

4291

BA.6.11

No. 906 Ej 2

IV CONGRESO
PAN-AMERICANO
DEL NIÑO

SANTIAGO DE CHILE - 12 - 19 OCTUBRE 1924

COMITÉ URUGUAYO

SEGUNDO BOLETÍN

SEPTIEMBRE 1924

- 1.º Oficina Internacional Americana de Protección a la Infancia con sede en Montevideo.
- 2.º Conclusiones y síntesis de los trabajos de los relatores uruguayos.

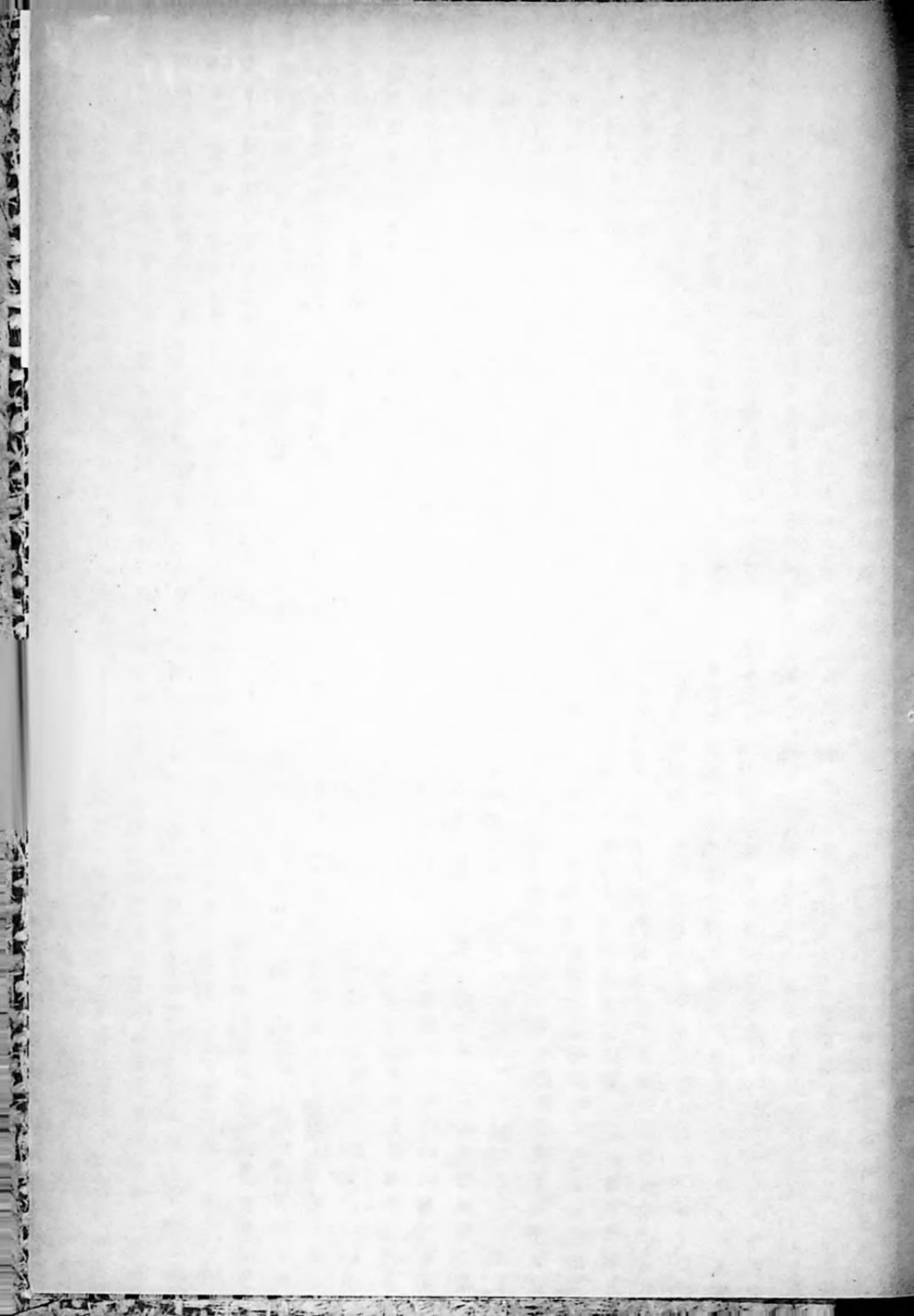
MONTEVIDEO

TALLERES: LACAÑO HNOS.

