en la niñez sino que lo es a cualquier edad, puesto que esa expansión exagerada impide la libertad en los movimientos respiratorios, distiende las costillas en forma rígida, en vez de permitir la libre acción y la gran movilidad que debieran acompañar y hacer posible la respiración normal.

La posición de los pies también debe vigilarse. Según una vieja tradición se tiende siempre a enseñar al niño a que camine con las puntas de los pies hacia afuera, mientras que lo correcto es que éstos estén en línea recta hacia adelante, tanto en la marcha como en el descanso. Este es otro punto en que el hábito ejerce gran influencia, y en el que es necesario desarrollar y fortalecer la natural coordinación de los movimientos. Los niños pequeños tienen siempre la punta de los pies hacia adelante. Sólo cuando empezamos a hablarles de echar las puntas hacia afuera es que aprenden a observar la posición de los pies. El pie vuelto hacia afuera es un pie defectuoso y propenso a tener tobillos débiles.

El corregir la mala postura de un niño o al guiar durante su crecimiento al que la tiene buena, deben tenerse en cuenta dos cosas.

1.º No se debe reprender al niño contínuamente,. Hay otros métodos mucho más eficaces. El sistema de la mayor eficiencia ha dado muy buenos resultados y ha despertado

gran interés en la cuestión. Se ha podido emplear en las agrupaciones de niños, como ser clases, clubs u otras organizaciones. Este sistema promulgado por la «Liga Americana del buen porte» consiste en tres pruebas y en una estimación porcentual de la eficiencia de la clase, de modo que se hace un llamado al amor propio de la clase como tal, y al de cada uno de sus miembros particularmente.

El afán de obtener un alto porcentaje para su clase, y el de ser promovido por haber mejorado la actitud, amén de otros factores, crean un interés y un esfuerzo de parte del niño, que jamás se conseguiría por medio de reprimendas.

2.º El segundo principio educacional a tenerse en cuenta es que aunque el niño no demuestre ninguna desviación en la postura, deberá hacer la gimnasia adecuada, pues en cualquier período del crecimiento pueden aparecer actitudes falsas que se desarrollan rápidamente.

Hay sin embargo otros factores que crean la falsa postura sin ser los factores educacionales.

Muchas prendas del vestido del niño lo obligan a torcer su postura. Si el peso de la ropa está sostenido por las extremidades de los hombros en vez de estarlo por la base del cuello, es una crueldad exigir que el niño resista esta contínua presión y mantenga una postura correcta a pesar de todo. Esto no podrá exigirse ni cuando la ropa está directamente sostenida en los hombros ni cuando lo está indirectamente por medio de tiradores elásticos etc. Si el corte de la prenda echa la cabeza hacia adelante, haciendo presión en la parte posterior del cuello, es absurdo suponer que el niño ha de resistir esta presión durante todas las horas en que está despierto y mantener la cabeza erguida a pesar de esa presión. Lo mismo diremos de los cinturones: si éstos hacen presión en las partes blandas del cuerpo, debajo de las costillas, es natural que se desarrolle la visceroptosis, o por lo menos el mal funcionamiento de los órganos del abdómen.

El calzado que el niño usa, los muebles en que se sienta, tanto en su casa como en la escuela, la forma en que cae la luz sobre su libro, el ángulo en que tiene dicho libro, todo ésto ejerce una influencia poderosa sobre su salud. Cada una de estas

causas separadamente puede no causar un efecto notable, pero juntas forman una especie de molde que da forma al cuerpo que crece y que produce los defectos en la postura que tanto nos alarman.

Debería ser posible colocar a los niños en escuelas o en un ambiente que favorecieran la actitud correcta, en vez de obligarlos a posturas violentas, como actualmente sucede, y luego exigir que él las corrija sólo por fuerza de voluntad.

El fin que se ha propuesto la «Liga Americana del buen porte» ha sido el de mejorar todas las condiciones generales y las prendas de uso o de vestir que afecten la posición del cuerpo. Por medio de sus Comisiones Técnicas se ha hecho una especie de modelo de varios artículos de uso, (en algunos casos también para adultos), como ser calzado, tiradores, cinturones, corsés, trajes y también muebles para la casa y para la escuela.

El tratar este asunto de la buena postura, no hay que olvidar que todos los otros factores que contribuyen a la salud del niño, influyen sobre su postura, como la buena alimentación, el sueño, y el ejercicio en general, sea como deporte, sea como juego.

También es cieta la inversa, es decir que cualquier causa que obligue al niño a mantener una buena postura, contribuirá al desarrollo de otras funciones que afectan su salud, es decir: nutrición respiración, eliminación y la circulación en general.

En la historia del mundo jamás se ha dado tanta importancia como actualmente, a la buena posición del cuerpo. La buena postura y el buen porte es lo primero que se enseña en los campos de entrenamiento, donde se forman tantos cientos de miles de soldados. La resistencia y la fuerza del soldado, y su eficiencia, como máquina de combate, mecánica y fisiológicamente exigen una buena postura. Nada distingue tanto al recluta del soldado ya entrenado como la actitud y el porte. En el campo de la educación, la escuela de cualquier grado, desde la primaria hasta la universidad, que no preste preferente atención a esta cuestión, no está a la altura de su época y al preparar y examinar aspirantes a maestros, cada vez se tiene más en cuenta el buen porte.

Nunca tanto como ahora se ha sentido la necesidad de que los niños tengan el mayor desarrollo posible de salud, para arrostrar el gran futuro que los espera. Todos aquellos que tienen a su cargo la educación de la niñez debieran velar por que estas jóvenes existencias marcharan a realizar su parte en la gran tarea mundial, con la postura erguida que indica equilibrio físico, mental y espiritual.

PROYECTO DE CARTILLA HIGIENICA

PARA USO DE LOS PADRES DE LOS NIÑOS QUE CONCURREN A LAS ESCUELAS

POR EL DR. E. M. OLIVIERI.

Médico Inspector del Cuerpo Médico Escolar de Buenos Aires.
Profesor sustituto de Patología Quirúrgica de la Facultad de Medicina

65-169-176
177

La Escuela no solo tiene por alta misión instruir a los niños que a ella concurren sino también que debe velar por la salud de los futuros ciudadanos que en ella se educan.

Formar hombres instruídos, robustos y ágiles, dar a la familia hijos sanos, a la sociedad y a la Patria hombres fuertes de cuerpo y de espíritu, he ahí condensado en pocas palabras su hermosa finalidad. Y así al lado del maestro que cultiva y modela el alma vírgen del niño, el médico tiene también en la escuela una acción preponderante que desempeñar, vigilando el desarrollo regular y armónico del organismo en formación del hombre de mañana, dictando las medidas higiénicas que alejan el peligro de las múltiples enfermedades que acechan a la niñez, aconsejando las condiciones de salubridad de los locales escolares, muebles y útiles etc., que emplea el niño que se educa. En nuestro país, como en todas las grandes naciones civilizadas, el Consejo Nacional de Educación sostiene un cuerpo médico escolar, cuya misión fundamental es, justamente vigilar la salud de los niños de las escuelas y acon-

sejar todas aquellas medidas para que ello, que representan el futuro y condensan todas las más caras esperanzas de engrandecimiento de nuestra nacionalidad, crezcan lozanos y robustos.

Pero no basta la acción del médico en la escuela, para que el niño goce de todas las ventajas que de su vigilancia higiénica pueda obtenerse. Es necesario que sus consejos se entienda hasta el hogar, donde el niño pasa el resto de sus horas y que ahí una dirección inteligente y vigilante venga a coayuvar con la acción iniciada en la escuela. A los padres de familia a quienes está dirigda esta cartilla, que reasume los cuidados que la ciencia aconseja deben darse a los niños en la edad escolar, corresponde secundar la acción del médico, conociéndolos y aplicándolos en sus vástagos, obteniendo así, no solo la inmensa satisfacción de verlos crecer fuertes y sanos sino contribuyendo en esa forma ha dar a la patria hijos que, a la vez que posean un espíritu selecto y cultivado, tengan sus cuerpos pletóricos de vida, hechos a todos los embates, bella obra, monumento viviente de la raza y a la que contribuirán por igual el Maestro, el Médico y el Padre.

He aquí los consejos higiénicos que todo jefe de familia que quiere a sus hijos, tiene la obligación de conocer y aplicar en los suyos.

HIGIENE CORPORAL

La higiene de nuestro cuerpo es una de las condiciones fundamentales para la conservación de la salud. La piel desempeña la importante misión de eliminar productos malsanos para nuestro organismo. Si no está bien limpio, sus poros se obstruyen, estos no son eliminados con grave prejuicio para nuestra salud. En segundo lugar, sobre ella se depositan gran cantidad de microbios que se multiplican indefinidamente, produciendo muchas veces enfermedades contagiosas. De ahí que a los niños ha de tenérseles con su cuerpo perfectamente limpio, bañándolos y jabonándoles a menudo, un baño por semana por lo menos es necesario para favorecer el buen funcionamiento de la piel.

La cara del niño debe lavarse todos los días con agua y jabón. Las manos y las uñas han de mantenerse perfectamente limpias, por ellas se trasmiten la mayoría de las enfermedades contagiosas, deben ser lavadas sistemáticamente antes de cada comida.

Debe vigilarse la limpieza de la cabeza de los niños, los cabellos deben ser cortados cortos, deben peinarse y en las niñas trenzarse todos los días y ser lavados con agua y jabón por lo menos una vez por semana. Es la mejor manera de evitar la aparición de parásitos cuya existencia, fuera de demostrar una gran dejadez en los padres constituye un peligro para los niños, por las infecciones que suelen producirse en la piel y en los ganglios a través de las heridas que producen las uñas.

Por otro lado, un niño que tiene parásitos, es rechazado de la escuela para que no contagie a sus compañeros, con gran afrenta para él y de los suyos.

Cuando haciendo la limpeza de la cabeza de un niño, se encuentre parásitos, o su huevos (liendres) la menera y más fácil y al alcance de todos de destruirlos, es la siguiente: se pone en una taza una porción de kerosene y se le agrega una parte igual de aceite de comer. Con esa mezcla se empapa bien la cabeza del niño al acostarse y se le envuelve con una tohalla, o con un paño cualquiera manteniéndolo así toda la noche, al día siguiente se pasa por los cabellos cuidadosamente un peine fino mojado en vinagre, así se eliminarán pronto los parásitos y huevos repitiendo el remedio cada vez que se notaran nuevamente.

La higiene de la boca debe cuidarse con sumo cuidado, en ella viven normalmente gran cantidad de microbios y si la limpieza de esta no es perfecta se desarrollan en grán número produciendo a veces enfermedades graves.

La mala higiene de la boca es una causa de la caries dentaria que debilita a los niños por los dolores que produce evitando que descansen y duerman con toda la tranquilidad que ellos necesitan.

Por otra parte, con los dientes cariados no se puede masticar bien y esa mala masticación es causa por sí sola de malas digestiones y enfermedades del estómago e intestino del niño.

La caries de los dientes pueden ser por otro lado muchas veces la puerta de entrada de la tuberculosis. Debemos entonces, preocuparnos porque los dientes se conserven sanos limpiándolos con cepillo y un dentrífico apropiado todos los días, sobre todo nos preocupamos de hacerlo después de las comidas y especialmente al acostarse, así eliminaremos las partículas alimenticias que quedan depositadas entre ellos y que fermentan rápidamente. Los niños con dientes cariados deben ser enviados inmediatamente al dentista. Un dentrífico bueno y fácil de hacer preparar es el siguiente:

creta preparada	a a 15 gramos
magnesia calcinada.	
lactosa	a a 10 gramos.
Polvo de jabón	
carmín	cs.
esencia de menta	

Lavar con cepillo y ese polvo los dientes al levantarse y después de las comidas.

VESTIDOS

Los vestidos que usen los niños, de géneros más o menos espesos según la estación deben ser amplios, solo así permitirán la completa libertad en sus movimientos y no perturbarán en lo más mínimo la respiración y la circulación. Deben rechazarse, entonces, en su indumentaria, los vestido ajustados, los cinturones apretados, y cuellos altos y estrechos, debe proscribirse al uso del corsé en las niñas, que concurren a las escuelas, que con el pretexto de modelar el talle algunas madres hacen usar a sus hijas prematuramente. Es necesario que se sepa que hay que dejar a la naturaleza, la sabia misión de modelar el cuerpo de las niñas y que nadie lo hará mejor que ella y que los vestidos ajustados, corbatas y el corsé en la época de crecimiento del organismo como es en la niñez solo producen cuerpos deformes, pechos estrechos y pulmones débiles y una respiración insuficiente. Por otra parte los vestidos estrechos perturban el funcionamiento de los órganos y de la piel, el niño que siempre está en movimiento tiene una abundante transpiración y solo los vestidos amplios permiten el

libre funcionamiento de todos los órganos y la evaporación de una transpiración abundante. Debe tenerse especial cuidado en la limpieza de los vestidos de los niños. En los vestidos desaseados crecen toda clase de gérmenes y parásitos, y son muchas veces, por sí solos el medio de transmisión de muchas enfermedades infecciosas. Debe cuidarse especialmente, la limpieza de la ropa interior que recibe todas las emanaciones del cuerpo, camisas, camisetas, calzoncillos, medias, etc. deben mantenerse en un estado de absoluta limpieza, mudarse dos veces por semana por lo menos y se habituará a los niños ha cambiarse todas las noches su ropa interior, por otra de dormir. Por último el calzado de los niños será amplio, con puntas cuadradas o redondeadas con tacos bajos. Rechazaremos, por completo, los botines estrechos y los tacos altos en los niños que solo producen deformaciones dolorosas de los pies y actitudes viciosas de los miembros inferiores y del tronco.

SUEÑO

Nada hay más respetable que el sueño de los niños y bajo este punto de vista, hay que darles amplia satisfacción si se quiere verlos crecer sanos y ágiles y robustos. El sueño es un fenómeno fisiológico que siempre debemos respetar y más aún en el niño donde las funciones de su organismo en formación son activísimas, y donde por su movilidad natural, hay siempre un gasto muy grande de energías. Con el sueño se reparan estas pérdidas que produce la actividad, se eliminan, durante él, productos nocivos que se han originado con el ejercicio y se acumulan nuevas fuerzas. Entonces el niño no solo debe dormir, sino hacerlo en cantidad suficiente, que repare el desgaste y cansancio que produce la actividad; solo así podremos exigir de él que realice bien y regularmente las obligaciones que la escuela le impone.

La higiene aconseja que un niño de 7 a 8 años, debe dormir alrededor de once horas, acostándose por ejemplo a las ocho de la noche y levantándose a las 7 de la mañana. De doce a catorce años esa cantidad puede reducirse a diez horas.

Con tal descanso, se conseguirá el máximo de rendimiento durante la actividad del niño, cosa que es imposible si ese tiempo de sueño ha sido insuficiente. La cama será más bien un poco dura, un colchón y una almohada serán suficientes, de modo que duerma con su cabeza poco elevada. No debe sobrecargarse de ropas la cama del niño, como es común de ver que lo hacen inconcientemente la mayoría de las madres. Indudablemente, que, según la estación, deben ponerse más o menos abrigos, pero sin llegar al exceso que provoque la transpiración que los molesta y debilita. Jamás debe permitirse que los niños duerman con la cabeza tapada. Las ropas de dormir serán amplias y no deben ajustar nunca el cuello y los puños. El dormitorio será espacioso airado y ventilado, será la mejor pieza de la casa, que reciba el sol, si es posible durante algunos horas del día, porque este es el mejor desinfectante contra los gérmenes, y para evitar la viciación del aire, que se produce en los locales cerrados, que es causa de anemia, de dolores de cabeza e inaptitud para el trabajo en los niños; debe habituárseles ha dormir con una banderola o ventana abierta aun en invierno y que es la mejor manera de asegurar una completa renovación del aire.

ALIMENTACION DEL NINO.

La alimentación del escolar es algo que debe preocuparnos grandemente. El niño, en esa edad, se agita y se mueve constantemente y se le exige ya un trabajo intelectual, gasta entonces energías que deben ser reemplazadas por la alimentación. Además el niño crece y de los alimentos ha de sacar los elementos de edificación de sus huesos, músculos y órganos diversos. De una manera práctica diremos, que la cantidad de alimento que necesita el escolar, es aquella que le procura un crecimiento normal, sin producirle perturbaciones digestivas. El apetito, el aumento de peso, la buena digestión en un niño sano, deben ser los reguladores de su alimentación. Los escolares deben hacer cuatro comidas al día, sin otras intermedias, que solo servirán para perturbar sus digestiones: desayuno, a la mañana de café con leche pan y manteca, almuerzo al medio-

día de sopa, carnes, legumbres y postres, la merienda a las cuatro, de té o café con leche y pan y la cena con sopas, carnes, legumbres y postres.

Más que de la cantidad, debemos preocuparnos de la calidad de los alimentos que damos a nuestros hijos, sobre todo en los de orígen animal, tan fáciles de alternarse y así de los alimentos comunes exigiremos que la carne ya sea de vaca, aves etc, sea absolutamente fresca: jamás, con el pretexto de hacerlas más tiernas, retardaremos su consumo de un día para otro. No daremos a los niños carnes en conserva ni embutidos ni vísceras de animales, que son de difícil digestión a excepción de los sesos fácilmente digeribles y ricos en grasa y fósforos. Los pescados excelente alimento de fácil digestión, solo los emplearemos cuando nos conste su perfecta frescura, con los pescados, pasados pueden producirse intoxicaciones muy graves. Idénticas condiciones exigiremos para los huevos y la leche, la cual siempre ha de tomarse hervida porque puede provenir de animales enfermos, la leche cruda es un medio común de transmisión de la fiebre tifoidea y la tuberculosis. En los alimentos de orígen vegetal pasta, harinas, etc. exigiremos siempre su buena calidad.. Recordaremos que el pan debe ser bien cocido, que fresco y caliente es indigesto, que la miga comida en cantidad es de difícil digestión y enferma el estómago de los niños, debiendo preferirse para el alimento de estos los bizcochos secos y el pan tostado. Las frutas serán perfectamente maduras o cocidas en forma de compotas. No deben usarse condimentos en la preparación de las comidas de los niños, tales como pimienta, especies, ajos ajíes, etc. El gusto agradable de los alimentos debe residir en su calidad, más que en los condimentos que se lo agreguen. En una palabra, estos serán los más simples posible y solo debemos tener presente que una buena cocción, a punto, los hace más agradables y digeribles.

Debe evitarse a los niños comer verduras crudas, pues ellas pueden ser portadóras de gérmenes de tifoidea, o huevos de parásitos diversos, tales como los capaces de producir los quistes hidatídicos. Como bebida solo emplearán los niños el agua pura, filtrada, o hervida, si no nos ofrece todas las garantías de pureza; no deben tomar los niños ninguna clase de alcohol,

vino, cerveza, etc. Por último protegeremos los alimentos, sea cualquiera su naturaleza, del contacto de las moscas, que son portadoras de innumerables microbios que los depositarán sobre ellos y llegarán en esa forma hasta el niño.

ENFERMEDADES INFECCIOSAS

El organismo virgen del niño está expuesto, constantemente, ha adquirir enfermedades que toman una gran difusión en la escuela, por su carácter de contagiosidad. La mejor manera de evitarlas es seguir las prescripciones higiénicas antes citadas, buena higiene corporal, de la alimentación, del vestido, etc. Debemos saber que el contagio de estas enfermedades se hace, no solo por los niños efermos a sus compañeros sanos, sino, también, por objetos diversos, ropas, útiles, libros y todos los utensillos que hayan estado en contacto con ellos, y que las personas sanas hermanos o personas mayores que frecuenta, o están con los niños enfermos, son capaces de transmitir el contagio. Se debe saber, también, que los niños curados de estas enfermedades, son por un tiempo, capaces de transmitirlas a sus compañeros, porque en ellos existen, todavía microbios en condiciones de contagiar. Las armas que dispondremos para luchar contra ellas, son: El aislamiento y la desinfección. Lo primero consiste en separar al enfermo, sus hermanos y las personas que están en contacto con él, de sus compañeros, en un tiempo variable para cada una de ellas y así para la escarlatina, la viruela y la difteria el enfermo debe ser separado de la escuela por espacio de 40 dias, para el sarampión y la varisela la separación será de 16 días, para las paperas, diez días y en los enfermos de tos convulsa el aislamiento durará hasta quince días después que hayan desaparecido los ataques de tos. La duración del aislamiento de los niños sanos que han estado en contacto con el enfermo contagioso, será de doce días para la escarlatina, sarampión y viruela, 10 días para la difteria y diez para las paperas, a contar del último caso producido.

Es necesario que los padres sepan esto y que una vez que el médico familiar haya hecho el diagnóstico de cualquiera de

las enfermedades infecciosas antes citadas, en uno de sus hijos, se apresuren a comunicárselo al Director de la Escuela, quien, a su vez, avisará al médico inspector, el cual ordenará las medidas higiénicas, tendientes a evitar la prolongación del mal. En esa forma los padres harán obra buena, evitando a los demás niños, el peligro de contagio, que no desearían, seguramente para los propios. Antes de volver estos niños a la escuela, se tomarán y se hará una desinfección de las ropas, habitación ocupadas por ellos, etc., los que hace gratuitamente la Asistencia Pública. Los niños deben ser vacunados y revacunados cada diez años 1.° porque así, evitarán en una forma segura de enfermarse de viruela. 2.° porque sin ese requisito, no se les admite en la escuela—y por último trátese de fortalecer, en todo lo posible, el organismo del niño, en las horas que les deja libre la escuela, aprovechando su tendencia natural al movimiento, permitiéndosele y estimulándolos a toda clase de juegos y sports, en plazas, parques y paseos o donde puedan respirar aire puro en abundancia, que practicados en una forma metódica y sin exageración serán uno de los medios de formar cuerpos robustos que luchen, eficazmente contra ciertas enfermedades que se instalan, insidiosamente en nuestro organismo tal cual es la tuberculosis.

TRABAJO INTELECTUAL

Los niños prolongan muchas veces, en sus respectivos casos, las tareas habituales de la Escuela. Tienen deberes que escribir, o necesidad de estudiar en sus libros, los tópicos indicados por su maestros. Es necesario también que se sepa, que esto debe ejecutarse, para que no resulte perjudicial para la salud, dentro de ciertas condiciones que exige la higiene. El cuarto de estudio no solo será bien iluminado, sino, que además, se tratará que la luz llegue hasta la mesa de trabajo del lado izquierdo, o del izquierdo y del derecho a la vez. Debe evitarse la iluminación de frente, que perturba la visión, con sus reflejos y la luz viniendo solo de la derecha o de otras, que proyectan sombras sobre el libro o el cuaderno, obligando al

niño ha aproximarse demasiado a la mesa para poder leer o escribir. Esta visión cercana repetida todos los días, trae rápidamente, la agravación o la aparición de ciertas enfermedades de la visión, en los niños predispuestos. Por otro lado aproximados demasiado a la mesa de estudio, el niño tiene que encorbar exageradamente su columna vertebral; deformación que fácilmente se hace permanente, con todas sus consecuencias, en un organismo en pleno crecimiento. Evítese que el niño realize sus tareas de noche, empleando la luz artificial. Los inconvenientes de la mala iluminación son aquí mayores, y por otra parte la experiencia ha demostrado, que el valor del trabajo intelectual es mucho menor, a medida que avanzan las horas del día, siendo mucho menos activo y productivo al llegar la noche. En último caso la luz artificial que se emplee provendrá de un foco de intensidad suficiente, que esté colocado en forma tal, que la luz venga desde arriba y a través de pantallas opacas. Cuídese que la mesa y el asiento, en los cuales trabaja el niño, no sean demasiado chicos, o muy grandes, con relación a su estatura, que lo obliguen ha tomar posiciones viciosas, torciendo su columna vertebral, o le hagan aproximarse de modo que confirma, su pecho contra la mesa, evitando así su amplio desarrollo. Recomiendo, la luz del cuarto de estudio y los muebles deben estar dispuestos en forma tal, que permitan al niño estar sentado en una actitud que no perturben el desarrollo armónico de su organismo, sino que por el contrario lo favorezcan en toda forma. Esta actitud racional es la siguiente: Cabeza levantada, la frente ligeramente inclinada y los ojos separados del libro por lo menos de unos treinta centímetros, columna vertebral recta, cuerpo derecho, bien a plomo, descansando por igual en ambas nalgas y el pecho jamás se apoyará sobre el borde de la mesa, los codos no deben apoyarse tampoco en esta. Solamente las manos y parte de los antebrazos podrán descansar sobre la mesa ligeramente, sin soportar el peso del cuerpo, las espaldas ambos a igual altura, y las piernas flexionadas en ángulo recto sobre los músculos, descansando los pies ampliamente, sobre el suelo, o sobre un soporte de ancho suficiente, sin que queden nunca colgando del asiento.

UN RECURSO PARA PODER ESTABLECER UNA CLINICA DENTAL ESCOLAR

Por el Dentista F. L. Bournett

(de Buenos Aires)

25 46-169-176.

INSTALACION Y FUNCIONAMIENTO

No pretendo hacer literatura. Si en la rudeza del lenguaje científico estribara la realización del proyecto que presento, escribiría sobre piedra usando adjetivos gruesos. No hablaré de las enfermedades buco-dentarias del niño que es tema que se presta al lirismo y a las divagaciones y por eso está demasiado trillado. Quiero dar márgen a la discusión para que este Congreso dé las bases para instalar las Clínicas Dentales Escolares cuya gestión en mi patria tropieza siempre contra las arcas del Estado y naufraga. Deseo que de este Congreso surjan las bases para la obra en proyecto.

Decir que las Clínicas Dentales escolares son de imprescindible necesidad en el coeficiente de la salud y el aprovechamiento escolar, no es decir nada nuevo. Hacen más de 40 años que está dicho. Lo que nos interesa es buscar la forma de llevar este proyecto a la realización en las naciones donde no se han preocupado los gobiernos en este sentido. Hago honrosa excepción del Perú en Sud-América y vaya para esa gran nación del Pacífico mi sincero aplauso.

En cuanto a formas de llevarlas a cabo, hay muchas; pero está en mi espíritu plantear la que conviene en mi país ya que todos los medios y proposiciones hechas por varios colegas desde el año 1902 han resultado estériles por cuanto el gobierno no tiene fondos para hacer frente a un gasto como el que demandaría. Propongo al efecto la creación de una Matrícula Dental que someto a la consideración de los señores Congresales ya que esta idea puede servir de base a todas las naciones sud-americanas.

Tomo por base 150.000 alumnos. Es un número caprichoso pero que sirve de base para un caso como el presente, y, por que las estadísticas, no tienen importancia por el momento.

En estos 150.000 alumnos estarían representados los alumnos de las escuelas públicas y normales de Buenos Aires, cuyo porcentaje en lo que respecta a la caries dentaria es de un 80 % aproximadamente, porcentaje que puedo hacer extensivo a toda la población escolar Sud-americana.

Como decía propongo la creación de una matrícula anual que he denominado de Higiene Dental cuyo costo es de $ 0.50 centavos y que se abonaría con la matrícula escolar. Esta nueva matrícula no sería un recargo para ningún bolsillo. Los 150.000 alumnos abonarían por concepto de Matrícula de Higiene Dental la suma de $ 75.000 anuales y cuya inversión se haría en la siguiente forma:

Estableciendo 20 Clínicas dentales escolares en Buenos Aires a razón de una Clínica por Consejo Escolar, (ya que las escuelas de esta ciudad dependen de 20 consejos escolares.) Cada Clínica tendrá tres sillones que serán atendidos por dos dentistas y un estudiante del último curso de Odontología.

Para la instalación de cada Clínica se invertirá un veinteavo de los $ 75.000 que es $ 3.750. Cantidad suficiente para costear los tres sillones y dotarlos de instrumental necesario. La cantidad es al parecer exigua, pero hay que pensar desde yá que se harán instalaciones modestas.

El personal lo constituirán:

Un dentista Director rentado con $ 300 mensuales.	Por mes	$	300
20 dentistas jefes de turno con $ 120 mensuales	„ „ „		2.400
20 dentistas asistentes con $ 100 mensuales	„ „ „		2.000
20 estudiantes del último año con $ 50 mensuales	„ „ „		1.000
61 asistentes		$	5.700

El presupuesto mensual será entonces de $ 5.700 para abonar los honorarios de los dentistas, resultando un presupuesto

anual de $ 68.400 quedando por saldo de los $ 75.000 la suma de $ 6.600 que serían invertidos en instalación y otros gastos. El horario de los dentistas serán dos horas y media diarias, tiempo suficiente para poder dar de alta a razón de 4 alumnos diariamente, o sean 240 alumnos diarios o sean 72.000 anuales. Debe considerarse alta esta cifra para el primer año de labor.

Ya que la instálación absorbe integramente lo recaudado, el primer año, surgirá lógicamente de los señores Congresales la pregunta: ¿ Con qué se abonarán los honorarios del personal técnico ? Convencido del patriotismo de mis colegas, ellos serían los primeros en ofrecerse adhonoren durante el primer año, hasta tanto se regularice el funcionamiento de las Clínicas.

También se notará que no he incluído en el presupuesto de gastos, el local, servidumbre etc, pero entendiendo que el asiento de las Clínicas dentales escolares será la sede del de los Consejos mencionados creo oportuno decir que no habrían tales gastos, y aún cuando los hubieran, existen muchos recursos antes de abandonar un proyecto por meros detalles de instalación. Si los señores Congresales desean conocer el remedio que propongo a esos males noten dría inconveniente en enumerarlos.

Propongo como complemento para costear esta Clínica y en beneficio de las mismas la « Semana de la Perla » en la que los mismos alumnos recaudarían el óbolo vecinal, a semejanza del día de la Flor, del día del Kilo etc. El producto de este recaudo estaría destinado al presupuesto del año subsiguiente y con el cual se aumentaría el personal técnico y el mejoramiento interno de la Institución.

Esto es solamente el esbozo de la obra que proyecto y desearía vehemente que en el seno de este Congreso surja, cualquiera que ella fuere, una forma práctica para su instalación en las naciones donde los gobiernos no se preocupan en este sentido. Por ello no he querido esbozar el reglamento de éstas, hasta que se hagan bases que hoy son las indispensables para instalarlas. Y desearía sinceramente que de este recinto surja un proyecto de ley general y se adapte en particular a cada una de las naciones americanas en este Congreso representadas, haciéndo-

donos un deber de poner en conocimiento en el Tercer Congreso del Niño, el resultado de la labor realizada. Esta es la manera más noble de hacer política internacional.

CONCLUSIONES

Que siendo la caries dentaria la enfermedad que goza del más elevado porcentaje entre el elemento escolar, preparando la debilitación de los medios de defensa del organismo, rompiendo su equilibrio biológico y brindando un terreno propicio para el desarrollo de las tuberculosis latentes y larvadas.

PIDO:

Que se exhorte a los gobiernos de América a decretar obligatoria la Higiene y la Asistencia buco-dentaria en las escuelas y, que hasta tanto los gobiernos no puedan hacerse cargo de las erogaciones que su instalación y funcionamiento exijan, se estimule por todos los medios posibles la iniciativa privada, el óbolo vecinal y la filantrópia.

CALCULO DE RECURSOS PARA MANTENER LAS CLINICAS DENTALES ESCOLARES TOMANDO COMO BASE LA MATRICULA DE HIGIENE DENTAL Y LA SEMANA DE « LA PERLA »

1	2	3	4	5	6	7	8	9
5000	$ 2500	$ 1000	$ 3500	$ 350	$ 3250	40 %	2000	2
5000	„ 2500	„ 2500	„ 5000	„ 500	„ 4500	60 „	3000	3
5000	„ 2500	„ 5000	„ 7500	„ 750	„ 6750	80 „	4000	4
15000	„ 7500	„ 3000	„ 10500	„ 1050	„ 9450	40 „	6000	6
15000	„ 7500	„ 7500	„ 15000	„ 1500	„ 13500	60 „	9000	9
15000	„ 7500	„ 15000	„ 22500	„ 2250	„ 20250	80 „	12000	12
25000	„12500	„ 5000	„ 17500	„ 1750	„ 15750	40 „	10000	12
25000	„12500	„ 12500	„ 25600	„ 2500	„ 22500	60 „	15000	15
25000	„12500	„ 25000	„ 37500	„ 3750	„ 33750	80 „	20000	12
50000	„25000	„ 10000	„ 35000	„ 3500	„ 32500	40 „	20000	20
50000	„25000	„ 25000	„ 50000	„ 5000	„ 45000	60 „	30000	30
50000	„25000	„ 50000	„ 75000	„ 7500	„ 67500	8 „	40000	40
100000	„50000	„ 20000	„ 70000	„ 7000	„ 63000	40 „	40000	40
100000	„50000	„ 50000	„100000	„10000	„ 90000	60 „	60000	60
100000	„50000	„100000	„15000	„15000	„135000	80 „	80000	80

NOTA: indicando las columnas verticales.

1.º Corresponde a una ciudad del número de alumnos indicado.
2.º „ a lo recaudado por concepto de matrícula de Higiene Dental.
3.º „ a lo recaudado en la semana de «La Perla».
4.º „ al total recaudado.
5.º „ al descuento del 10 % sobre lo recaudado para la compra de materiales.
6.º „ a la cantidad a dividir entre el personal técnico.
7.º „ al porcentaje de alumnos atendibles con dicha cantidad a la columna 6.
8.º „ al número de alumnos atendibles.
9.º „ al número de dentistas necesarios.

NOTA: indicando las columnas horizontales.

I. Varía con lo recaudado en la semana de «La Perla» en la proporción de 0.20 por alumno.
II. Id. id. id. id. 0.50 por alumno.
III. Id. id. id. id. 1.00 por alumno.

LA BOCA DEL NIÑO. — EL SERVICIO ODONTOLÓGICO ESCOLAR. — SU FUNCIONAMIENTO. — NECESIDAD DE SU MEJOR ORGANIZACIÓN.

POR LAS DENTISTAS STAS. ANGELA CHAO Y F. H. COHAS

(De Montevideo)

41-169-

Si todo lo que tiene relación con el niño, en sus diversas fases, adquiere una importancia capital, como lo demuestra acabadamente la misma celebración de este interesante Congreso, su salud, todo lo que contribuya a conservarla, y sobre todo, la vulgarización de los peligros a que está expuesta y de los medios a nuestro alcance para protegerla, debe ser motivo de nuestros más constantes y activos esfuerzos.

Vamos por nuestra parte a particularizarnos con la boca del niño, tema este que por poderosas razones de salud pública, viene preocupando intensamente a las autoridades directrices de la gran mayoría de los países civilizados; tema siempre interesante, siempre a la orden del día.

Es que, si bien la higiène pública va, aunque lentamente, en constante progreso, la higiene privada, a pesar de sus posi-

tivos adelantos, adolece en cambio de grandes claros, y en lo que se relaciona con la higiene bucal y dental, asombra el comprobar la crasa ignorancia que aún persiste en la gran mayoría del pueblo, sobre el verdadero rol de los dientes en el bienestar del organismo y de las perturbaciones que a la salud provocan su descuido o falta.

Si sólo nos referimos al Uruguay, en la conciencia de todos está la certeza de los múltiples esfuerzos que tanto el Gobierno como también las diferentes asociaciones científicas hacen para mejorar el ambiente higiénico público y las indudables y positivas mejoras alcanzadas en estos últimos años.

La prolongación de las canalizaciones de agua potable, luz, desagüe, beneficios éstos llevados últimamente a las ciudades del interior de la República de los establecimientos de desinfección, las ordenanzas municipales que se relacionan con la edificación, el contralor de los víveres, etc., etc., así como también, la organización del Cuerpo Médico Escolar, la Asistencia Pública, la Liga Uruguaya contra la Tuberculosis, con sus servicios de defensa, sanitarios, etc., los Dispensarios públicos para el tratamiento gratuito de la avariosis, los Inspectores del trabajo, etc., etc,. prueban de una manera acabada, que el Estado y los elementos competentes, se ocupan seriamente de contribuir con el mayor esfuerzo, al mejoramiento de la salud pública, convencidos de que la higiene, en el sentido más amplio de la palabra, como medio de conservar la salud, descansa hoy sobre base sólida y ocupa un indiscutido lugar en el desarrollo de la vida científica y pública.

El valor social de la higiene, en su contribución al mejor desarrollo de los pueblos, queda reconocido, forma por sí solo una rama, de las más importantes, del socialismo de Estado.

Mucho se ha hecho, se hace y no cabe menor duda, se hará aún, por la colectividad, para conseguir que los preceptos de la higiene, encuentren máxima difusión entre el pueblo; que sus postulados sean asimilados sin resistencia, no como imposición de teorías más o menos demostradas, sino como el reconocimiento íntimo, el convencimiento indiscutible de su bondad en las prácticas del cuidado personal.

Pero, desgraciadamente, la resistencia, más que la resistencia, la indiferencia a los preceptos de la higiene no son sólo patrimonio de las clases inferiores, sino que aún en las clases elevadas, que por el ambiente en que actúan no debieran desconocer las nociones fundamentales sobre las cualidades reposan las bases de una buena salud, encontramos a menudo personas que las desconocen, las olvidan o no les interesa su práctica.

La ignorancia, la indolencia, y el prejuicio, son, indudablemente, los mayores y más arraigados factores, que impiden llevar a la práctica y que sean una realidad las grandes ventajas y los positivos resultados, que una bien entendida higiene y cuidado corporal representan para la salud individual y, como consecuencia inmediata, para un mejoramiento en la salud colectiva con su correspondiente bienestar nacional.

La ley, la ley sola, no puede entrar en todos los detalles, es eficaz para llevar a cabo por sí sola evoluciones colectivas de naturaleza tan compleja; es necesario que a ella se agregue la disposición por convencimiento personal, por educación adquirida, y para que así sea debe demostrarse la teoría con la práctica; para ello debe dirigirse esa educación al niño y desde la escuela.

La boca del Niño, modesto trabajo que nos complacemos en someter a la consideración de este ilustrado Congreso, tiene como fin primordial el contribuir, dentro de su esfera, a mejorar la salud del niño, inculcarle desde la escuela los preceptos de la higiene dental, como base primordial de un presente y futuro bienestar, y demostrando a las autoridades el mal, los positivos peligros de lás caries dentaria en los niños, que pagan por esta causa enorme tributo a la patología infantil, con grave repercusión en la salud del hombre de mañana, interesar a dichas autoridades, para que desarrollen e intensifiquen la lucha contra el terrible y difundido mal.

Para el desarrollo metódico de nuestro trabajo, lo dividiremos en tres capítulos generales, a saber: 1.º La extensión del mal en el Uruguay, es decir, la comprobación por los medios a nuestro alcance del porcentaje que adquiere en los niños, la difusión de la caries dentaria. 2.º Los peligros que para la salud representa el descuido de esta afección y los infinitos males mediatos e inmediatos, que para el desarrollo normal del niño, considerado en su doble faz orgánica e intelectual, pueden achacarse a la caries dentaria, y 3.º Los medios a nuestro alcance, cuya adopción de parte de las autoridades respectivas, nos permitirá luchar con éxito contra los avances siempre crecientes del mal que mina la existencia de nuestros niños.

LA EXTENCION DE LA CARIES DENTARIA EN EL NIÑO

Esta primera parte podría ser sintetizada en una cifra, que, en su laconismo desconcertante, señala con exactitud rigurosa, la enorme difusión del mal: el 80 por ciento de nuestros niños padecen de caries dentaria.

Este elevado porcentaje de bocas enfermas, obtenido en los exámenes practicados por el personal que compone el Cuerpo Médico Escolar, podría no ser encarado en toda su gravedad, teniendo en cuenta la tan difundida creencia de que sólo se trata de dientes caducos y por lo tanto oportunamente reemplazados, lo cual quitaría gravedad al mal.

Es este error por demás generalizado, el que nos obliga a insistir sobre el valor real de esa cifra, y la importancia de su análisis.

Siempre sería digno de tenerse en cuenta lo elevado de esa cifra, fueran cuales fueren los dientes atacados por la caries y la edad en que ese ataque se produjera: sin embargo, no dejamos de reconocer que en muchos casos pudiera restar importancia a ese porcentaje, el hecho de que los dientes afectados fueran los caducos, y esto en edad ya próxima a su reemplazo por los permanentes; pero, lejos de existir esa razón que pudiéramos considerar atenuante de alarmas, nos encontramos que más de las dos terceras partes del porcentaje está constituí-

do por bocas de niños que ofrecen ya enfermo un molar de la dentición permanente, el molar de los seis años, pieza dentaria considerada la base, el eje de toda la dentición permanente.

Comprueba nuestro aserto, la siguiente tabla que de las proporciones en que fué encontrado enfermo el molar de los seis años:

Sobre	85	niños	examinados	Jardín de Infantes	35
„	52	„	„	Esc. 3er. Grado N.° 2	35
„	38	„	„	„ 2.° „ „ 10	28
„	38	„	„	„ 2.° „ „ 31	22
„	37	„	„	„ 2.° „ „ 32	26
„	30	„	„	„ 2.° „ „ 20	13
„	30	„	„	„ Rural N.° 6	16
	310				175

o sea el 56 por ciento de niños con el molar de seis años atacados de caries en distinto grado, alcanzando algunos el 4.° grado con complicaciones.

Y dejando así, como lo decíamos al principio, sintetizada esta primera parte en una cifra, pedimos se nos siga en el análisis que va a continuación y que nos hará ver cuánto puede decir esta cifra cuando ese análisis no lleve a las consecuencias que puede producir un diente enfermo y cuanto más puede decir cuando ese diente enfermo esté en un niño débil. Y por eso desde aquí subrayamos ya el párrafo aparte, que el final de esta memoria hacemos para los alumnos de la Escuela al Aire Libre destinada por el Cuerpo Médico Escolar a los niños débiles y predispuestos a la tuberculosis.

PELIGROS QUE PARA LA SALUD DEL NIÑO REPRESENTA EL DESCUIDO DE LA CARIES DENTARIA

Se ha dicho con perfecta razón, que «buenos dientes representan buena salud»; desgraciadamente, esta verdad indiscutible, no ha encontrado aún en el pueblo el eco que se merece, y si agregamos que la salud pública, encarada como factor

social, contribuye en buena parte al bienestar de los pueblos, es de lamentar que no siempre los miembros dirigentes dediquen a estos problemas la atención que reclamen.