AV. 18 DE JULIO, 1331

BA.6.11.

Ej 2.



RECIBIDO HOY
MONTEVIDEO
31 DIC 1949
COMITÉ INTERAMERICANO
DE PROTECCIÓN A LA INFANCIA

IV CONGRESO
PAN-AMERICANO
DEL NIÑO

SANTIAGO DE CHILE - 12 - 19 OCTUBRE 1924

906

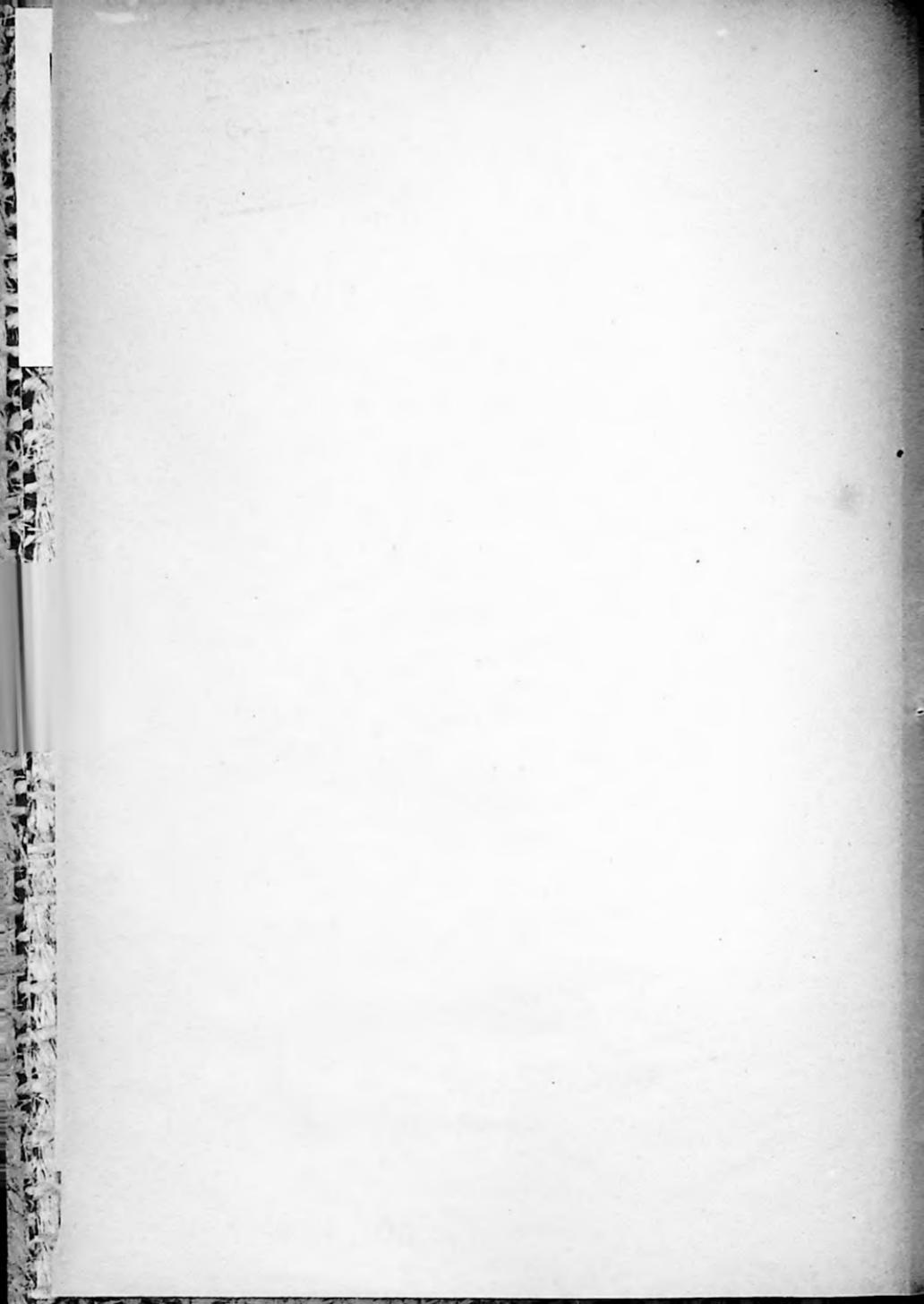
COMITÉ URUGUAYO
SEGUNDO BOLETÍN
SEPTIEMBRE 1924



- 1.º Oficina Internacional Americana de Protección a la Infancia con sede en Montevideo.
- 2.º Conclusiones y síntesis de los trabajos de los relatores uruguayos.