Sin buenos dientes no pueden hacerse una buena masticación y sin una perfecta masticación, sufren fundamentalmente los actos de digestión, asimilación, nutrición, y como efecto consiguiente, la salud queda quebrantada.

El doctor Luis Morquio, eminente Profesor de la Clínica de niños, en un reciente e interesante trabajo aparecido en los «Anales de la Facultad de Medicina», nos dice: « hay niños en quienes los defectos de la alimentación producen un retardo en sus funciones cerebrales; son apáticos, indiferentes, hablan tarde, etc.; son retardados intelectuales por mala alimentación y bajo la influencia de intoxicaciones de este origen. De manera que la inteligencia en defecto puede ser la consecuencia de una mala alimentación».

Si bien el distinguido maestro se refiere en su trabajo a los niños de tierna edad nadie se atrevería a negar que el mismo caso se reproduce aún en edades mayores, como ha sido debidamente comprobado por los miembros del Cuerpo Médico Escolar en sus inspecciones, así como también por el personal enseñante que tiene motivos para palpar de cerca estas deficiencias intelectuales.

Es indudable que una mala alimentación puede ser ocacionada por diversas causas, pero también es indiscutible, que la masticación defectuosa, ya sea por efecto de la falta de dientes, por su destrucción por la caries dentaria, o por estados patológicos de la cavidad bucal de origen dentario, tienen un rol preponderante, sobre el mayor o menor beneficio fisiológico producido por esa alimentación.

¿De qué servirá que se seleccionen los alimentos, se tengan los mayores cuidados en su preparación, si luego, en la cavidad bucal, no sufren las transformaciones debidas, son deglutidos en grandes trozos que luego el estómago no podrá o tardará en digerir, o son infectados a su paso por una boca cuyos dientes cariados y cuyas encías en supuración, con sus innumerables colonias microbianas se encargan de reducir a la nada todos los anteriores cuidados?

Decíamos en un anterior trabajo que tiene cierta relación con el presente («Profilaxis de la caries dentaria». F. H. Cohas. Tercer Congreso Médico Latino-Americano:) «Supongamos un individuo en estado normal, tanto del punto de vista físico como intelectual. Este sujeto, precaviéndose con todo rigor de los múltiples ataques que pueden dirigirle los mil y un enemigos de la salud, se ingenia en lo posible para evitarlos; es sobrio, se dedica a un ejercicio moderado, hace práctica cotidiana de abluciones, baños, etc. etc. Según su entender, estas prácticas serán ultrasuficientes para evitarle todo género de enfermedad.

«¡Qué grave error! Ese hombre que trata, por todos los medios, de precaverse de los agentes patógenos que lo rodean, que se ingenia de hacer de su cuerpo una fortaleza capaz de resistir al microbio invasor, sin embargo ignora que millares de enemigos se encuentran dentro de la fortaleza a la cual minan; ese hombre olvida de que hubiera sido muchísimo más práctico comenzar por la eliminación de los enemigos que lleve en sí mismo, en aquella parte que ha podido con toda razón llamarse la antecámara del organismo: la boca.

«Esta es la práctica de higiene por la cual hubiera debido comenzar: sin ella todo es vano, inútil.

«La boca es, efectivamente lo que podríamos llamar el paraíso de los microbios, pues ya por su comunicación con el exterior, ya por las fermentaciones que continuamente se efectúan en su cavidad, la boca contiene una innumerable cantidad de agentes patógenos que sólo esperan un estado general predispuesto, una falta ocasional de defensa de parte del organismo, para invadirlo, para infectarlo.

«De esta manera es como se producen enfermedades, con demasiada frecuencia mortales, que una metódica higiene bucal hubiera ciertamente evitado, al suprimir el agente específico que la produjo.

«Este es un hecho irrefutable, es una verdad que debemos proclamar bien alto, a pesar de los prejuicios y de la indiferencia que nos rodean».

Concretándonos al niño en su edad escolar, es decir, entre los 6 y los 12 años, que es el que más nos interesa por las razones

de este trabajo, veremos que los peligros son infinitamente mayores, ya que es durante este lapso de tiempo, en su pleno desarrollo físico y mental, que se efectúan las más importantes evoluciones dentarias, como es el cambio completo de la dentición temporal por la permanente.

Este es el momento álgido del ataque, este es el período durante el cual el terreno se presenta en condiciones más débiles para luchar con éxito contra los agentes destructores que lo acechan; este debe ser, pues, el momento más oportuno para la defensa.

Veámos de sintetizar el cuadro de las transformaciones que sufre el sistema dentario durante estos seis años, estudiando los males que se producen y las consecuencias de su abandono.

Debemos, ante todo, hacer notar, que la mayoría de los niños llegan a esta edad, en lo que a los dientes se refiere, en condiciones más bien malas ya que, según estadísticas—desgraciadamente muy incompletas—sólo un 20 por ciento de los niños llegan a los seis años con la dentadura en buen estado, el otro 80 por ciento presenta la escala completa de dentadura enferma.

Se comprende fácilmente que ese 80 por ciento de niños ha debido necesariamente alimentarse en forma deficiente, y si a ellos se agrega los inevitables trastornos más o menos graves que sufren durante este período los niños, tendremos que la evolución y la clasificación de los dientes de reemplazo o sea los dientes permanentes, ha sido defectuosa y al hacer su erupción, presentan ya los estigmas de una mala constitución y por lo tanto una reducida capacidad de defensa a los ataques de los agentes productores de la caries.

Agrégase a esto, la diferencia notable que presentan a la frecuencia de la caries, los niños alimentados a pecho de aquellos alimentados artificialmente, estos últimos pagan un tributo enorme a las enfermedades dentarias.

Siendo nuestro propósito ocuparnos en este trabajo del cuidado de la boca del niño en su edad escolar, no debemos entrar de la profilaxis dentaria de una edad menor a los seis años, lo cual, no solamente saldría del marco de nuestra comunicación, sino que por su índole diversa, por la diferencia,—en al-

gunos casos fundamental—de los problemas que se plantean y los medios aconsejados para luchar con probalidades de éxito merece y exige un trabajo aparte.

A los seis años hacen su aparición en los maxilares del niño, detrás de los dientes llamados vulgarmente de leche o sea temporales, cuatro piezas dentarias que marcan un momento importante en la cronología de la erupción.

Este molar,—primer molar permanente—cuya clasificación comienza al 6.º mes de la vida fetal, hace erupción más o menos a los seis años y termina el desarrollo completo de sus raíces a los diez años, es el que paga mayor tributo a la caries y el que, ya sea por negligencia o por ignorancia, nos da el mayor porcentaje de extracciones o de complicaciones que llegan en muchos casos a comprometer seriamente la salud, actual o futura, del niño y aún su vida.

La creencia vulgar, muy difundida aún entre personas ilustradas, de que este molar tendrá su reemplazante, hace que no se la preste la debida atención y se contemple, por los padres, con indiferencia, no solamente su destrucción, sino que, admitida *a priori* su próxima y natural desaparición, poca, o ninguna atención se preste a los dolores que provoca, no a los trastornos locales, y a veces generales, que el avance del mal determina en el pequeño paciente,—sólo se mide su importancia, muchas veces, por las molestias que el sufrimiento del pequeño ocasiona a los mayores.

Y, sin embargo, este molar puede considerarse como la piedra angular del edificio dentario; es el de mayor volumen, su falta ha de disminuir considerablemente la superficie de masticación y no solamente alterará definitivamente la articulación normal, con todos los inconvenientes de futuro, sino que en último grado, por las alteraciones que produce en el conjunto dentario, contribuirá a la alteración de la estética facial.

Por las estadísticas que hemos incluído en la primera parte de este trabajo, vemos que el molar de los seis años, paga efectivamente un altísimo tributo a la caries dentaria, y ese porcentaje abrumador, nos dice que el 56 por ciento de los niños de nuestras escuelas, tienen ese molar cariado en diferentes

grados, llegando en muchos casos a producir complicaciones de vecindad.

Si de esta estadística especial, parcial pasamos a la general, nos encontramos que sobre 100 niños revisados, 80 presentan dientes cariados, encontrándose en estos últimos toda la escala patológica; desde aquel que sólo presenta una caries hasta aquella desgraciada criatura cuya boca sólo conserva restos informes, fétidos, de lo que fueron dientes.

El 80 por ciento de niños con la boca enferma. Esta cifra es realmente aterradora si se piensa que en la mayoría de los casos se trata de caries en sus primeros grados, que abandonadas, seguirán su proceso destructor y que agravándose, llegarán sin remedio a producir complicaciones, que repercutirán sobre el estado general, si no se ha procedido antes a la extracción:—en el mejor de los casos—triste resultado—se irá irremediablemente a la pérdida del o los dientes.

Si nos detenemos por un momento a considerar los amargos momentos que el niño ha pasado antes de que se haya procedido a la mutilación inconsiderada de su sistema dentario, por la falta de cuidados oportunos, forzoso nos será admitir que sería criminal no hacer todos los esfuerzos necesarios para ponerle remedio.

Debemos recordar que este paciente es un niño, y que, si en rigor el adulto puede resistir dolores más o menos agudos, más o menos prolongados, sin desfallecer, en cambio el niño, no los soportará sin grandes prejuicios para su salud, dado que su organismo es frágil, delicado y en vías de evolución.

¡ Cuántos niños hemos visto en el curso de nuestra labor profesional, pálidos, fatigados, con todos los signos de una depresión profunda, sufriendo desde varios días los atroces dolores que provoca una caries de tercer grado, agravando todo ello por la falta de alimentación, ya que evita instintivamente de masticar por el temor de exacerbar el dolor !

Además, dado que estas caries pueden ser múltiples, generalmente homólogas, se concibe fácilmente que si este estado se prolonga, ese débil organismo se encontrará fatalmente en un estado de menor resistencia.

¿Cómo podemos aceptar que estos niños evolucionen normalmente, sean los hombres sanos y robustos de mañana, si esta situación patológica persiste, salvo raras intermitencias, casi todo el año?

Debemos pensar que este estado de menor resistencia, se trasmitirá, fatalmente, del niño al adulto.

Esto que a primera vista pudiera parecer una exageración, no lo es en manera alguna, puesto que mientras subsista el más pequeño filete nervioso del órgano central dentario, los dolores se producirán y repetirán hasta su total desorganización.

Cesan los dolores; pudiera creerse que todo ha terminado.

¡Grave error! Es bien cierto que el pequeño paciente ya no sufre, en cambio aquí comienza la larga serie de las complicaciones; nos encontramos en presencia de la caries de cuarto grado, aliento fétido, deglución contínua de productos sépticos, y ¡cuántos desarreglos gástricos, persistentes, tenaces, que no ceden a medicación alguna y desorientan a médicos y padres, son sólo provocados por dientes atacados de caries de cuarto grado;! luego sobrevienen los abscesos las fluxiones, las fístulas gingivales y cutáneas, las adenitis, empiemia del seno maxilar, necrosis de los maxilares y algunas veces en adeno-flemón que nos arrebata la infeliz criatura!

No es nuestro deseo cargar las tintas, con el ánimo de impresionar al oyente, sino que, esta evolución fatal de la caries dentaria abandonada a sí misma, es de comprobación por demás frecuente.

Sería realmente el caso de renegar de nuestros adelantos en materia de defensa social, si nos declaráramos incapaces, incompetentes, en la lucha contra ese mal que mina la salud de nuestros niños y si no uniéramos nuestros esfuerzos para, si no detener el mal, problema éste hoy imposible de solucionar, al menos resolver la intervención directa, constante y obligatoria con el fín de evitar sus progresos destructores.

Para llegar a este resultado, tendremos el honor de someter a vuestra aprobación, unas conclusiones a nuestro trabajo, que adoptadas con sinceridad por las autoridades competentes, nos conducirá paulatinamente al objeto deseado. Por lo demás, estas conclusiones y los medios de lucha que en ellas se

proponen, tienen poco de original y ya han pasado por el crisol de la experiencia, pues implantada en otros países, ellas dieron el feliz resultado que fundadamente de su estricta aplicación se esperaban.

LOS MEDIOS DE LUCHA QUE TENEMOS A NUESTRO ALCANCE

Abordando la tercera parte de nuestro trabajo, pasaremos a considerar los medios de que pueden disponerse, para conseguir esos fines de higiene bucal que perseguimos.

A este objeto, concretamos: ¿Dónde residen las causas del descuido bucal tan generalizado en los niños? Dos fuentes originarias podemos dar por conocidas: 1.º La ignorancia de los prejuicios de ese descuido y por consecuencia de la necesidad de la higiene bucal. 2.º La falta de medios con que costear la asistencia dentaria, en muchas de las familias de la población que para limitarla en la edad que nos interesa, podemos llamar población escolar.

Dos medios de ataque se imponen, pues, en esta campaña de higiene bucal: preventivo una (por difusión de educación dentaria,) curativo el otro (por asistencia dentaria a los escolares.)

No puede dudarse de que toda ilustración, que sobre cualquier tópico de interés general quiera darse al pueblo ha de encontrar ambiente propicio y excelente medio de difusión en las escuelas, puesto que a ellas converge, por así decirlo, ese mismo pueblo representado por su niñez, elemento el más apto para la asimilación de conocimientos y el más dispuesto a practicar las enseñanzas recibidas, por su natural espíritu de imitación y de obediencia.

Aquí en el Uruguay, podemos comprobar esta aseveración, con sólo que echemos una rápida mirada sobre el servicio odontológico escolar creado hace cuatro años y que tan jóven aún nos está dando resultados halagüeños en este sentido de factor de higiene social.

Fué establecido este servicio en la doble faz que defendemos de ilustración y de asistencia. Se desarrolla en su primera faz,

con el dictado de conferencias que versan sobre higiene dental y bucal. Estas conferencias que los Dentistas escolares pronuncian en las mismas escuelas puestas bajo su cuidado, han puesto de inmediato y demostrado en forma concluyente, la facilidad con la cual el niño asimila estas enseñanzas y practica los preceptos de la higiene bucal, tan pronto como se ha conseguido ilustrarle sobre sus conveniencias y demostrado su necesidad.

En una memoria (señorita Angela Chao. Congreso Médico Nacional. Montevideo. 1917). decíamos refiriéndonos a la necesidad y resultado de estas conferencias, que iniciara en las escuelas. « Si antes de iniciar mi tarea no me hubiera ya impulsado una ráfaga de optimismo, esa ráfaga me hubiera impelido al realizar mis visitas escolares. La he sentido incitarme más y más; la he sentido resurgir de cada escuela, acrecentada, menos fugaz cada vez poderosa para barrer de mi espíritu el temor — que primero lo invade—de que pudieran sindicarse con el tilde de charlatanismo esas conferencias a los niños, la he sentido alcanzarme, trayendo a mi oído un « clamor de bien venida seais, por que sois necesaria », nacido allí en cada escuela, de entre las filas mismas de mis pequeños oyentes.

Y la razón está de su parte: cientos de niños con bocas enfermas y un porcentaje desconsolador por lo reducido, de niños a los cuales se les hubiera prestado alguna vez asistencia. De 80 por ciento de niños con afecciones bucales sólo el 23 por ciento conocían asistencia dentaria.

Bien se dictaron las conferencias en una forma didáctica, con máximas que los niños copiaban y repetían en sus hogares y el resultado no se hizo esperar, el porcentaje de los niños que atienden su boca aumenta progresivamente; llegó a un 30 a un 35, a un 38 por ciento en los años siguientes y en el año que trascurre han dado algunas escuelas un porcentaje de 40 por ciento de niños que han recibido alguna asistencia dentaria.

Agregamos a este trabajo un cuadro demostrativo de ese porcentaje creciente.

Cuadro demostrativo de los resultados benéficos de la educación sobre Higiene Dentaria en las Escuelas Públicas de Montevideo

AÑO 1913

ESCUELAS	Alumnos interrogados			Alumnos atendidos		
	Varones	Niñas	TOTAL	Varones	Niñas	TOTAL
Urbanas 1er. Grado	620	1.016	1.636	132	272	404
Urbanas 2.º „	702	2.640	3.342	161	719	880
Urbanas 3er. „	49	258	307	11	76	87
Rurales	1.105	1.045	2.150	195	151	346
TOTALES	2.476	4.959	7.435	499	1.218	1.717

23 % de niños que habían recibido alguna asistencia dentaria

AÑO 1914

Urbanas 1er. Grado	420	719	1.139	130	250	380
Urbanas 2.º „	623	2.727	3.350	170	788	958
Urbanas 3er. „	38	257	295	12	90	102
Rurales	1.016	1.024	2.040	261	348	609
TOTALES	2.097	4.727	6.824	573	1.476	2.049

30 % de niños que habían recibido alguna asistencia dentaria

AÑO 1915

Urbanas 1er. Grado	601	972	1.573	200	411	611
Urbanas 2.º „	724	2.877	3.601	257	994	1.251
Urbanas 3er. „	47	258	305	14	90	104
Rurales	1.049	1.003	2.052	318	354	672
TOTALES	2.421	5.110	7.531	789	1.849	2.638

35 % de niños que habían recibido alguna asistencia dentaria

AÑO 1916

ESCUELAS	Alumnos interrogados			Alumnos atendidos		
	Varones	Niñas	Total	Varones	Niñas	Total
Urbanas 1er. Grado	601	1.012	1.613	231	408	639
Urbanas 2.º „	655	2.827	3.482	238	1.048	1.286
Urbanas 3er. „	45	239	284	12	94	106
Rurales	1.004	1.101	2.105	369	399	768
Totales	2.305	5.179	7.484	850	1.949	2.799

37 % de niños que habían recibido alguna asistencia dentaria

AÑO 1917

Urbanas 1er. Grado	624	936	1.560	263	347	610
Urbanas 2.º „	702	2.818	3.520	247	1.084	1.331
Urbanas 3er. „	40	240	280	13	92	105
Rurales „	1.110	1.100	2.210	410	435	845
Totales	2.476	5.094	7.570	933	1.958	2.891

38 % de niños que habían recibido alguna asistencia dentaria.

AÑO 1918

Urbanas 1er. Grado	632	986	1.618	255	421	676
Urbanas 2.º „	603	2.812	3.415	237	1.145	1.382
Urbanas 3er. „	38	238	276	10	100	110
Rurales	1.135	1.052	2.187	445	392	837
Totales	2.408	5.088	7.496	947	2.058	3.005

40 % de niños que habían recibido alguna asistencia dentaria

Creemos oportuno, además, escuchar a este respecto a las Directoras de escuelas que han podido comprobar este resultado y palpar sus beneficios, transcribiendo, entre otros los siguientes certificados:

Montevideo, Octubre 29 de 1918.

La que sucribe, Directora de la Escuela de 3.er Grado N.° 2 declara:

Que ha observado que el número de niños que se preocupan del cuidado de la boca, ha aumentado desde que se celebran en las escuelas a su cargo, conferencias odontológicas.

(Firmado:) Luisa C. Magariños.

Montevideo, Noviembre 9 de 1918.

La que suscribe, Directora de la Escuela de 2.° Grado N.° 2, certifica que las gestiones realalizadas por las Dentistas escocolares en pro de la higiene y salud dentaria de los niños, han resultado de una eficacia verdaderamente halágadora, lo que ha constado personalmente en los alumnos de la escuela a su cargo.

(Firmado:) Rosa Marino.

De la segunda faz de asistencia a los escolares pobres, pueden informarnos los libros Registros que de esa asistencia deben llevar los Dentistas escolares. Uno de ellos (señorita Angela Chao) nos suministra los datos que trancribimos y nos da a conocer, en la simplificada concisión de sus anotaciones la labor efectuada, el estado muchas veces desastroso de la boca de los pequeños pacientes, los invalorables servicios prestados a la salud de esos niños con su tratamiento racional de las afecciones dentarias que les atormentaba, y por sobre todo ello, la demostración palpable de la importancia de este servicio y de la impostergable necesidad de ampliar y organizar debidamente esta humanitaria obra.

Esos registros nos dicen de muchísimos casos de niños, cuya edad se cuenta entre los 12 a 14 años, atacados de caries tan generalizada que llegaba a la destrucción total de la dentadura: y otros—esto desgraciadamente lo más frecuente—que a los siete años debe procederse a la extracción de sus molares de seis años, debido a que los progresos de la caries, hacia su conservación completamente imposible; otras atacados de caries de 4.º grado con todo su cortejo de complicaciones (flemones, adenitis y fístulas etc.,) que tantos males acarrean al organismo en general.

Encontramos caso de niños, que desde parajes alejadísimos Sayago, Colón, Barra de Santa Lucía, vienen a solicitar asistencia, tan pronto como se informan de que pueden tenerla en forma competente por dentistas y en carácter de gratuidad.

Y de algo más nos hablan estos Registros, Nuestra colaboradora tiene, además, a su cargo el Servicio dentario de la Escuela al Aire Libre: sabemos el papel importantísimo que esta escuela desempeña entre los establecimientos de prevención social y el innegable servicio que presta el mejor y más fuerte desarrollo de nuestros pequeños débiles, como quedará demostrado por estudios que sobre su funcionamiento y rol de mejoramiento social serán presentados ante este mismo Congreso.

Pues bien: entre los niños que por prescripción médica escolar concurran a esa escuela, la señorita Chao ha encontrado un porcentaje de 82 por ciento con dentadura enferma.

Sobre 89 alumnos presentes sólo:

16 (de 8 a 10 años) tienen dentadura sana.
22 (de 6 a 10 años) caries múltiples.
51 (de 6 a 14 años) molar de seis años cariado, alguno en 4.º grado.

¿Es admisible que persiguiendo un fin de mejor alimentación que ha de regenerar a esos, niños, pueda descuidarse el factor principalísimo cual es la buena masticación? Plantear la pregunta es resolverla, y creemos no admite dudas la necesidad de hacer obligatoria antes de ingresar a este establecimiento, la asistencia dentaria completa que coloque a ese pequeño organismo débil, en las condiciones de poder aprovechar con la

mayor intensidad, del buen régimen dietético que en esa escuela se les prodiga con el fín altamente humanitario y social para el cual fué creada.

Debemos aquí consignar, que todo el servicio odontológico escolar se desarrolla entre nosotros en forma honoraria y más aún, sin disposición de gastos por las autoridades competentes de modo que la asistencia que reciben los niños hasta la fecha está sostenida del peculio particular de los Dentistas Escolares, y por tal motivo no se extienden los beneficios de esta asistencia todo lo que sería de desear.

Al poner aquí punto final a este modesto pero bien intencionado trabajo, nos complacemos en someter a la aprobación de este ilustrado Congreso las siguientes:

CONCLUSIONES

Reconocido:

Que la caries dentaria, impidiendo una buena masticación, es factor principalísimo de mala nutrición, y en consecuencia de debilitamiento del organismo en general.

Que la frecuencia de la caries dentaria en los niños nos la dan las estadísticas escolares de nuestro país en la proporción alarmante de un 85 por ciento.

Que si siempre es digna de atenderse la salud del niño, lo es en grado máximo la del niño escolar que se encuantra en pleno desarrollo y ejercicio físico-mental.

Que la escuela es medio excelente para la propaganda de educación higiénica del pueblo.

Se declara conveniente:

1.º Hacer obligatorio el examen bucal a todo niño que curse estudios escolares proveyéndosele al efecto de la ficha dentaria individual.

2.º Procuarar por todos los medios factibles, que esos niños reciban la asistencia que su ficha indique como necesaria.

Y por lo que concierne al Uruguay:

Se reconoce de suma utilidad el funcionamiento del Servicio Odontológico Escolar creado por decreto del Superior Gobierno, de fecha 23 de Junio de 1914.

Y se formula un voto por que el Estado amplie y regularice dicho Servicio, a cuyo fín se vería con agrado:

1.º La disposición de sumas para los materiales de curación que exige la asistencia de los niños pobres, y en oportunidad el establecimiento de clínicas dentarias para la asistencia exclusiva de los escolares.

2.º La contribución por el Estado a la obra de educación, higiénica que los dentistas escolares desarrollán, ya fuera mediante la impresión en folletos, para su distribución profusa de las conferencias de higene dentaria que esos dentistas dictan; la disposición de vistas cinematográficas pertinentes a esa educación, y, en suma, la adopción de todo otra medida relativa al mejoramiento del Servicio Odontológico Escolar, digno del mayor apoyo en su doble faz de obra de previsión social y de protección al niño pobre.

HIGIENE DENTAL ESCOLAR.
NECESIDAD DE SU DIVULGACION.
EL DISPENSARIO DENTAL ESCOLAR DE CORDOBA.

41.65-
169.178.

Por el Dr. Francisco J. de la Torre

Delegado por el Gobierno de Córdoba

Brevemente voy a ocupar la atención de los señores Congresales sobre un asunto de higiene infantil que salvo alguna feliz excepción, no obstante su grande importancia, no ha preocupado hasta hoy suficientemente a los países de la América Latina.

Me refiero a la higiene dental escolar, problema estrechamente vinculado al desarrollo físico e intelectual del niño.

La patología ha comprobado en efecto la subordinación que existe entre las lesiones inflamatorias o destructivas de los dientes y el desarrollo del esqueleto facial y craneano del niño, a la vez que la psicopedagogía moderna ha podido demostrar que esos trastornos dentarios de la infancia ejercen una evi-

dente influencia retardataria sobre su desenvolvimiento mental y afectivo.

Por otra parte las numerosas y variadas manifestaciones mórbidas consecutivas a las caries dentarias de la infancia: dispepsias y otras alteraciones funcionales y anatómicas del aparato digestivo, gastritis, estados hipersépticos intestinales (causa posible de apendicitis, nefritis, etc.;) manifestaciones inflamatorias y supurativas diversas, flemones, abcesos, ósteo-mielitis y sus consecuencias (seniesitis y otras;) aun manifestaciones de orden más general y más grave como la tuberculosis cuyo agente encuentra amplia puerta de entrada al organismo en las caries penetrantes, siendo al caso citar las investigaciones de MULLER que ha encontrado ganglios tuberculosos cervicales coincidiendo con caries penetrantes de molares inferiores llenas de bacilos, las experiencias de ZILZ de VIENA probando que el bacilo de Koch encuentra un excelente medio de cultura en las pulpas putrefactas de los dientes cariados, las del mismo autor demostrando la existencia de los mismo bacilos en los quistes dentarios y las de muchos otros observadores comprobando el ambiente favorable de ese medio para la pululación de numerosos agentes patógenos (estreptococos, estáfilococos, bacilos de Loefler etc.) a la espera del organismo para atacarlo y determinar afecciones graves como la neumonia a las anginas más diversas; la frecuente asociación a enfermedades de los dientes de muchas afecciones cutáneas como eczemas, urticarias y probablemente soriasis; la relación evidente hoy entre esas mismas afecciones dentarias y ciertas del cuero cabelludo de patogenia hasta hace poco tan obscura como la de la pelada; la relación que el ilustrado profesor NASCIMENTO GURGEL, que nos honra en este momento con su presencia, en reciente conversación me señalaba entre las caries dentarias y las mécosis cefálicas, relación que hoy preocupa al Brasil y que como el mismo profesor me agregaba será motivo también de preocupación para el resto de estos países; la misma relación a neuralgias diversas que con su escuela de sufrimientos, insomnios, inquietudes y depresiones ceden a la extracción o curación de un molar cariado etc. etc: para no extenderme ya más en esta larga enumeración,

imponen a la Sociedad moderna la necesidad ineludible de velar por la higiene bucal del niño como uno de los medios muy eficaces, de realizar los propósitos fundamentales que persigue la higiene: la perfección del individuo y el mejoramiento de la raza.

La iniciativa de este movimiento en pro de la higiene dentaria de la infancia no es por otra parte cosa de hoy. Tuvo su orígen en Alemania en 1861 con una activa propaganda del Comité Central de Dentistas Alemanes en pro de la inspección dental de las escuelas. En 1914 ese país tenía ya instaladas unas 120 clínicas dentales escolares.

En Rusia desde 1891 todos los alumnos de las escuelas públicas eran examinados una vez por año siendo los profesores los encargados de comunicar a los padres el tratamiento a que debían someter a aquellos.

En Francia es obligatoria la inspección y tratamiento dental de todo estudiante que pertenezca a establecimientos dependientes del Ministerio de Instrucción Pública.

En Suecia existían en 1914, 28 clínicas dentales escolares. Suiza sostiene una gran clínica dental en la ciudad de Lucerna y España las posee en número ya respetable.

Inglaterra realiza la inspección dental en todos los colegios, sirviéndose de los dentistas más renombrados.

En Estados Unidos, donde de acuerdo con las respectivas investigaciones realizadas, el 97 % de la población escolar tenía la boca en mal estado, esta cruzada en pro de la higiene bucal ha tomado gran incremento. Solamente la ciudad de Chicago cuenta con más de cien inspectores dentales escolares. En otras ciudades de la Unión son numerosas las instalaciones de ese género. La ciudad de Boston cuenta con un gran dispensario dental cuya instalación se debe a la munificencia de los hermanos Forsyth y cuyo costo representa un valor de 15.000.000 de francos. La de New York tiene el dispensario de Rochester con capacidad para cien mil niños de su población escolar.

En esta materia como en otras muchas nuestra poderosa hermana del Norte marcha hoy a la vanguardia de la civilización.

La América latina en cambio ha descuidado ese importante renglón de la higiene infantil.

Y es tratando de salvar esta deficiencia que el Gobierno de la Provincia Argentina de Córdoba cuya representación tengo aquí el honor de llevar ha establecido una clínica dental escolar que es posible considerar como un modelo en su género y que he creído deber traer aquí como un alto exponente de lo que en aquel estado interior se ha realizado en el sentido de la protección oficial al niño.

Se compone él esencialmente de tres principales dependencias que son: una clínica general, un consultorio modelo y un laboratorio de prótesis y Ortodoncia.

En la clínica se hace la inspección gratuita una vez cada seis meses de toda la población escolar asistente a las escuelas dependientes del Consejo de Educación, prestándose allí asistencia dental gratuita a los niños pobres que la necesiten.

Se lleva un resgistro detallado del estado de los dientes de cada alumno, perfectamente individualizado, así como en cualquier intervención que se realice estableciéndose una ficha dental.

Se comunica a los padres o tutores de los niños el resultado de la inspección y la necesidad de enviarlos a su dentista si fuera del caso. Los niños pobres reciben como ya queda dicho gratuitamente la asistencia necesaria allí mismo.

El personal del Dispensario hace una campaña permanente en pro de la higiene oral dando a los maestros las nociones de profilaxis indispensables, conferencias en las escuelas y en todos aquellos locales donde lo cree conveniente.

En el Dispensario se da así mismo un curso gratuito de higiene de la boca, higienización del material de consultorio, operaciones auxiliares de gabinete, práctica de limpieza dentaria en los niños y cuidado de sus dientes, pudiendo inscribirse en él alumnos de ambos sexos a los que se les otorga un certificado que los habilita como enfermeros dentales.

Me es grato dejar a disposición de los señores Congresales una serie de fechas individuales como ellas se dan a los escolares y se llevan en aquel Dispensario a la vez que algunas

fotografías y proyección de dia positivos de sus principales dependencias.

En la seguridad de propender en forma eficaz a los altos fines de profilaxis social infantil que aquí nos congrega me permito solicitar de los Señores Congresales quieran acompañarme en un voto que formulo por que el 2.º Congreso Americano del niño reunido en Montevideo considerando que la higiene bucal y tratamiento de la caries dentaria constituye una de las importantes medidas de prevención capaz de evitar enfermedades diversas y perturbaciones nerviosas perjudiciales para el buen desarrollo físico y psíquico del niño emite un voto en pro de la instalación de Dispensarios Dentales Escolares Oficiales en donde se realice la inspección y tratamiento de las enfermedades dentarias y para dentarias de la población infantil.

Solo me resta agregar que ha sido iniciador de este movimiento en Córdoba un hombre de envidiables energías y tan ilustrado como activo el señor Agustín Larrauri su actual director.

HIGIENE BUCO DENTARIA INFANTIL

41.65

POR EL DENTISTA OSVALDO TISCORNIA

Del servicio Odontológico del Hospital José Ma. Ramos Mejía

(Buenos Aires)

Señores Congresales:

La importancia que la higiene buco dentaria tiene como factor primordial en el desarrollo del niño es hoy indiscutible.

El desarrollo físico y mental del niño, depende en forma indubitable del estado de salud de ese organismo; y no puede existir una salud perfecta con una boca antihigiénica, en la cual los dientes por la acción de las caries se han convertido en un refugio de microorganismos que ponèn continuamente en peligro la salud del niño.

La divulgación de las nociones de higiene y profilaxis buco dentaria son de tal importancia que no deben descuidarse en ninguno de los períodos de la vida humana.

Es por esto que creo que a todos nos interesa por igual, ocuparnos de la higiene buco dentaria, y no, solamente durante la infancia sino durante toda la vida.

La práctica diaria y estadísticas modernas nos indican la conveniencia de no detenernos allí, sino ocuparnos también de la higiene buco dentaria de la mujer embarazada, de las nodrizas, de los niños que van a la escuela, ya sea mediante una campaña en este sentido en el ejercicio y marina, y conferencias en las asociaciones profesionales, gremiales y obreras.

A los poderes públicos que patrocinan estos Congresos, a los médicos, a los dentistas, a todos en una palabra nos interesa la salud del niño, pues el será el alimento futuro de la grandeza de la patria; a ellos a esa juventud que como dijo ALMAFUERTE son la esperanza y el peligro de la patria; a ellos decía, debemos cuidar; y es por estas consideraciones que someto a la aprobación de este científico congreso este modesto trabajo, y cuyas conclusiones trascribo a continuación.

1.° Divulgación general de las nociones de higiene buco dentarias.

2.° Cuidar la higiene buco dentaria en la mujer embarazada.

3.° Que a las libretas que otorga el Registro Civil se le agregue un capítulo referente a este asunto.

4.° Asistencia dentaria obligatoria de las mujeres embarazadas que se asisten en las maternidades de los hospitales.

5.° Vigilancia de la higiene buco dentaria en las nodrizas.

6.° Divulgación de estos conocimientos entre los niños.

7.° Creación de clínicas dentales gratuitas.

8.° Creación de clínicas dentales escolares.

9.° Divulgación de estos conocimientos en las escuelas primarias, secundarias, normales y especiales, por medio de carteles, conferencias, dictados etc.

10. Instituir el «Día del diente». En que se dará en cada escuela una conferencia para padres y alumnos sobre la importancia de la higiene buco dentaria.

11. Asistencia obligatoria a los niños enfermos internados en los hospitales.

12. Colocación de carteles murales en las salas de maternidad, y niños de los hospitales indicando las ventajas de la práctica de la higiene buco dentaria.

I

He de tratar aquí la necesidad de la práctica de la higiene buco dentaria, desde la madre antes, durante y después del parto, hasta el niño en edad escolar.

No es la primera vez que un tema de higiene social interese al dentista pues afortunadamente y para honra de la profesión, muchos son los trabajos hechos en ese sentido; pero ninguno de tanta y tan vital importancia como la salud del niño; y todos los esfuerzos que en ese sentido se hagan no han de ser excesivos.

Nuestra especialidad nos obliga a que dentro de ella hagamos todo lo que este a nuestro alcance a fin de que se dicten las medidas que se crean más oportunas en salvaguardia de la salud del niño, cuya defensa es el fín de este congreso.

Preocuparnos de la salud exclusiva del niño sería contraproducente y digo exclusiva por cuanto antes de llegar a él debemos cuidar a la madre, que antes, durante y después del embarazo mucho puede hacer en su beneficio.

Son los médicos en general los que deben inculcar en la mente de las futuras madres, la necesidad de una prolija higiene buco dentaria, a fín de evitar luego, males mayores que ese descuido o ignorancia puede acarrear: y me dirijo a ellos por cuanto están en contacto con las mismas y pueden desde los primeros tiempos hacer las indicaciones pertinentes.

Bien sabemos que una buena dentadura en perfectas condiciones de higiene implica salvo afecciones locales una buena digestión y una inmejorable asimilación.

Un sabio médico inglés dijo que la primera digestión se hacía en la boca (First digeston is in the mauth) y creo que ello s cierto pues teniendo los dientes sanos y masticando bien los

alimentos, estos perfectamente embebidos en la saliva pasarán al estómago donde evitarán a aquél un recargo de trabajo, como lo hubiera importado una masticación deficiente ya sea por falta de dientes, por el mal estado de ellos o por cualquier otra causa imputable a los mismos.

El organismo de la embarazada debe ser materia de especial cuidado en sus relaciones con la higiene buco dentaria, a fín de evitar que los alimentos mezclados con los detritus orgánicos y microorganismos que se alojan en las cavidades de los dientes cariados sean deglutidos, provocando una auto intoxicación, que si bien no tiene una sintomatología especial, ella es indiscutible.

Me apena sobremanera, ver cuando concurre a nuestro servicio del Hospital Ramos Mejía, mujeres pocos días antes del parto con su boca convertida en un antro de supuración debido a un absceso originado por caries dentaria, y me apena doblemente el pensar que esa caries por los fenómenos y alteraciones orgánicas que ha producido no es reciente, que ello es de orígen muy anterior y que si su obstétrica o su médico la hubiera indicado la conveniencia de consultar un dentista esa molar podría haberse salvado; sería un órgano más de masticación; pero si ese arreglo no hubiese sido posible hubiéramos procedido a una extracción evitando así muchos sufrimientos y esa afección que se ha producido. Esa caries ha molestado a esa enferma desde hace algunos meses; le ha hecho pasar noches de imsomnio, días de fatiga sin niguna o poca alimentación, pues nadie mejor que el que lo ha experimentado sabe lo que significa masticar sabiendo que se tiene un diente cualquiera con la pulpa expuesta, donde el más ligero roce o la variación de temperatura le hará poner el grito en el cielo.

Pues bien señores, imaginémonos esta pobre mujer con este cortejo de acontecimientos y a los cuales se unen desgraciadamente no pocas veces una mala alimentación, y veremos pues que ese organismo no está en condiciones de producir nada normal nada que esté cercano a la salud. Se me podría decir mas no asegurar que esos niños gozan de perfecta salud.

Creo y ello está demostrado que un alteración prolongada en la nutrición del organismo materno influye directamente

sobre el feto, trayendo una serie de fenómenos cuya repercusión en el aparato buco dentario me corresponde tratar.

No voy a buscar para sustentar mis argumentos a las mujeres y niños de nuestra sociedad, a la gente pudiente o acomodada sino a aquella que concurre a nuestros hospitales; a aquella que durante el período de su embarazo y con la mayor impunidad se despoja uno a uno de los dientes que le originan una pequeña molestia, sin darse cuenta de que cada diente que se extrae es un pedazo de salud que le saca a su futuro hijo.

A las madres y a todos los que asisten a este congreso es a quienes nos toca cuidar de que esto no suceda.

La actividad del organismo materno en el período del embarazo está plenamente demostrada y es obligación de los médicos hacer que esa actividad no disminuya. Como mantenerla?

Cuidando que todos y cada uno de los órganos y aparatos de la economía marchen normalmente, para lo cual será necesario, 1.° Una alimentación abundante y nutritiva; y 2.° Un aparato dentario capaz de convertir esa sustancia nutritiva en lo que ella debe ser, sin recargo del estómago o intestino en lo que se refiere a su capacidad digestiva y asimiladora respectivamente.

Si esto se efectúa en organismo sano sin tara fisiológica alguna, logicamente el producto a dar debe ser inmejorable. Si alguna de estas condiciones deja de cumplirse el producto puede ser sano más lógicamente no debe serlo.

Se opina erróneamente que la mujer embarazada debe comer por dos, y ello es un error, pues la mujer embarazada debe comer por uno, pero bien; pues de esa alimentación que debe ser buena y abundante una gran proporción será para el feto que en sus entrañas encierra. Cualquiera alteración irá a repercutir en el feto y está demostrado que una de las partes que más sufre es la calsificación.

El aparato dentario y el esqueleto óseo tienen una composición y desarrollos parecidos, por lo que estas alteraciones traen en ambos defectos de mala nutrición.

Es por esto que creo conveniente se suministre a las mujeres durante su período de embarazo una alimentación o medicación que tengo por objeto activar la clasificación.

Con respecto a este asunto de la recalcificación, mucho se ha hablado antes de la actual guerra y en el curso de ella; y hoy ya concluídas las hostilidades ella será cuestión de vital importancia ya sea debido a las dificultades de alimentaciones abundantes o a taras de los padres, herencia de esta hecatombe que afligió al mundo durante cuatro años.

Lo escencial en puericultura es que los padres antes de la concepción estén perfectamente sanos, sin tara fisiológica alguna. Una anemia una pretuberculosis etc. necesitan un tratamiento cuidadoso, del propio modo la puericultura intra uterina exige prescripciones de higiene y de dietética; y cuidados diversos que varían según las afecciones de que pueden adolecer cualquiera de las partes y que es necesario proveer.

No puede perderse de vista la necesidad que tiene la mujer embarazada en atender a las necesidades de dos seres, de dos organismos; por lo tanto las sales de calcio dadas bajo la vigilancia de médico darán resultados favorables tanto para la madre como para el feto.

La calcificación, como ya he dicho tiene suma importancia para el aparato dentario. Un diente bien calcificado presenta sino inmunidad a la caries, un coeficiente de resistencia lógicamente mayor que aquél otro que no lo está.

Galippe que ha estudiado este asunto de la calcificación desde el punto de vista dentario ha llegado a las siguientes conclusiones: 1.º La densidad de los dientes permanentes, aumenta constantemente desde la infancia, y que las variaciones que ella puede soportar están en relación con el estado general, y sigue las oscilaciones de la nutrición. 2.º Que comparando la densidad de un diente en su composición centesimal, en elementos orgánicos y minerales se ve que la densidad es yor en aquello en que los elementos minerales son más abundantes.

En apoyo de estas teorías existen estadísticas hechas en Francia donde se ha observado la caries dentaria en los distintos departamentos y se ha obtenido como resultado que los habitantes de los departamentos más cercanos al mar donde los mismos beben agua que contiene mayor cantidad de sales, la caries dentaria era menos abundante y los dientes mal alc-

cificados y que cuanto más internos eran los departamento y más lejanos de la corrientes marinas, más abundante era la caries.

Fácil será pues con la ayuda de la obstétrica y del médico aliviar estas alteraciones orgánicas insinuando a la madre no solo la necesidad de practicar la higiene buco dentaria sino también recetando en caso necesario una alimentación o medicación cálcica.

Creo por esto que antes de ocuparnos de la higiene buco dentaria del niño deberíamos dedicarnos a la madre inculcándole los beneficios de esa higiene bucal que nadie debiera ignorar y menos las madres. Es pues a los médicos y a las parteras a quienes corresponde esa misión.

Dice un refrán que cada diente cuesta un hijo: refrán que oímos repetir diariamente y que no solo es cierto sino en muchos casos desagradablemente no es solo un diente lo que cuesta un hijo sino que son varios.

Los dientes temporarios de los niños debido a trastornos de nutrición de la madre, pueden presentar una serie de lesiones que la patología dentaria ha estudiado, como ser: la erosión, el nanismo, los hoyos o fosas y las fisuras, y las decalsaciones en general, de los dientes; lesiones todas que lo predisponen a la caries.

Estos defectos de calcificación tienen la particularidad de presentarse como depresiones facilitando por su menor cantitidad de tejido duro y por su retención a que los ácidos y los microorganismos se localicen y produzcan la caries.

Entre las afecciones hereditarias que parecen dejar rastros en el aparato dentario tenemos a la sífilis con el diente de HUTCHINSON. Este diente cuyos caracteres todos conocemos y que si bien se encuentra en muchos casos de heredo de sífilis en otros el no existe o aun existiendo no hay por antecedentes tal afección.

Se ha hablado últimamente de otro signo de heredo sífilis y el quinto lóbulo de las primeras molares superiores o tubérculo de CARABELLI.

Este tubérculo al cual el Profesor SABUREAU ha dado el carácter de signo de heredo sífilis, tiene la particularidad de ser

hereditario y cuando se presenta del lado derecho también se presenta del izquierdo.

Estadísticas también recientes no obligan a abrir un paréntesis sobre la certeza de este nuevo signo y a buscar nuevos elementos de juicio que certifiquen o rechacen tal suposición.

Continuando, llegamos al momento del parto. Si la madre ha sido sana bien nutrida podremos asegurar que el niño tendrá sus dientes en perfecto estado de calcificación a no ser que después de su nacimiento otras afecciones del organismo hubiesen producido una diminución de su calcificación.

En el período de la lactancia la madre necesita como en el período de su embarazo abundancia de sales aun en el caso de estar perfectamente sana. Es entonces evidente que si una cualquiera aparece provocando una diminución de esas sales, será necesario que se indique la necesidad de un tratamiento a dosis crecida de sales.

Si la madre sufre una enfermedad infecciosa cualquiera, sabemos que la lactancia se suspende por la contagiosidad de la leche; punto este que aun se estudia. De todos modos muchas son las madres jóvenes deprimidas, pálidas y más o menos anémicas, y a estas hay que tonificarlas con mayor razón.

Si durante la lactancia un nuevo embarazo sobreviniese, traerá como consecuencia una fatiga por exceso de funciones que ese organismo debe atender razón por la cual en este caso será también conveniente una alimentación con abundancia de sales.

Si este caso hubiese sucedido y no se hubiera dado a la madre los alimentos que ella necesita con la proporción de sales mayor, ambos, el feto y el niño que amamanta tendrán una nutrición más pobre que la normal, pobreza que el repercutir en el esqueleto repercute también en al aparato dentario.

Una madre con una mala dentadura no puede masticar bien y por consiguiente asimilar normalmente; si a esto se agregan las afecciones que pueden originar este abandono de su higiene buco dentaria vemos que ese estado se empeorará y su nutrición será aún menor. Vemos pues que esta falta de nutrición que repercute en el aparato dentario pone al o a los

dientes en inferioridad de condiciones con respecto al diente normal.

Investigando las relaciones entre la caries y la alimentación con biberón, el Doctor WHEATLEY ha llegado a la conclusión de que aún cuando los resultados son algo favorables en los casos de criaturas alimentadas naturalmente, la diferencia es tan pequeña que puede decirse que los resultados refutan perentoriamente la aserción de que la lactancia artificial es en gran parte responsable de la caries dentaria.

Viene más tarde el período de la erupción dentaria. Es este un período que conceptúo crítico para el estado general del niño, y creo, a pesar de las opiniones de maestros, sobre este asunto que la erupción dentaria salvo excepciones viene acompañada de trastornos generales que hacen del niño un enfermo. Creo también que esta alteración orgánica si así puede llamarse, es producida por las siguientes causas: 1.º La erupción dentaria produce a nivel de las encías una cóngestión grigival; se notan las encías y tejidos vecinos congestionados. 2.º El purito gingival que esta erupción dentaria y la correspondiente, congestión, producen, obligan al niño a una pasión mordedora; razón por la cual lleva a la boca todo los objetos que encuentre al alcance de su mano, aumentando en esta forma esa congestión e irritación gingival. 3.º Esta irritación y la contínua introducción de objetos en la boca produce un aumento de la secresión salivar; saliva que mezclada con los microorganismos que esos objetos tienen puede producir trastornos gastro intestinales. 4.º Esta alteración orgánica más o menos grande ese escorzor contínuo provocan en el niño una alteración del estado general, acompañado muchas veces de fiebre, diarrea, inapetencia que provoca un decaimiento del niño que viene a constituir desde este momento una viva preocupación para las madres, sobre todo las primerizas.

Muchas veces estas alteraciones son acompañadas por las aftas, que vienen entonces a aumentar ese estado de malestar del niño.

Por esto creo que es necesario evitar que el niño se lleve a la boca todos los objetos que encuentre: y que después de

cada vez que se le alimente que se limpie su boca con una gasa esterilizada embebida en una solución de ácido bórico.

Durante este período de la erupción dentaria es cuando los niños adquieren el deplorable vicio como ya hemos dicho de llevarse los dedos a la boca de morderse los labios etc., vicios que si no se corrigen traen el inconveniente de desviar uno o más dientes, con lo cual viene a perjudicarse la oclusión normal, recayendo luego este perjuicio sobre la delicada función de la masticación.

Velazco Blanco en su tratado de higiene del lactante, admite la posibilidad de los trastornos generales debido a la erupción dentaria.

Muniagueria parece no estar del todo convencido, pues dice, «El médico tiene que intervenir muchas veces para curar los trastornos provocados por la erupción dentaria, y otras veces para desengañar a las madres de que tal o cual afección no es de orígen dentario, sino completamente desligado de ella.

Nobecourt dice: «La dentición se efectúa *generalmente* sin ocasionar el menor disturbio».

Creo como ya he dicho que la dentición es capaz de producir directamente o indirectamente trastornos casi siempre de corta duración y de naturaleza benigna: pero que son trastornos al fín. Y sino como podrían catalogarse, y a quién atribuirse esa serie de fenómenos que se producen en la casi totalidad de los niños en este período de la vida? Creo que ellos son causados por la erupción dentaria.

Ahora bien es necesario encuadernarse dentro de la lógica y no pensar en dar a la erupción dentaria una importancia mayor ni menor de la que tiene pues en ambos casos sería perjudicial para el niño.

Este es el concepto que el médico debe inculcar a la madre.

Los estudios modernos tienden hoy aceptar este concepto y el médico también debe aceptarlo y dar en cada caso particular el valor que el tiene.

Decía que es necesario dar a la erupción dentaria el valor que ella tiene a fín de que las madres no interpreten mal toda esta sintomatología que la acompaña y dar tratamientos equivocados.

Muchas madres achacan a la dentición un sin número de afecciones o mejor dicho trastornos que nada tienen que ver con ella; y en otros casos cuando ellos son reales, positivos de la erupción dentaria, y por pánico empeoran ese estado del niño.

Si algún trastorno se producen el quinto mes de vida del niño muchas madres creen que es debido a un anticipio de la erupción dentaria pues nunca falta el caso práctico del hijo de fulano o de sultano que le pasó lo mismo.

Si se producen durante o después de este período o bien se le achaca a la dentición o bien si es después, a un retraso de la misma y como después de los siete meses van apareciendo sucesivamente dientes vemos que es fácil achacar a la dentición trastornos o afecciones que pueden ocurrir durante este tiempo.

Pero si la ignorancia de las madres puede admitir esos errores de interpretación de la sintomatología de los trastornos de la nutrición, el médico es el autorizado para desvirtuarlos o indicar a la madre la norma de conducta a seguir en el futuro. Es necesario no confundir estas alteraciones que la erupción dentaria puede acarrear con afecciones coincidentes es decir que se han producido en este período.

Estos trastornos cuando adquieren un carácter grave, es debido en la mayoría de los casos a la ignorancia de las madres, que desconocen la gran mayoría los conocimientos más indispensables de puericultura.

Esta erupción dentaria se produce con esos fenómenos y que nosotros ya hemos descripto: fenómenos bucales que reflejan en el organismo como una alteración general; las madres como el chico llora a cada momento, hace más que darle de mamar con lo cual no consigue sino aumentar el número de trastornos con un más debido al exceso de alimentación.

Es necesario pues, en este período, más que en ningún otro, seguir el régimen indicado por el médico pedriatra, régimen que consistirá en reglamentar el número de mamadas durante el día.

Desgraciadamente en estos casos, las madres por su cuenta y riesgo hacen el tratamiento, pues el niño debido a su estado,

sino abandona rechaza por lo menos el seno materno, en las repetidas veces que antes lo anciaba. Las madres proceden a destetar el niño y en algunos casos a cambiar el régimen de alimetación pues creen que es su leche que ya no nutre como antes al lactante o que a este ya no la agrada. Este cambio de régimen sin la debida autorización del médico contribuye a aumentar el mal, convirtiéndolo de un trastorno pasajero en una afección gastro intestinal de orígen grave que muchas veces concluye con la vida del niño.

La erupción normal de los dientes debe llamar la atención del médico pedriatra especialmente y en general de todo médico, pues hay veces que un diente a pesar de haber salido su homólogo y vecino no puede hacer su erupción debido a que sufre una especie de enquistamiento que trae un enrojecimiento de la encía con un pequeño aumento de volúmen pues se forma entre el diente y la encía que lo cubre una especie de quiste; parece que la encía más espesada de lo normal, no permite al diente que haga su recepción; estos quistes, pues su interior contiene un líquido blanquecino, han sido denominados « odonclamide » y es capaz de producir dolores y alteraciones generales; como consecuencia de aquellos además del peligro que encierra como elemento de desviación de los dientes vecinos debido a la persistencia de ese enquistamiento. En este caso el médico debe aconsejar la visita de un dentista a fín de intervenir, cortando la encía y librando el diente de su aprisionamiento y veremos en pocos días que el diente está completamente hacia afuera. Este proceso se desarrolla con más facilidad en los incisivos tanto superiores como inferiores.

Los dientes temporarios tienen su erupción en las siguientes edades:

Incisivos centrales		inferiores	a los	7	meses.
„	„	superiores	„ „	10	„
„	laterales	„	„ „	15	„
„	„	inferiores	„ „	20	„
Primeras molares			„ „	25	„
Segundas	„		„ „	30	„
Caninos			„ „	35	„

Los dientes temporarios son los que más debemos cuidar, pues son los que servirán al niño durante los primeros años de su vida.

Ellos deben ser materia de especial cuidado de parte de las madres y de los médicos que son los llamados para atender estos pequeños pacientes; deben ellos inspeccionarles los dientes.

La pérdida prematura de los dientes temporarios aparejados una serie de trastornos que todos los médicos habrán podido constatar en la práctica diaria.

Da lástima ver la poca importancia que la generalidad de las madres dan a los dientes en un período mas avanzado de la edad el período que podríamos llamar crítico y que comprende al niño desde los tres años hasta los doce o catorce y ello lo digo con conocimiento de causa después de haberlo observado durante seis años en nuestro consultorio del hospital Ramos Mejía.

Concurren las madres con sus niños y lo primero que preguntan es si van a cambiar los dientes; luego si la respuesta es afirmativa, no titubean un solo instante en solicitar la extracción, pues creer que por que ello serán reemplazados no tienen la menor importancia, pero esas madres ignoran que el niño tendrá que estar varios años sin ese órgano que tanta falta le hacía para masticar.

Da lástima ver la boca de los niños en general y de la clase pobre en particular, muchos de ellos con sus dientes que han de ser tales para convertirse en un hueco sucio e infecto que sirve de puerta de entrada al organismo de las más variadas afecciones.

La extracción prematura de los dientes temporarios es más perjudicial y peligrosa que la acción tardía.

El médico, decía, está mas en contacto con el niño, que el el dentista, razón por la cual puede hacer mucho, en beneficio de la higiene buco dentaria.

El médico y el dentista son dos elementos que están llamados a complementarse, a armonizar su acción en beneficio de la salud pública.

Es necesario evitar, por medio del cuidado de los dientes temporarios, la extracción de los mismos antes del tiempo fijado para su caída y el reemplazo por los permanentes.

Es necesario cuidar también, que su estadía no pase este límite y sea motivo de inclusión o desviación de los permanentes: de inclusión debido a la resistencia que ellos ofrecen a la salida del permanente; de desviación debido al desplazamiento obligado del permanente a causa que este ocupa su lugar o gran parte de él; dado el caso de que en vez de ser diente entero sea una raíz de diente temporario.

Nada de tanto y de tal vital importancia como la caries dentaria en el niño. Pueril sería de mi parte pretender tratar aunque sea ligeramente esta onosidísima afección que ataca a los dientes de todos los seres humanos cualesquiera sea su sexo, su edad o condición social.

La caries dentaria en el niño ha sido materia de especial dedicación, de estudio, en las instituciones científicas de nuestra especialidad, en la cátedra y en los congresos científicos; pero ella no ha trascendido hasta los poderes públicos que poco han hecho en beneficio de los mismos, como tampoco a la generalidad de los médicos que no le dan la importancia que ella tiene ya sea como puerta de entrada de diversas afecciones al organismo, hecho que está plenamente demostrado, o bien por los trastornos locales y generales que él puede acarrear.

No existe en nuestro país una sola clínica dental infantil gratuita que ponga remedio a esos dientes, que por causa de la caries van cayendo uno tras otro bajo el aurocrático poder del forceps.

Con respecto al tratamiento de los niños me permito llamar la atención a mis colegas, pues en muchos casos se apela al procedimiento de la extracción en vez de proceder a la curación del diente. Todos sabemos el terror que infunde en general el dentista, y en particular sobre los niños, pero creo también que la culpa de este temor no es solamente imputable a los niños y a nosotros sino también a las madres.

A nosotros porque saben que la generalidad de las veces el hecho de sentarse en un sillón dental significa desgraciadamente la extracción de uno o más dientes; y a las madres en segundo lugar que no contentas con descuidar los dientes de sus niños, castigan cualquier travesura de ellos con «llevarlo

al dentista; » y claro está que si el niño ha sido llevado a la consulta anteriormente y la presencia del colega no ha sido para él muy halagadora, menos ha de serlo después, debido a que ese terror en vez de hacerse desaparecer se recuerda acada instante.

¿ Cuántos niños de nuestra clientela particular, a los cuales atendemos desde hace algún tiempo se someten sin resistencia alguna a sus curaciones ? Muchos, pero desgraciadamente no son todos.

En las clínicas dentales hospitalarias se hacen única y exclusivamente extracciones y salvo raras excepciones se cura un diente; ello es falta de elementos y de local.

Si los médicos ginecólogos hubieran inculcado a las madres los preceptos de higiene buco dentaria y las ventajas que su práctica reporta, ellas obligarían a sus niños, a que la practicara y la tarea seguiría así cimplificándose y no veríamos lo que actualmente sucede de que los niños concurren a nuestros gabinetes o a los hospitales cuando una periostitis o una pulpitis en el mejor de los casos le ha quitado espléndidas horas de descanso o de expansión; concurrirían cuando la caries recién comienza y que su curación no es acompañada de dolor.

Se impone, pues ante todo, la instalación de clínicas dentarias infantiles, gratuitas pues es muy frecuente el argumento de las madres de que no hacen curar los dientes de sus niños por falta de plata. Anté la inexistencia de estas clínicas dentarias gratuitas esta argumentación se vuelve tan convincente y aplastante que no admite réplica; pero bien; a estos futuros hombres a los cuales la patria llama cuando los necesita, es justo que ponga a su alcance los medios para que sean sanos y fuertes. No debe interpretarse esta función del estado, como una dádiva, como una limosna hacia la clase menesterosa, sino que vendría a llenar una verdadera función social que tiene la obligación de crear y mantener bien, la salud de nuestros niños.

Hacia el establecimiento de esas clínicas dentales gratuitas va este trabajo y el voto que pido a este Congreso.

Creo también que en los hospitales debería atenderse el estado de higiene buco-dentaria, de todo niño que ingrese, antes

de comenzar el tratamiento de cualquier afección, y en muchos casos cuando esto no es posible, que al tratamiento médico se lo complemente simultáneamente con el tratamiento bucodental.

Con respecto al tratamiento de los niños, merece llamarse seriamente la atención a todos los dentistas. Un niño exige un tratamiento especial tanto moral como quirúrgico; moral por cuanto es necesario ante todo captarse las simpatías del niño, para la obtención de lo cual, debemos recurrir a todos los medios, desde el obsequio de juguetes, figuras, libros o caramelos, hasta el cinematógrafo empleado por algunos especialistas profesionales en Estados Unidos.

El tratamiento de un niño requiere muchas veces, agotar el stock de tiempo y de paciencia para llegar a una finalidad práctica. Es por esto que muchos colegas prefieren proceder a la extracción inmediata del diente antes que a su curación por el tiempo que ésta les ha de llevar y que no compensa, la retribución pecuniaria que se obtiene a posteriori.

El tratamiento de un niño exige un tiempo infinitamente mayor que el tratamiento de un adulto, con todos los peligros y desventajas que acompañan a la tierna edad. Cuando más cuidado exige el tratamiento de un niño es durante las primeras sesiones de curación pues el más leve dolor nos echará a perder toda la confianza y muchas veces también el trabajo que hayamos hecho durante las sesiones anteriores; por eso, si causas especiales no lo aconsejan debemos ir de lo más simple a lo más complejo, hacer una cosa cada vez y esto como varía en cada caso especial queda librado al buen criterio que no debe faltar en ningún profesional que domine el arte de curar.

Con respecto al tratamiento de las caries avanzadas en los dientes temporarios me permito aconsejar siempre que ello sea posible, el tratamiento de las mismas por el procedimiento de la momificación de la pulpa.

La carie dentaria, como puerta de entrada al organismo, de diversas afecciones, está hoy plenamente demostrada, y es deber de todos evitar que además de una afección que ya ataca o puede atacar a ese organismo, otra venga a agregarse por el estado de antihigiene de la boca, y que como causa coadyu-

vante sino vendrá a provocar una lesión local como sucede en muchos casos vendrá a provocar un debilitamiento de este organismo, que en su lucha desesperada contra los bacterios, que penetran a través de los canales dentarios, tiene que quitar elementos de defensa que podría combatir a los de la otra afección.

Creo poder asegurar que de cien niños de esa clientela hospitalaria que no ha recibido jamás un consejo de higiene buco dentaria, que no ha visto practicarla jamás, probablemente no escaparía uno solo a la intervención del dentista; y no me refiero único y exclusivamente a la curación de sus caries ya sean de primero o segundo grado sino que tendríamos que proceder a la extracción de restos de dientes destruídos por esta afección.

Cuando la destrucción de los dientes por las caries se ha generalizado a todos ellos con una gravedad que ya no hay curación posible, es preferible apelar al procedimiento heróico de dejar a ese niño con sus encías completamente limpias antes que dejarle esos restos de dientes; pues en esta forma no tendrá no ya dientes en su boca sino que ni las raíces que quedaban, pero tendrá a su boca en perfectas condiciones de higiene. Se ha hablado y en general el público lo acepta de que el consumo de bombones hace sentir su acción sobre los dientes, como así también los dulces y confituras en general. Es indudable que ellos favorecen la formación del ácido láctico que es uno de los enemigos más grandes del diente.

Refiriéndose a este asunto el doctor WHATLEY, de New York dice: «Por lo que se refiere al consumo de bombones los resultados del examen que he hecho tienden a confirmar la opinión de los autores que declaran particularmente nocivo ese hábito. Este autor clasifica así el consumo de dulces:

1.° Grandes cantidades casi todos los días.
2.° Grandes cantidades algunas veces por semana.
3.° Pequeñas cantidades una vez por semana y
4.° Ningún consumo.

Admite que su clasificación es vaga y que pueden producirse errores, pero las informaciones obtenidas sobre cerca de seis mil criaturas y sus respectivos padres son muy interesantes.

Entre las criaturas de cinco años, las que hacen gran consumo de bombones tienen 8,9 dientes cariados, término medio, mientras que este número se reduce a 3,2 entre los que no comen. En las criaturas de doce años los términos medios correspondientes son 6,3 y 3,7; y en ambas edades las clases intermedias de la clasificación segunda y tercera arrojan promedios porporcionales.

Entre las criaturas de cinco años el término medio de los dientes exentos de caries es de 1,5 solamente en la primera clase; entre las que no consumen bombones el término medio es de 20 y la proporción de los niños de esta categoría que no tienen más de tres dientes cariados se eleva a 55. Estas cifras, dice el doctor WHEATLEY, son bastante elocuentes y permiten condenar la mala costumbre de los padres ignorantes que echan a perder con su complacencia, la salud de sus hijos.

Se citan casos a los cuales no parece aplicarse esta regla, pero es evidente que hay excepciones debidas tal vez a buenos hábitos dietéticos en los demás sentidos.

Si un niño practica los cuidados de la higiene buco dentaria durante los primeros años de su vida, llegará a la edad escolar con una dentadura en perfectas condiciones de higiene, que no solo vendrá a simplificar la labor del dentista, sino que redundando aquello en beneficio directo para su salud, le permitirá dar un mayor rendimiento en lo tocante a aprovechamiento intelectual.

La inculcación de los preceptos de higiene buco dentaria son de tal importancia que todos los comprenden, todos lo aprueban aun los gobiernos; pero que no han encontrado todavía la manera de darle una forma práctica.

No debemos olvidar que esos niños llegados a mayor edad, cuando sean padres y estén en condiciones de dar consejos, trataran de inculcar en sus niños esos conceptos de higiene cuya práctica tantos beneficios le reportó.

Creo que es la escuela en general y la normal en particular donde debe hacerse una campaña enérgica en ese sentido. En la escuela primaria por ser el sitio en que la ley obliga a todos los niños a concurrir a ella, y en las normales y nacionales porque es allí donde se ahonda, forma y empieza a forjarse el ca-

rácter y de donde han de salir luego los maestros de mañana y los verdaderos propagandistas de estas nociones y conocimientos.

La idea fundamental que ha de servir como base para que los médicos y los dentistas busquen de armonizar y coordinar su acción, hacia el ideal de que cada órgano o aparato de la economía funcione con toda regularidad; dando esa correlación armónica, ese perfeccionamiento, su rendimiento máximo, esa idea sería La Nutrición.

En esa serie de fenómenos que se realizan en el organismo desde la aprehención del alimento hasta la expulsión o excresión de las sustancias nocivas o inútiles para el mismo, todas ellas contribuyen a esa idea fundamental, a ese fenómeno complejo de la nutrición en que estriba el equilibrio del organismo humano.

En teoría general podríamos decir que la nutrición es en conjunto de acciones y reacciones que se producen en los distintos órganos y aparatos de la economía para incorporar a su propia sustancia determinados elementos externos que le son útiles para el reemplazo y sostenimiento de los desgastes que esas acciones y reacciones producen.

Es una verdad triste pero verdad al fin, que la madre primeriza en general sabe poco o nada de la alimentación regimentada de la nutrición, de como respira el niño, de la dentición, de valor de las materias fecales, y de todas las manifestaciones primarias del nuevo ser.

Nadie podrá negar tampoco que un hecho cualquiera derivado de estas funciones y que para las madres por ignorancia pasa desapercibido tiene para el médico un valor incalculable, así por ejemplo, ciertos detalles en las deposiciones puede darnos el síntoma de una enfermedad latente larvada o aparente, pasada presente o futura, grave o benigna. Por esto hemos de insistir cada día en la necesidad más urgente de preparar a las futuras mádres, inculcándoles los conocimientos más indispensables de puericultura.

El ideal de todas las madres es que el niño se alimente de su propio seno y de este ideal creo comparten sin excepción la mayoría de los médicos.

Si bien la química ha puesto al alcance de las madres una serie de productos capaces de sustituir, pero sin ventaja, al seno materno todos creemos en la superioridad de éste sobre aquél.

La alimentación ya sea natural o artificial tiene su importancia en el desarrollo de los maxilares. El niño que se nutre del seno materno pone en juego numerosos músculos cuyo desarrollo provoca en su vez el desarrollo de la región maxilo facial, porque sabemos que los maxilares necesitan como todos los órganos de la gimnasia funcional.

Con el biberón los movimientos son menos intensivos; con la cuchara o con el vaso ellos son casi nulos.

Si desgraciadamente el niño tuviera que alimentarse por intermedio de una nodriza; es a ella a quien debemos cuidar por los peligros que encierra para el niño por la trasmisión de diversas afecciones por intermedio de la leche.

Moro Tissier que ha estudiado este asunto en sus relaciones con las caries dentaria dice: « Los organismos de las caries estrechamente ligados entre sí, presentan los mismos caracteres morfológicos que los que aparecen aisladamente en los intestinos del niño de pecho ».

Rodella, Cahn, Passini, Herter, Noguchi, Finkelstein y otros que también han estudiado este asunto han demostrado que estas bacterias que se encuentran en las caries dentaria son las que prevalecen en los intestinos de los niños de pecho. Vemos pues la necesidad que existe en vigilar la higiene buco dentarias de las nodrizas en la misma forma que lo hemos aconsejado para las madres, autorizando a la repartición pública que entiende este asunto para que impida a la nodriza ejercer su comercio.

Siguiendo con la boca del niño viene el período de la erupción de los molares de los seis años o sea el primer molar permanente que son los que podríamos llamar las piedras angulares del importante edificio de la dentición permanente.

Se le ha llamado con razón a estos molares piedras angulares por que ellas van a regir la oclusión normal o sea la correcta posición de los dientes en los maxilares.

Delante y detrás de ellas irán apareciendo más tarde los demás dientes permanentes y si estos molares ocupan un lugar que no les corresponde llegarán hacer desviar ya sea el diente anterior o posterior que por falta de espacio tendrá que ocupar una posición indebida. Por esto no hemos de caer en la exageración cuando insistimos en la necesidad de conservar estos dientes.

Los médicos primero con sus consejos y las madres después aplicando los mismos son las que deben vigilar constantemente la perfecta masticación de los alimentos; las madres deberán vigilar con mayor cuidado sus niños cuando estos dependan de criados o institutrices; a quienes en general poco les interesa (especialmente los primeros) de que el niño mastique bien o mal sus alimentos, sino que al contrario no le dan casi tiempo para que esto lo haga perfectamente y lo apresuran, ya sea poniéndole cantidades exageradas en la boca o bien pequeñas pero tan seguidas que en ningun caso le dan tiempo para que sean masticados perfectamente.

A este defecto, a esta mala práctica, a esta falta de masticación se acostumbra el niño, y adquiere el hábito pernicioso de deglutir los alimentos casi enteros que traen al final afecciones más graves ya sean estomacales o intestinales.

Comparando los dientes por el valor que tienen según la edad de los niños, los dientes temporarios adquieren una importancia mayor, por varias razones:

1.° El diente temporario es un diente que teniendo que estar en la boca un tiempo determinado su extracción prematura o tardía dará lugar a que se retarde o apresure la salida de los dientes permanentes casi siempre con perjuicio de la oclusión normal, hacia la cual debe tenderse.

2.° Que el diente temporario no puede ser protésicamente reemplazado, pues el niño por su corta edad y su inexperiencia como así también la ignorancia del peligro no es suceptible en la mayoría de los casos de llevar un aparato de esta naturaleza.

3.° Que son dientes que sirven al niño para masticar en la edad más crítica de la vida.

Continuando llega el período de la aparición de los demás dientes permanentes que coinciden con la edad escolar.

La higiene buco dentaria del escolar es decir del niño que va a la escuela merece un capítulo aparte.

A este respecto debo decir que la carie dental escolar como todas las lesiones buco dentarias, su higiene y profilaxis han sido motivo de variados estudios y debates en diversos artículos, congresos y sociedades científicas.

Las medidas propuestas para combatirlas han sido varias y cada autor o conferenciante ha hecho una verdadera reclame de su trabajo; pero hay un punto sobre el cual todos están de acuerdo y es en la necesidad que hay de combatir esta afección debido al deplorable cortejo de funestas consecuencias que ella acarrea.

En nuestro país a pesar de que no es mucho lo que prácticamente se ha hecho, debo decir en honor a la verdad que todos mis colegas están decididos a prestar su valioso concurso a fin de combatir este mal dentro de la población escolar principalmente. El Consejo Nacional de Educación tiene su dentista, y últimamente ha nombrado en los distintos distritos escolares, dentistas, a fin de que procedan al examen buco dentario de los niños que concurren a las escuelas dependientes de los mismos.

Estos dentistas se reunen periódicamente a fin de cambiar ideas acerca de la mejor coordinación de las funciones que deben desarrollar.

En algunos establecimientos de enseñanza la acción ha sido más importante debido a la cooperación de los padres de las alumnas y a iniciativa de las respectivas direcciones; fundándose asociaciones cuyo fin es dar asistencia médica a sus asociados-escolares que concurren a los mismos.

En la escuela normal N.º 3 donde presté mi muy modesto concurso la acción desarrollada por esta asociación que se denomina «Salus» y principalmente en lo que respecta a la labor desarrollada en el consultorio de Odontología me siento plenamente satisfecho y creo que de esta satisfacción comparten mis colegas que también contribuyen con su labor.

Me concretaré como dato ilustrativo en demostrar la labor desarrollada por nosotros como así también voy a transcribir las medidas que hemos aconsejado a la Dirección de esta institución a fin de que los resultados sean lo más beneficioso posibles.

Durante el primer año de su funcionamiento bajo la dirección de mi maestro y amigo el Prof. Ciro Durante Avellanal la labor desarrollada fué grande sobre todo si se tiene en cuenta la serie de inconvenientes que tuvo que salvarse; inconvenientes todos inherentes a toda obra que por primera vez se comienza; pero nuestro entusiasmo no disminuyó y digo nuestro por cuanto tuve el honor de secundarle como practicante en tan benéfica obra.

El estado deplorable en que se encuentran las bocas de la generalidad de las alumnas lo demuestra la siguiente estadística de los trabajos efectuados en seis meses de labor; y ella es:

Alumnas atendidas	64
Extracciones	115
Obturaciones (amalgama)	38
Tratamientos de canales radiculares	18
Cementos porcelana	4
Limpiezas	1
Cementos	26
Consultas y curaciones varias	498

Esto nos demuestra la necesidad de que se vele por la higiene buco dentaria de los niños en las escuelas.

Grande fué mi sorpresa y de ella compartía el jefe del servicio Prof. Durante Avellanal con respecto al estado de abandono de antihigiene en que tienen su boca y dientes la generalidad de los alumnos y creo sin temor a equivocarme que ella, relativamente hablando se encuentra en peores condiciones que la de los niños que concurren a nuestro consultorio del Hospital Ramos Mejía. Y digo relativamente hablando por cuanto en la clientela hospitalaria que está compuesta por gente pobre, razón por lo cual no pueden disponer de los medios que requiere el arreglo de su dentadura; y que si bien

existen algunas clínicas gratuitas como la de la Facultad de Medicina esta gente no puede concurrir a ella por que toda pérdida de tiempo les implica un abandono del trabajo lo que trae un desequilibrio en su exíguo presupuesto; y que conjuntamente con otras razones no menos poderosas y dignas de ser tenidas en cuenta como ser la pérdida del empleo; concurren al hospital cuando un dolor dentario se hace sentir intensamente y para que se proceda a la extracción de un diente causante de ese dolor.

En cambio en las escuelas no alcanzo a explicarme como alumnas, señoritas en su mayoría, que reciben una educación muy distinta de la de aquellos enfermos, que conocen la higiene buco dentaria aunque sea de nombre, o que la han visto practicar en muchos casos; no alcanzo a explicarme decía como descuidan tanto su higiene buco dentaria.

Ha habido alumnas a las cuales ha sido necesario practicarles seis, siete y ocho extracciones de dientes con caries de cuarto grado y su cortejo de fístulas, abcesos, flemones etc.

Es por esto que en su oportunidad me dirijí a la C. D. de esta Asociación indicándole una serie de medidas que sin duda alguna han de redundar en beneficio de todos; medidas que mas abajo trascribo.

Señor Presidente de la Asociación Salus.

Presente

En mi carácter de dentista de los consultorios que sostiene la Asociación de su digna presidencia, me creo en la obligación no solo de prestar el concurso profesional que se me ha solicitado sino de aconsejar las medidas más convenientes para el mejor éxito de nuestra gestión, y es en tal sentido que me dirijo a Ud. a fin de que se sirva someter a la consideración de la C. D. el siguiente proyecto: Que se dicten a las alumnas que concurren a ese establecimiento, conferencias sobre higiene buco dentaria.

Desearía señor Presidente que esta medida fuera mas amplia, de manera que a ella puedan concurrir también los padres de las alumnas.

Creo que esta resolución esta llamada a reportar beneficios por cuanto ella tiende a inculcar en la mente de los jóvenes educados de hoy y educacionistas de mañana, las mas elementales nociones de higiene y profilaxis buco dentaria hoy olvidada en muchos y desconocida en no pocos, y al mismo tiempo enseñarles por lógica consecuencia de estas disertaciones las ventajas que su práctica tiene, como así también los inconvenientes y peligros que su desconocimiento o negligencia puede acarrear.

Creo como digo mas arriba que deberían hacerse extensivas a los padres de las alumnas a fin de que ellos también conozcan los beneficios de la práctica de la higiene buco dentaria y secunden en la familia la acción de que la asociación desarrolla en la escuela.

Saludo al Sr. Presidente muy atentamente.

OSVALDO TISCORNIA.

Señor Presidente de la Asociación Salus.

Presente

Todo esfuerzo por una causa no resulta nunca estéril no solo cuando ha llegado como en este caso a obtener afiliados a la misma, sinó también cuando sus fines han llegado a interesar a alguién o a motivar una discusión siquiera.

Fortalecido por esta argumentación y por el concepto que tengo de la responsabilidad profesional, en lo que respecta a la salvaguardia de la salud pública mediante el conocimiento de las medidas para combatir las diversas afecciones que aquejan a la humanidad y en particular a la población infantil; es que me dirijo a Ud. a fin de que se sirva someter a la consideración de la Comisión el siguiente proyecto: Que en las clases de « dictado » que se efectúan en los distintos cursos se tomen como temas para los mismos folletos, libros, o revistas que pongo a disposición de la Comisión Directiva y que versan sobre cuestiones de higiene y profilaxis buco dentaria.

Creo señor Presidente que no solamente deben dictarse tópicos que versen sobre la patria, la escuela, la familia, la natu-

raleza etc. que tiende a vincular al niño con estas cosas; sinó que también alguna vez debe tocarle el turno a la higiene buco dentaria.

La escuela dentro de su noble misión de combatir el analfabetismo llena una función social mas grande y mas elevada que ninguna otra institución ya sea pública o privada.

Ella prepara en los distintos factores de la vida al niño y a la mujer pues ellos y nadie mas son los que continuaran la obra de grandeza cuya simiente cultivaran nuestros antepasados.

Cuidar la higiene de los niños inculcándoles los rudimentos mas indispensables para la práctica de la misma, es también cuidar y velar por el engrandecimiento del país; y esto también es enseñar amar la patria.

Saludo al señor Presidente atentamente.

OSVALDO TISCORNIA.

Señor Presidente de la Asociación Salus

Presente.

Con la satisfacción del deber cumplido y con la clara visión de la responsabilidad profesional que en la higiene colectiva desempeñan el médico y el dentista, predicando las medidas de higiene y profilaxis para combatir y prevenir las diversas afecciones que aquejan a la humanidad; es que me dirijo a Ud. y por su intermedio a la Comisión Directiva a fín de someter a su consideración el siguiente proyecto:

Que se reparta entre los alumnos que concurren a ese establecimiento un folleto que esa Comisión Directiva conoce y que titulado «Historia de un diente» contiene una serie de indicaciones para conservar la higiene de la boca y de los dientes.

La forma sencilla y amena en que el se halla escrito me inducen aconsejar su adquisición; por cuanto creo que tanto por su forma como contenido el se halla al alcance de las mentalidades infantiles.

Esta medida creo merecerá la aprobación de la Comisión Directiva y vendrá a llenar una vez mas los fines que motivaron la fundación de esa asociación.

Saludo al señor Presidente atentamente.

OSVALDO TISCORNIA.

Señor Presidente de la Asociación Salus.

Presente.

Con anterioridad a la presente me dirigí a Vd. y por su intermedio a la Comisión Directiva proponiéndoles medidas que están dentro de los fines que persigue esa asociación en beneficio de la salud de los niños.

Con ello no se me ha ocurrido pensar que mi misión hubiera terminado, sino muy al contrario, pues a medida que la práctica diaria me lo demuestre seguiré aconsejando a esa Comisión Directiva las medidas que crea necesarias para que la asociación rinda el máximo de beneficio.

Con este motivo me dirijo a Vd. a fin de que se sirva someter a la consideración de la Comisión Directiva el siguiente proyecto.

Que se coloquen en las aulas y corredores carteles murales que inviten al niño al cuidado de la higiene buco dentaria.

Creo Señor Presidente que esta medida muy lejos de pasar inadvertida está llamada a dar excelentes resultados, pues en países que marchan a la cabeza en cuestión de higiene escolar como los Estados Unidos ella se llevó a cabo con éxito y aplauso de todos.

Creo que no se podrá argumentar en su contra razones de estética o economía que serían las únicas que podrían oponerse a la realización de este propósito; sobre todo si se tienen en cuenta los beneficios resultados que con ella se obtendrían.

Saludo al Señor Presidente atte.

OSVALDO TISCORNIA.

Un distinguido colega americano William Potter en The Dental Cosmos, trata esta cuestión y entre las leyendas que da para estos carteles dicha publicación trascribe las siguientes:

1.º Para que el individuo goce de perfecta salud, debe tener sus dientes sanos.

2.º El alimento que queda depositado alrededor del diente, produce las caries.

3.º Cepíllese cuidadosamente sus dientes, despues de cada comida, para remover las partículas alimenticias.

4.º Los alimentos duros que requieren una masticación enérgica son los mejores para los dientes y para el organismo en general.

5.º Los dientes deben ser examinados por el dentista por lo menos dos veces al año.

Todas estas medidas tendientes a inculcar en la mente del niño, deberían ser oficializadas por los gobiernos; y los Consejos de Educación impartir las órdenes correspondientes a fin de que ellas se generalicen.

La forma en que estos niños se abandonan su boca es tal que ella como ya he dicho me ha llamado la atención, pues he observado que niñas dadas de alta después de habérsele efectuado un arreglo general de su dentadura concurrían al consultorio meses después para que se le practicara una nueva limpieza; esto nos demuestra el desconocimiento o negligencia de las mismas en lo que se refiere a su higiene buco dentaria.

Esta observación hízome pedir al director de los consultorios doctor CARLOS R. VIGNALE, que las maestras revisaran la boca de las niñas una vez por semana.

El número de extracciones que hemos practicado demuestra y confirma nuestra mala impresión con respecto a la higiene buco dentaria de las jóvenes educandas.

Estas asociaciones están destinada a llenar una función muy grande dentro de las escuelas y que no tardará mucho tiempo en que ellas serán creadas en todas las escuelas, pero también creo que mientras la importante labor que estas asociaciones desarrollan, no marche de acuerdo con la inspección médica escolar, ellas no podrán rendir el máximun de benefi-

cios; y para esto opino que es necesaria la cooperación del médico escolar en la siguiente forma:

1.º El Consejo Nacional de Educación y el Ministerio de Instrucción Pública por intermedio de sus inspecciones médicas deberían conocer y darle valor legal a los servicios y resoluciones de los profesionales que en ella prestan sus servicios.

2.º Las alumnas que ingresan por primera vez al establecimiento deberían ser sometidas a una prolija revisación por parte del médico escolar y por los profesionales de las distintas especialidades de estas asociaciones.

3.º Esta revisación debería llevarse a cabo, quince días antes de comenzar los cursos, por lo menos.

4.º Cada alumna llevaría la ficha individual en la que se anotarán las afecciones que se hubieran encontrado durante su revisación como así también el tratamiento aconsejado

5.º Tres días antes de inaugurarse los cursos, el médico escolar con las fichas a la vista, comprobará si la alumna ha practicado el tratamiento de las afecciones que se hubieren encontrado durante su primera revisación.

6.º No se permitirá el ingreso a la escuela de toda aquella alumna que no se hubiere atendido a la prescripción facultativa.

En esta forma se evitará el hacinamiento de alumnas en los consultorios de estas asociaciones, hacinamiento que redunda en perjuicio de todos los asociados a la par que dificulta la tarea del profesional; y en apoyo de lo que dejo expresado debo decir que hay alumnas que concurren desde hace un año al consultorio y otras que esperan asistencia desde un tiempo un poco menor.

Supongamos para explicar mejor mi reglamentación que viene a ingresar a la escuela una alumna que tiene los dientes afectados de caries.

El dentista la recibe y anota en su ficha «Carias Dental», indicándole al padre o tutor de la alumna que para ingresar a la escuela debe tener todos sus dientes arreglados, en una palabra que debe tener su boca en perfectas condiciones de higiene.

La alumna concurrirá entonces a su dentista particular y se hará arreglar sus dientes.

Tres días antes de inaugurarse los cursos la alumna se presenta nuevamente a la escuela y el médico escolar con la ficha a la vista comprobará si la niña ha hecho arreglar sus dientes. Si ha llenado este requisito, quedaría aceptada, lo que no sucedería en caso contrario.

En esta forma veríamos que dentro de cuatro años o cinco la boca de los alumnos que concurren a las escuelas estarían en buenas condiciones de higiene; siendo la misión de los dentistas de estas asociaciones curar y cuidar la boca de los niños mientras dure su permanencia en la escuela.

Creo que en esta forma las asociaciones llenarán de una vez por todas las altas funciones que inspiraron su fundación. Hoy debido a que su funcionamiento no es regular y concordante con los servicios médico escolares, vemos que se tropieza con una serie de inconvenientes.

El hacinamiento de alumnos es tal que no permite una asistencia regular a sus asociados y digo regular por cuanto hay alumnas que han pasado casi un año concurriendo al consultorio y esto no era porque el número de sus afecciones fuera tan grande, de manera que faltar el tiempo para ello, sino que el día destinado para asistir al mismo, se presentaban una o dos alumnas ya sea solas o acompañadas de sus respectivos padres, quejándose de uñ agudo dolor causado por una molar, por ejemplo, y ya sea que se le hiciere una medicación calmante o una extracción según los casos, significaba la asistencia de un enfermo con el cual no contaba el profesional y como este no puede estar constantemente en la escuela, sino que le dedica a ella varias horas semanales, de allí resulta que las perjudicadas eran las alumnas que habían sido citadas para ese día y que por falta de tiempo su curación no pudo efectuarse.

Con esta reglamentación el hacinamiento desaparecería en beneficio de todos: alumnas y profesionales.

Creo también que en las comisiones directivas de estas asociaciones deberían tener asiento los profesionales que en ellas prestan servicios, pues siendo los asuntos a tratarse en su mayoría, de índole profesional, nada más adecuado que oír la opinión de los entendidos en la materia, los que sin duda al-

guna darían a las resoluciones la orientación que lógicamente deben tener sin preocuparse de otras cuestiones, ya sean o no superfluas pero que tienden a desvirtuar la acción de la asociación de la que lógicamente debe tener.

La relación que existe entre la falta de salud y el aprovechamiento intelectual de la enseñanza dada en la escuela, no se discute.

Una estadística hecha hace algunos años por el doctor MASWUELL de New York, demuestra que de ciento ochenta y siete mil niños con defectos físicos, tenían defectos a la vista, 26.000, de la nariz 36.000, hipertrofia de amigdalas 45.000 y con dientes enfermos 135.000.

Decía que existe relación entre la salud y el aprovechamiento intelectual del niño, y ello lo demuestran los siguientes datos.

En Nueva York, en los exámenes de 1909, quedaron sin obtener su certificado de promoción, 86.000 niños.

Esta enorme cifra, alarmó a las autoridades escolares y se nombró una comisión para que investigara la causa de este suceso. Esta comisión, tomó cinco escuelas de los distintos barrios de la ciudad, de modo de tener representada todas las categorías de alumnos y se obtuvo el siguiente resultado: de 11.000 hubo 1.409 fracasados entre los cuales se encontró 20 % con defectos visuales, 25 % obstrucciones nasales, 30 % hipertrofia de amígdalas y 55 % con mala dentadura.

En Junio de 1909 el Consejo de Educación de Cleveland, Ohio, nombró diez dentistas con diez ayudantes para que procedieran a examinar la dentadura de los alumnos. El resultado fué desastroso pues, de 846 niños, solo tres presentaba los dientes en buenas condiciones. En vista de esto se resolvió formar una clase experimental seleccionando de los grados 4.°, 5.°, 6.° y 7.°, los alumnos que tuvieran la boca en peores condiciones y se eligieron cuarenta.

Estos cuarenta niños eran el exponente del conjunto de las escuelas pues había entre ellos distinguidos, medianos y atrasados.

Estos niños que iban a ser sometidos a pruebas experimentales, permanecieron en las mismas clases, con el objeto de recibir la misma instrucción que sus compañeros.

Ni sus condiscípulos ni sus maestras fueron enterados de las experiencias a que estaban sometidas, que eran las siguientes:

1.º Deberían arreglarse la dentadura perfectamente.

2.º Deberían limpiarse los dientes con cepillo tres veces al día.

3.º Deberían masticar y salivar perfectamente bien, cuidando de no mezclar en sus comidas, alimentos sólidos con líquidos.

4.º Tenían obligación de asistir a las clases experimentales dictadas después de las horas de clase. Se le ofreció a cada niño a fin de terminar las experiencias, una moneda de cinco dolars.

De los cuarenta alumnos, cinco se eliminaron voluntariamente por no estar dispuestos a soportar las pruebas.

Tres fueron eliminados por no asistir a las clases experimentales y cinco por descuidar las instrucciones que en esa clase se les daban.

Previamente se les daban a esos niños dos demostraciones prácticas sobre masticación y salivación, luego se les arregló la dentadura, haciendo las extracciones indispensables, obturando los dientes cariados y realizando algunos pequeños trabajos de ortodoncia.

Las pruebas psicológicas fueron hechas por el doctor WALIN distinguido y conocido psicólogo y consistían en investigar las modificaciones de la memoria, precisión de percepción, radidez de entendimiento, asociación, etc.

De estas experiencias, dos fueron ejecutadas antes de comenzar el trabajo en Mayo y Junio de 1910; dos en Agosto y Septiembre, es decir en el curso de experiencia y las dos últimas en Mayo de 1911.

Entre estos puntos había un tiempo suficiente como para que se notase un progreso o estancamiento.

Los exámenes psicológicos dieron un porcentaje de 99.8 lo que indica que fué casi doble su habilidad.

Se notó también un aumento en dignidad, perseverancia, afecto al estudio, etc., condiciones nada desapreciables.

El doctor FRIEDRICH PAUL WURFSCHMIDT, ha hecho un trabajo relacionado con la higiene buco dentaria, con la capacidad mental del niño y dice: «Los dolores dentales tienen

interés por sí mismo y también desde el punto de vista de la enseñanza.

Los otros dolores o sensaciones desagradables de los órganos, causados por los dolores mentales y relacionados con los mismos, obran en igual sentido.

El deterioro de los dientes, afecta a todos los demás órganos corporales. Sus funciones se hacen mal, el estado general declina, el humor de la criatura se altera, su cabeza está menos dispuesta a comprender y a retener lo que se le expone, es menos capaz de concentrar las ideas que cuando se encuentra bien. La criatura sufre una extenuación y siente una necesidad de dormir que pueden llegar a ser afecciones mentales.

Las enfermedades dentales ocasionan desórdenes nerviosos, insomnios y pueden hacer de la criatura un ente completamente atrasado.

Los dolores dentales frecuentes, pueden provocar una de presión mental duradera, nefasta para las facultades de la imaginación de la criatura.

El doctor WHEATLEY, inspector médico del distrito inglés de Shrophire, dice que solo tres niños en cada doscientos de doce años de edad, tienen la dentadura enteramente libre de caries; a los cinco años esta proporción es solo de tres cada cien. El promedio de dientes cariados es de 6.8 en las criaturas de cinco años y de 5 en las de doce.

Pero lo más notable es que, en 4.207 criaturas de cinco años sometidas a un examen había 1.112 con 10 dientes cariados y mas también.

En 3.700 de doce años, 996 tenían 7 o mas dientes cariados. Como la edad media de los dientes en esa época es de cuatro años, fácil es imaginar cual será el deplorable estado de esas dentaduras cuando los niños sean adultos.

El doctor MURITH, de Nueva York, que ha estudiado y observado en los niños, las caries dentarias, dice que de 600.000 niños un elevado porcentaje necesitaba asistencia dentaria.

Los dientes de los niños deben ser materia de especial dedicación por parte del médico y del dentista, por varias razones:

1.° Por que impide la perfecta masticación.

2.º Contribuye eficazmente a su falta, a la mala nutrición con debilitamiento general del organismo.

3.º Que no pudiendo ser reemplazado protésicamente los dientes temporarios, una extracción prematura priva al niño de órganos masticatorios por varios años, trayendo como consecuencia con relativa frecuencia, desórdenes gastro intestinales, anemia, debilidad, etc. que preparan al organismo para afecciones graves.

De la revisación en una escuela de Nueva York, de 500 niños revisados, 468 necesitaron intervención dental.

Dice el doctor MURITH que en el distrito de Manhatan hay 17 clínicas dentales que tienen como única misión atender al niño, practicándole las extracciones necesarias. Es este un alivio temporario pues si bien es cierto que el niño no sufre dolor local, comienza otro sufrimiento general debido a su mala masticación por la privación de ese órgano o como sucede muchas veces por anomalía de oclusión debido a extracciones prematuras o tardías.

El doctor MOELLER, de la Facultad de Medicina de Berlín, presentó un trabajo al Congreso Internacional de Medicina Dental celebrado en Berlín desde el 23 al 28 de Agosto de 1909 titulado «La Clínica Dental Escolar como medio de combatir la tuberculosis». He aquí sus conclusiones:

1.º La tuberculosis con el mismo derecho de que se ha llamado una enfermedad domiciliaria, puede igualmente llamarse con el nombre de enfermedad alimentaria. El mal estado dental del niño ocasiona una alimentación deficiente y un mal desarrollo (anemia clorosis, enfermedades del estómago y subnutrición.)

2.º La caries dental tan extraordinariamente común en los niños favorece indirectamente por intermedio de erosiones y grietas de la mucosa la introducción del bacilo de la tuberculosis en el organismo infantil.

Las caries de los dientes producen muchas veces enfermedades infecciosas de las glándulas su-maxilares y de las amígdalas disminuyéndole su poder ofensivo contra la colonización del bacilo de la tuberculosis.

3.º La mala higiene de la boca da lugar a la colonización del bacilo de la tuberculosis en la cavidad bucal del niño, convirtiendo la mucosa y los linfáticos en amplias puertas de entrada para el virus tuberculoso.

4.º La falta de higiene en la boca y los dientes es una de las fuentes más abundantes de infección por el bacilo de Koch, en la infancia. Lo mismo que la mucosa bucal y faríngea son las puertas de entrada más frecuentes, del mismo bacilo. Una boca desaseada constituye una incubadora natural y un excelente medio de cultivo para el desarrollo del bacilo de la tuberculosis.

5.º La mucosa bucal del niño descuidada y fácilmente penetrable, ofrece al bacilo una superficie de ataque y una puerta de invasión mucho mayor que los dientes cariados, pobres en vasos linfáticos.

6.º En los dientes cariados de los niños que no padecen de los pulmones se encuentran muy pocas veces el bacilo de la tuberculosis; en cambio en las mucosas se les encuentran muy a menudo.

7.º La clínica dental escolar constituye un medio excelente para combatir la tuberculosis como enfermedad popular.

8.º Las clínicas dentales escolares son instituciones educativas para la defensa expontánea del niño y del círculo en que vive. Ellas combaten con la doctrina y la objetivación, la difusión de la tuberculosis, entre los condiscípulos, los parientes y los maestros.

El doctor MARIANO ECHEGARAY, médico escolar en un trabajo presentado al Congreso Nacional de Medicina de 1916 decía:

«La selección juiciosa que aleja a aquellos que más tarde no serán factores eficaces de su apostolado es obra de sana previsión».

Y más lo es si se agrega que los lugares ocupados por tales alumnos deficientes, se restan a la población escolar, capacitada para el mismo servicio.

Nuestra convicción en tal sentido nos lleva a exigir la eliminación de aquellos aspirantes que tengan defectos físicos como los que afectan la estética cuya exhibición ante la clase

causen hilaridad o desagrado, por los efectos de naturaleza disciplinaria y aún moral que ellos pueden causar en la infancia.

El ideal sería el tipo perfecto de salud y belleza que las civilizaciones superiores han reclamado en todos los tiempos como modelos; pero sin ir tan lejos bastaría, como dejamos dicho que los maestros no padeciesen de lesiones o defectos que puedan ser perjudiciales dentro de las delicadas funciones de su misión cultural.

La eliminación de 46 alumnos inaptos para el ejercicio de la carrera, del magisterio y el ingreso, en su reemplazo, de 46 aptos, ha hecho ahorrar al Estado la suma de $ 78.396, en este año; puesto que el costo del alumno maestro en la capital durante los cuatro años de estudio es de $ 17.16, término medio, cada uno.

Ahora como resultado de todas estas prescripciones y reglamentaciones de la higiene buco dentaria a las mujeres embarazadas, niños, nodrizas, en las escuelas, ha llegado a las siguientes conclusiones:

1.º Divulgación general de las nociones de higiene buco dentarias.

2.º Cuidar la higiene buco dentaria en la mujer embarazada.

3.º Que a las libretas que otorga el Registro Civil, se le agregue un capítulo referente a este asunto.

4.º Asistencia dentaria obligatoria en las mujeres embarazadas que se asisten en las maternidades de los hospitales.

5.º Vigilancia de la higiene buco dentaria en las nodrizas.

6.º Divulgación de estos conocimientos entre los niños.

7.º Creación de clínicas dentales gratuitas.

8.º Creación de clínicas dentales escolares.

9.º Divulgación de estos conocimientos en las escuelas primarias, secundarias, normales y especiales, por medio, de carteles, conferencias, dictadas, etc.

10. Instituir el «día del diente», en el que se dará en cada escuela una conferencia para padres y alumnos sobre la importancia de la higiene buco dentaria.

11. Asistencia dental obligatoria a los niños enfermos, internados en los hospitales.

12. Colocación de carteles murales en las salas de maternidad y niños de los hospitales, indicando las ventajas de la práctica de la higiene buco dentaria.

Es en esta forma armonizando funciones y procedimientos de la higiene buco dentaria como se llegará a obtener el mayor número de ventajas en beneficio de la salud de todos y del niño en particular, que constituye hoy una preocupación de los hombres de ciencia y de gobierno; y con mayor razón en un país nuevo como el nuestro; de lo contrario nuestra población infantil irá desapareciendo «spurlos versenk».

LA DEFENSA DEL NIÑO RELACIONADA CON SU HIGIENE BUCAL

Por los dentistas E. Cardellino y L. Bolasco
(Montevideo)

41.65.111.

La defensa del niño que está expuesto al ataque de los agentes exteriores es tarea encomendada a todos los profesionales que se ocupan de la salud pública.

Nuestra profesión a quien le está confiada una parte importante de esa tarea tiene en sus manos la fiscalización de la higiene bucal.

Los procesos dentarios primitivos que se efectúan en el niño, son precisamente los indicados para ejercer un control eficaz.

La dentición temporaria debe ser objeto de un severo estudio y de un cuidado aún más severo; sin embargo para lograr un resultado satisfactorio, es preciso defender en el alma del pueblo los principios fundamentales de higiene oral.

Grande es la lucha, una barrera infranqueable se nos opone; es la ignorancia del pueblo que tiene imbuído (en sus cerebros) los viejos preceptos de la abuela que son para la madre el código fundamental, al cual tienen que ajustarse sin apartarse una sola línea. Destruyamos esos prejuicios populares, arrasemos esos falsos conceptos. Para triunfar contra ellos es necesario la mancomunidad de ideas y de acciones de los elemen-

tos preparados en la sociedad; todos debemos aportar nuestro modesto grano de arena; constituímos una parte integrante del conjunto y cada cual debe desempeñar lo mejor posible el rol que tiene designado, pudiendo pagar así la deuda contraída con la humanidad; nosotros en nuestro papel de odontólogos, pagaremos también nuestra deuda contribuyendo con nuestro trabajo y nuestra experiencia.

Los resultados y consejos que expondremos son obra de la observación de nuestra policlínica del Hospital « Pereyra-Rossell ».

Esos resultados prácticos nos han sugerido ante todo una pregunta: ¿ en qué época y cuando debe intervenir el dentista en la boca del niño ?

Es lógico pensar que es recién en el segundo año cuando se presentan malestares dignos de nuestra atención; durante los dos primeros años, pues, la intervención del dentista es casi nula, su acción consiste en consejos para el futuro. De los dos años en adelante, se determina nuestra verdadera acción.

En el período comprendido entre dos y seis años, los padres no se preocupan de llevar sus niños a las clínicas dentales, excepción hecha en los casos en que el dolor apremia, donde no existe obligación, no hay preocupación; luego, el niño comprendido en el período arriba mencionado, permanece, en general abandonado en los cuidados de la boca. Recién a los seis años el ingreso a la escuela obliga a someterlos al examen dentario; para subsanar las deficiencias mencionadas, contamos con nuestra policlínica del « Hospital Pereyra Rossell » pero su acción es muy limitada; se necesitaría para obtener un resultado eficaz, una ampliación general de esa clínica y la creación de otras muchas; clínicas que las llamaríamos preparatorias.

Hablaremos ahora del temor inusitado que provoca en los niños la asistencia a las clínicas, temor que dificulta nuestra labor y que en gran parte se explica por la desidia de los padres que se acuerdan de acudir a las clínicas solo en los casos de extremo dolor en que es imposible la cura o la abulsión indolora; en estas condiciones ¿ querrá el niño volver ? ¿ Cual es el remedio ? su asistencia metódica y a su debido tiempo, cuando es posible la cura eficaz e indolora.

DENTICION TEMPORARIA.—MOLAR DE SEIS AÑOS.

La dentición temporaria y el molar de seis años son, a nuestro juicio la piedra angular sobre la cual descansa el sistema dentario permanente; los trataremos pues, en conjunto.

Estos dientes deben ser objetos de un severo cuidado y debemos evitar sus extracciones prematuras.

Existe la falsa creencia de que los dientes de leche por caducar en el futuro, es innecesaria su cura y esa idea hay que destruirla.

«Natura non faci saltus» como dice el proverbio latino; los dientes de leche tienen su razón de ser, tienen una misión fija y a tiempo determinado que cumplir; todo lo que sea motivo, pues, para que esa misión no se cumpla o se interrumpa, hay que evitarlo. Sabemos bien que cuanto mayor es la superficie de masticación, y más completa su articulación, más completa y más perfecta será la formación del bolo alimenticio que perfectamente triturado y ya medio digerido, será bien asimilado. Por eso la necesidad imperiosa de explicar ampliamente a los padres, la importante función de esos dientes de leche y compenetrarles así la obligación y la conveniencia de vigilar y hacer vigilar periódicamente el estado de la boca de sus niños; en rigor, pues, en la defensa del niño juega un rol muy importante la acción de sus padres.

La extracción prematura de estos dientes de leche producen anomalías en la dentición permanente, como así también la del molar de seis años. Los primeros aceleran la erupción, haciéndolos desviar generalmente y produciendo anomalías de sitio, anomalía esta que es producida también por el tejido cicatricial puesto que el diente encontrando mayor resistencia de lo normal, tiende a buscar la salida por la parte que le opone menos resistencia.

Respecto al molar de seis años, dada la época de su erupción, pasa desapercibido confundiéndosele como diente de leche, por lo mismo se le supone como próximo a caducar y en consecuencia por ser de un valor nominal, debe ser elimi-

nado; esto da motivo a que cuando llega a nuestra clínica es imposible tentar cura o restauración alguna.

Otro error más, existe en la creencia de que un diente cuya cosrea está destruída no es posible salvar y sin embargo nada más fácil que restaurarlo por nuestros procedimientos diversos.

La extracción prematura de dicho molar, trae como consecuencia una disminución de la arcada dentaria que da por resultado una falta de espacio produciendo una seria de anomalías: anteversión, retroversión, rotación sobre el eje, etc., traduciéndose ellos en un sinnúmero de irregularidades de disposición los que cambian completamente, en algunos casos, la articulación normal, llegando en algunos a articular solamente los molares, quedando los bordes cortantes de los incisivos con un espacio considerable que obligan al niño a permanecer constantemente con la boca abierta, impidiéndole la masticación normal y completa; casos estos muy frecuentes en nuestra policlínica.

Añadamos a esto el famoso prognatismo del maxilar que, si bien algunas veces tiene otro origen, muchas lo son por anomalías dentarias.

No podemos dudar pues, que el resultado final de las anomalías dentarias, repercuten de una manera clara y evidente sobre el conjunto armónico de la estética facial, modificando totalmente la expresión general.

Luego corresponde al dentista no tan solo aconsejar, sino evitar por todos los medios a su alcance la extracción indebida prematura, para contrarrestar tan lamentables consecuencias.

De la estadística extraemos el dato sugerente que un 40 % de los molares de seis años, están atacados sobre un total de 10,817 pacientes.

HIGIENE BUCAL

La boca por su situación topográfica, por su constitución, por los variados elementos que la forman, y por sus diversas funciones es considerada como la puerta de entrada más importante de los elementos patógenos.

Cuando se tiene en cuenta que el 94 % de la boca de los niños de nuestra policlínica se hallan en deplorables condiciones de higiene, ese solo datos nos basta para alarmarnos y hacernos comprender la necesidad imperiosa de ampliar y mejorar aún más esos servicios.

La flora bucal rica en elementos microbianos tales como: Stafilococus, Streptococus, Pneumococus, Bacillus de Koch, Bacillus de Pfeiffer, etc., es un campo vasto y amplio para la proliferación y desarrollo de esos elementos. Añadamos a esto la saliva, los detritus alimenticios, las caries dentarias, con cavidades más o menos profundas donde se depositan las diversas sustancias; unido al aire que arrastra consigo series de elementos y como complemento la temperatura húmeda, media de 36 %, constituye todo esto un excelente campo para la propagación de los gérmenes patógenos. ¿Cómo aseptisar? Será posible realizarlo por simples enjugatorios desinfectantes? Creemos que no.

Varias puedan ser las vías de penetración microbiana: digestivas, respiratorias, y la región apical del diente.

No entraremos a considerar los dos primeros pór suponer que son de la incumbencia del médico; en cuanto a la última, la suponemos importantísima y a la vista están las complicaciones de las caries de cuarto grado con sus correspondientes complicaciones que enumeramos someramente: Periostitis, osteo-periostitis, osteo-periostitis supuradas, quistes apicales, abcesos flemones, fístulas mucosas y cutáneas. No podemos dejar de mencionar algunos accidentes alejados tales como las: adenitis, estomatitis, sinusitis, angina de Ludwig y accidentes oculares, del oído y nerviosos.

Muy corrientemente llegan a nuestra policlínica, pacientes que solicitan una inspección dentaria para aclarar dudas sobre ciertas adenitis sospechosas o para la avulsión, si es necesaria, con el fin de evitar una vía más de entrada a los Bacillus de Koch u otros elementos patógenos.

Consideraremos pues, las caries dentarias como un pozo séptico donde se alojan millares de microbios que multiplicándose indefinidamente, en ese medio, invaden la cavidad bucal.

Decíamos anteriormente que no era posible aseptisar el campo bucal con enjugatorios existiendo caries, y su razón es sencilla: la acción profiláctica general no puede alcanzar en manera alguna a la parte profunda del diente como lo es la región apical; por el primer momento la acción microbicida da sus resultados, pero casi inmediatamente los gérmenes patógenos alojados en la parte interior del diente, hacen de nuevo irrupción; indefinidamente se repite ese fenómeno e indifinidamente dará los mismos resultados.

No es lógico pues, suponer que debe existir una mancomunidad de acción entre los antisépticos generales y la antisepsia de la carie?

Una de las medidas más recomendadas de la profilaxia contra la grippe, es aseptizar la boca por medio de enjugatorios; ¿por qué no prescribir también la cura de todos los dientes cariados? Obturados convenientemente los dientes, cabe suponer una disminución considerable de los bacillus de Pfeiffer, puesto que no existiendo más aquellas cavidades sépticas, es más fácil poder neutralizar sus efectos.

Existen además los dul-de sac- que juntamente con el sarro, forman también sitio de albergue de los bacterios, aunque es esto más fácil de atacar, pues se soluciona con simples limpiezas.

Estando también a nuestro cargo el servicio odontológico de la Maternidad, hemos tenido oportunidad de observar las consecuencias perjudiciales del embarazo sobre la boca; es muy conocido el proverbio; a cada madre un hijo le cuesta un diente; dicho muy razonable que es verificado casi constantemente. Ese estado deficiente de la higiene bucal, tiene que ser perjudicial al niño, puesto que es ella quien lo amamanta, le prueba sus alimentos, lo besa y le trasmite por consiguiente todos los elementos que su boca contenga.

Todo cuanto decimos de la madre, con mayor razón es aplicable a las nodrizas, por causas fáciles de comprender.

Aconsejamos, pues, que para hacer efectiva la higiene bucal, recomendar como medida previa la cura completa de los dientes; el uso diario de antisépticos; acompañado del uso moderado del cepillo; recomendando utilizar el hilo encerado, que

hace factible la limpieza de los espacios interdentarios; eliminándose así el escarba-dientes. Es frecuente el estado saburial de la higiene en cuyos casos aconsejamos el uso de un aparato para eliminarlo; pero como éste no está al alcance de todos, nada más fácil que sustituirlo por una varilla de ballena aplicada en forma de U.

CONCLUSIONES

Todas estas breves consideraciones nos llevan a algunas conclusiones prácticas dignas de tenerse en cuenta para la defensa del niño.

Proponemos las siguientes conclusiones:

1.ª Creación de clínicas dentarias preparatorias.

2.ª Publicación de folletos explicativos sobre higiene bucal.

3.ª Difusión de conocimientos para el uso y manejo de los aparatos más comunes de higiene bucal.

AFECCIONES BUCALES	1909	1910	1911	1912	1913	1914	1915	1916	1917	1918	EXT.
Pulpitis	5	8	20	25	32	35	50	41	69	91	376
Periostitis	3	11	31	29	72	32	32	41	39	55	285
Osteo-periostitis ..	1	3	9	7	14	21	19	39	47	61	221
Fístulas gingivales	2	11	10	14	21	31	33	41	50	49	262
Fístulas cutáneas ..	—	1	3	3	7	5	10	13	12	12	63
Abcesos gingivales .	3	2	3	9	9	11	19	18	17	21	112
Abcesos palatinos .	—	—	1	—	1	2	3	2	—	1	10
Flemones	5	8	13	20	22	28	27	19	29	35	206
Quistes radiculares .	—	11	19	26	31	45	49	51	47	52	331
Gingitis simple	10	15	29	50	69	66	57	67	71	80	514
„ hiper	—	1	4	3	9	7	11	18	10	7	70
„ ulcerosa ..	—	1	—	1	—	—	1	—	1	—	4
Estomatitis	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1
Adenitis	1	3	3	5	4	9	13	11	19	27	95
Adeno flemones ..	4	4	3	7	—	11	9	17	15	23	93
Epulis	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	1
Antero-versión.....	—	2	9	12	21	24	13	19	27	25	55
Retroversión	1	1	3	1	1	4	2	1	1	3	18
Rotación.....	—	1	—	2	1	1	3	3	5	5	21
Ankilosis.....	—	1	—	—	1	—	—	1	—	—	3
Traumatismos	2	7	4	9	12	15	11	15	12	15	102
Simesitis	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	1

DIENTES TEMPORARIOS	1909	1910	1911	1912	1913	1914	1915	1916	1917	1918	EXT.
ICTSD	2	4	13	12	10	10	8	10	12	12	93
ICTSI	3	4	10	13	14	16	6	9	12	6	93
ILTSD	3	2	7	7	5	14	4	5	13	9	69
ILTSI	4	5	9	9	4	19	1	4	15	4	74
CTSI	3	4	8	15	6	23	15	1	11	13	99
CTSD	3	3	4	10	5	17	10	5	11	14	82
TSD	6	18	19	42	42	58	61	116	109	104	573
TSI	11	23	32	57	51	74	52	79	86	67	532
ICTID.....	—	2	3	1	3	1	2	1	2	3	18
ICTII	—	1	3	2	2	1	3	2	3	7	24
ILTID	2	2	3	4	1	3	4	1	1	3	25
ILTII	1	1	2	3	—	2	4	—	2	5	20
CTID	1	1	2	12	6	8	3	2	6	8	47
CTII	2	3	5	9	6	4	10	4	5	10	58
TID	14	35	51	126	68	125	100	109	181	153	960
TII	12	31	59	134	84	122	101	149	313	188	1195
											4462

DIENTES PERMANENTES	1909	1910	1911	1912	1913	1914	1915	1916	1917	1918	EXT.
ICSD	1	2	2	3	5	7	10	18	18	15	81
ICSI	1	1	3	3	7	6	10	7	6	1	45
ILSD.....	1	2	2	3	2	7	8	3	3	1	32
ILSI	—	2	4	2	3	8	3	4	1	1	28
CSD.....	—	1	—	1	—	2	5	9	11	1	30
CSI	—	1	—	1	—	4	4	5	2	—	17
MSD	—	9	—	9	—	—	8	9	20	5	60
MSI	—	4	—	10	—	—	8	6	6	8	42
MSD	—	5	22	32	28	42	104	83	130	143	579
MSI	5	9	28	40	34	63	72	57	67	73	448
ICID	—	—	—	1	—	—	—	—	1	—	2
ICII.....	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1
ILID	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	2
ILII	—	—	—	1	—	—	1	—	—	—	2
CID	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	2
CII	—	—	—	—	—	—	3	—	1	—	4
MID	—	—	6	3	—	—	3	2	7	1	22
MII.....	—	—	4	2	—	—	8	10	6	2	32
MID	12	31	53	101	61	125	173	159	165	200	1080
MII.....	11	41	46	95	74	129	241	225	292	232	1397
											4406

HOSPITAL PEREYRA ROSSELL

ESTADISTICA DE LA POLICLINICA ODONTOLOGICA

Años	Pacientes	Obturaciones	Curaciones	Extracciones.
1909	80	—	100	160
1910	199	—	145	310
1911	437	25	200	550
1912	849	99	595	869
1913	1.249	100	865	1.100
1914	1.525	120	1.002	1.195
1915	1.630	140	1.020	1.216
1916	1.846	172	1.068	1.226
1917	1.808	462	1.097	1.251
1918	1.194	441	1.271	991
TOTAL	10.817	1.549	7.463	8.868

DISCUSION

El DR. GONZALES DEL SOLAR hace notar que en Buenos Aires existen muchas clínicas dentales gratuitas.

El DR. COMETTO hace presente que dentro del cuerpo Médico Escolar en La Plata, hay un dentista, el que hace profilaxia y tratamiento de las afecciones dentarias en los niños de las escuelas.

Se ponen a votación, por su órden, los votos presentados sobre este tema, siendo aprobado los siguients:

Del DR. DE LA TORRE: « El Segundo Congreso Americano del Niño considerando que la higiene bucal y dentaria constituye una de las importantes medidas de prevensión capaz de evitar enfermedades diversas y perturbaciones nerviosas perjudiciales para el buen desarrollo físico y psíquico del niño, emite un voto, en pro de la instalación de dispensarios dentales escolares oficiales, en los que se realice la inspección y tratamiento de las emfermedades dentarias y para dentarias de la población infantil ».

DEL DR. SISTO: un voto de aplauso al Gobierno de Córdoba por la creación del Dispensario Escolar Dental.

DE LA STA. A. CHAO Y SR. COHAS: « Declara, además, conveniente:

1.º Hacer obligatorio el examen bucal a todos niño que curse estudios escolares, proveyéndosele al efecto de la ficha dentaria individual; 2.º Procurar por todos los medios factibles que esos niños reciban la asistencia que su ficha indique como necesaria ».

« En los que se concierne al Uruguay, se reconoce de suma utilidad el funcionamiento del Servicio Odontológico Escolar, creado por decreto del Superior Gobierno de fecha 23 de Junio de 1914, y se formula un voto porque el Estado amplíe y regularice dicho servicio ».

DE LOS SRES. CARDELLINO Y BOLASCO: « Que hay conveniencia en crear policlínicas dentarias para niños pequeños que no están en edad escolar ».

INFORMES DE LAS COMISIONES DICTAMINANTES DESIGNADAS EN LA SEGUNDA Y TERCERA SESIONES

La Secretaría dá cuenta que las *Comisiones Especiales Dictaminantes* designadas en la Segunda y en la Tercera Sesiones de esta Sección de Higiene del presente Congreso, han elevado yá sus informes, concretándolos en forma de «CONCLUSIONES Y VOTOS» los que fueron aprobados con ligeras modificaciones propuestas por los Doctores Turenne, Sisto y Zerbino.

INFORME SOBRE «MORTALIDAD INFANTIL»

Comisión Especial Dictaminante: Prof. Morquio y doctores Bauzá (J.) y Cometto.

VOTOS APROBADOS

«El 2.º Congreso Americano del Niño considera como una verdadera necesidad, la creación en cada país sudamericano de una institución oficial autónoma que centralice y dirija la acción profiláctica contra la mortalidad infantil».

«El 2.º Congreso Americano del Niño considera que la lucha contra la mortalidad infantil no debe limitarse solamente a los grandes centros de población, sino que las obras de protección y de profilaxis deben ser difundidas a todos los centros urbanos de cierta importancia».

«El 2.º Congreso Americano del Niño exhorta a todos los Gobiernos americanos a legislar y reglamentar las cuestiones primordiales de la vida de las clases proletarias, atenuando las actuales causas de desequilibrio económico y social, factor importante en la mortalidad infantil» (*Dr. Turenne*).

«Considera que, siendo la ignorancia de las distintas clases sociales acerca de la crianza de los niños, una de las principales causas de mortalidad infantil, se debe inculcar desde la niñez,

aprovechando la concurrencia de las niñas a los grados superiores de la escuela primaria, conocimientos de puericultura, utilizándose al efecto libros de lectura, máximas, cartillas, conferencias etc., procurando darle a esta enseñanza una forma práctica para que sea eficaz».

«El 2.º Congreso Americano del Niño manifiesta la conveniencia de establecer la mayor uniformidad en los datos estadísticos sobre mortalidad infantil. Crée conveniente, además, establecer un certificado de defunción especial para las de la primera infancia, en el que se haga constar la ilegitimidad y la clase de alimentación, según los casos. Crée conveniente que las estadísticas especifiquen separadamente la mortalidad semana por semana en el primer mes; mes por mes en el primer año; y luego año por año hasta los tres años de edad». (1)

INFORME «SOBRE OBRAS DE PROTECCION A LA INFANCIA»

Comisión Especial Dictaminante: Profesor Morquio, doctores Bauzá, Cometto y Gaing.

«VOTOS APROBADOS»

«Se declara que es conveniente prestigiar la reunión en un organismo autónomo, con una dirección única, bajo la dependencia del Estado, de todas las obras, oficiales o privadas, que se relacionen con la protección de la primera infancia».

«Señala a la atención de los Poderes Públicos la conveniencia de reglamentar el trabajo de la mujer embarazada, mismo desde el primer tiempo de la preñez.

«Insiste sobre la importancia de la creación de premios en dinero o de subsidios a la lactancia materna en los institutos de protección a la infancia «.

---

(1) El Dr. J. de Salterain pide que se haga constar que no está de acuerdo con la Comisión sobre este último voto.

« *Que sería útil que los Institutos de Puericultura y Dispensarios Gota de Leche dispusieran de leche de mujer, ordeñada y envasada convenientemente, al fin de ser distribuída al detalle a los lactantes que la necesiten.*

El Dr. A. Turenne crée conveniente agregar a los anteriores el siguiente voto: « *El 2.º Congreso Americano del Niño proclama que la protección del niño debe iniciarse desde el período preconcepcional, con todas las medidas jurídicas, económicas y morales que aseguran la plenitud del rendimiento social de la mujer, continuándose hasta la terminación de la adolescencia, de tal suerte que el individuo entre a la virilidad en plena posesión de sus atributos psicofísicos, como único medio de perfeccionamiento integral de la raza* ».

Aprobado.

ÍNDICE

INDICE

PRIMERA SESION

Lunes 19 de Mayo de 1919

	Pág.
Orden del día	7
Apertura del acto	7
Asistencia del Niño Tuberculoso, por el Dr. Mamerto Acuña *(Argentina)*	
Asistencia da Criança Tuberculosa, pelo Dr. Clemente Ferreira *(Brasil)*	17
Asistencia del Niño Tuberculoso, por el Dr. Pedro Ernesto Duprat *(Uruguay)*	65
A Tuberculose Infantil em São Paulo, pelo Dr. Clemente Ferreira *(Brasil)*	86
El Niño en el Hogar Tuberculoso, por el Dr. Ramón Iribarne *(Argentina)*	92
Escuelas al aire libre, por la Sta. Pilar Llache *(Uruguay)*	95
La Escuela como medio de propaganda contra la Tuberculosis, la Sífilis, el Alcoholismo y los Quistes Hidáticos, etc. por el Dr. Sebastian B. Rodríguez *(Uruguay)*	108
Profilaxis de la Tuberculosis en las escuelas, por el Dr. Federico Saraviola Guarch *(Uruguay)*	120
La Escuela en la Profilaxis de la Tuberculosis, por el Dr. Genaro Giacobini *(Argentina)*	125

SEGUNDA SESION

Martes 20 de Mayo de 1919

Orden del día	131
La mortalidad del Niño del primer mes, por el Dr. Luis Morquio *(Uruguay)*	132
La Mortalidad Infantil en el Uruguay, por el Dr. Julio A. Bauzá *(Uruguay)* (1)	
Anotaciones relativas a la Mortalidad Infantil en el Uruguay, por el Dr. Julio E. Etchepare *(Uruguay)* (2)	

(1) Anexo al presente volúmen.
(2) A publicarse en el próximo volúmen.

Pág.

Morbilidad y Mortalidad Infantil. Movimiento de once años del Hospital de Niños, por el Dr. Alejandro Saráchaga *(Uruguay)* (1)

Mortalidad Infantil en Montevideo, por el Dr. Joaquín de Salterain *(Uruguay)* 161

Causas de la Mortalidad Infantil en la Provincia de Buenos Aires. Forma eficaz para combatirla, por el Dr. Carlos S. Cometto *(Argentina)* 187

Obras realizadas en Córdoba, en pro de la Infancia, por el Dr. Benito Soria *(Argentina)* 199

La lactancia con leche de mujer sin ama, por el Dr. Delio Aguilar *(Argentina)* 214

Los países que poseen alturas, deben utilizarlas para disminuír la mortalidad infantil, por el Dr. Juan Santos Fernández *(Habana)* 216

TERCERA SESION

Miércoles 21 de Mayo de 1919

Orden del día 223

La natalidad y nuestro sistema económico social, por el Dr. O. Fontecillas *(Chile)* 224

La protección a la infancia en Chile, por el Dr. Manuel Camilo Vial *(Chile)* 228

Organismos de protección a la primera infancia, por el Dr. José Bonaba *(Uruguay)* 236

O probloma da existencia a infancia, pelo Dr. Alvaro Rois *(Brasil)* 275

Em prol do gerneio do amanhã. Utilidade da creação do «Departamento da creança» no Brasil, pelo Dr. Moncorvo Filho *(Brasil)* 297

Morforgonia. — Concepto bioquímico en relación con la puericultnra por el Dr. Nascimento Gurgel *(Brasil)* 319

Enseñanza de la Puericultura, por el Dr. Pedro Ruoda *(Argentina)* 328

Protección a los hijos de madres colocadas como nodrizas mercenarias y a todo niño menor de dos años atendido por cuidadoras fuera del domicilio de sus padres, por el Dr. Mamerto Acuña *(Argentina)* 375

Puericultura pre-concepcional, por el Dr. Tomás Gandolfo *(Argentina)* 391

SESION PLENARIA

Jueves 22 de Mayo de 1919

Orden del día 393

Educación física del Niño, por el Dr. César Sánchez Aizcorbe *(Perú)* 393

Profilaxis del abandono del niño, por el Dr. Gregorio Araoz Alfaro *(Argentina)* 400

Profilaxis del abandono del niño, por el Dr. Augusto Turenne *(Uruguay)* 409

Sobre la organización de la protección y asistencia de la infancia, por el Dr. Gregorio Araoz Alfaro *(Argentina)* 422

(1) Anexo al presente volumen.

CUARTA SESION

Viernes 22 de Mayo de 1919

	Pág.
Orden del día	441
Acción vinculadora y solidaria de la Escuela Pública y el Pueblo, por el Dr. Genaro Sisto *(Argentina)*	442
Las obras peri-escolares, por el Dr. Rafael Schiaffino *(Uruguay)*	451
Higiene—puericultura objetiva, por el Dr. José T. Montellano *(Argentina)*	461
Datos antropométricos sobre mil niños de las escuelas de Santa Fé por el Profesor Luis Borruat *(Argentina)*	479
La Asociación «Pro-Matre», por la Sra. Celia Alvarez de Amézaga *(Uruguay)*	486
La Institución de las Cantinas Maternales, por el Dr. L. Velazco Blanco *(Argentina)*	494
La Educación Física de los Niños, por el Dr. Adolfo Berro García *(Uruguay)*	499
Cooperación médico-escolar en pro del perfeccionamiento físico, moral e intelectual de la infancia, por el Dr. Genaro Giacobini *(Argentina)*	538
La crisis de la pubertad y sus consecuencias pedagógicas, por el Prof. Víctor Mercante *(Argentina)*	543
Reflexiones que me sugiere el proyecto sobre enseñanza de higiene sexual, en nuestras Escuelas Públicas, por la Sra. Delia A. de la Gamma *(Uruguay)*	546
Sobre protección de la infancia en la escuela, ventajas de una «Liga Pro-Higiene Escolar», por el Dr. Nicolás Leone Bloise *(Uruguay)*	553
La postura del niño en el período de su crecimiento, por la Sta. Jessie Bancroft *(E. U. de América)*	560
Proyecto de la Cartilla Higiénica, por el Dr. E. M. Olivieri *(Argentina)*	567
Un recurso para poder establecer una Clínica Dental Escolar, por el Dentista F. L. Bournett *(Argentina)*	577
La boca del niño. El servicio odontológico escolar. Su funcionamiento. Necesidad de su mejor organización, por las Dentistas Stas. Angela Chao y F. H. Cohas *(Uruguay)*	581
Higiene dental escolar. Necesidad de su divulgación. El Dispensario Dental Escolar de Córdoba, por el Dr. Francisco J. de la Torre *(Argentina)*	599
Higiene Buco Dentaria Infantil por el Dentista Osvaldo Tiscornia *(Argentina)*	603
La defensa del niño relacionada con su higiene bucal, por los Dentistas E. Cardellino y L. Bolasco *(Uruguay)*	639
Informes de las Comisiones Dictaminantes	649