MONTEVIDEO
TALLERES: LACAÑO HNOS.
AV. 18 DE JULIO, 1331

0004291



ADVERTENCIA

En el primer boletín publicado por el Comité Uruguayo se hicieron constar, además de los antecedentes y reglamentos, los diversos temas y los correspondientes relatores chilenos y uruguayos.

El Comité Uruguayo ha querido en este segundo boletín, dar a conocer el informe sobre la Oficina Internacional Americana de Protección a la Infancia y las conclusiones de los trabajos uruguayos que se han recibido hasta el 31 de Agosto de 1924.

COMITÉ URUGUAYO

Presidente: *Dr. Luis Morquio*; Vice: *Dr. Teófilo Piñeyro*;
Secretario Tesorero: *Dr. Victor Escardó y Anaya*;
Vocales: *Dres. Augusto Turenne, Santín C. Rossi,*
Adolfo Berro y Dardo Regules.



En el Primer Congreso de Protección a la infancia, realizado en Bruselas en 1912, quedó resuelta en principio, la creación de una Oficina Internacional de Protección a la infancia, que fuera el centro de estudio y de propaganda activa, de todas las cuestiones referentes al niño.

La guerra mundial, paralizó esta iniciativa, cuyo éxito estaba descontado de antemano.

En 1921, tuvo lugar el 2.º Congreso Internacional de Protección a la infancia, con 1200 congresistas de todos los países. En esta importante reunión fué tratado preferentemente la creación de un organismo internacional, quedando sancionada por el voto de 24 países de Europa y de América.

Este organismo está constituido:

1.º Por una asociación internacional, representada por Gobiernos, por instituciones y por personalidades de todos los países que la suscriben.

2.º Por una Oficina, que es el centro de estudios, de coordinación y de esfuerzos, con sede en Bruselas.

3.º Por un Boletín, órgano oficial, que transmitirá a todas partes, el movimiento científico y social que se produzca en la vida del niño.

Desde el primer momento, la idea ha despertado grandes simpatías de todos los que se interesan por la infancia, considerando que la agrupación de todos los esfuerzos, y de todas las iniciativas, permitirá una mayor suma de utilidades, por la coordinación de conocimientos y de medios que deben ser puestos en práctica.

No puede dejarse de pensar, que si bien las necesidades de los países de este continente, pueden ser las mismas, nuestra situación en una institución internacional radicada en Europa, con finalidades preferentes allí, nos ponen forzosamente en condiciones desventajosas. Las facilidades del acercamiento, la mayor intensidad de relaciones y los vínculos directos de asuntos, permiten a los países y a las personas de muchos países americanos, una compenetración mayor de los problemas referentes al niño, con un mayor rendimiento de resultados útiles.

Por otra parte, la existencia de un Congreso Internacional del Niño, como institución puramente americana, que vive con éxito evidente, que tiene en Santiago de Chile su 4.ª reunión, prueba la independencia con que queremos mantenernos a este respecto y la conveniencia de encarar los problemas del niño, con un criterio principalmente propio.

Inspirado en estas consideraciones, presentamos al 2.º Congreso Americano del Niño, realizado en Montevideo en 1919, un proyecto de creación de la Oficina Internacional Americana de Protección a la infancia.

Este proyecto, que tuvo de inmediato una acogida favorable, pasó a estudio de una comisión, constituida por representantes y Jefes de las Delegaciones extranjeras, quienes resolvieron lo si-

guiente, aprobado por el Congreso, en sesión plena:

«El Segundo Congreso Americano del Niño, acepta el proyecto presentado por su Presidente el doctor Luis Morquio, de crear una **Oficina Internacional Americana de Protección a la Infancia**, que sea el centro de estudios, de acción y de propaganda en América, de todas las cuestiones referentes al niño.

Esta oficina será un organismo oficial, de todos los países de América que lo suscriben, teniendo su asiento en la ciudad de Montevideo.

El Gobierno del Uruguay, pedirá a la Asamblea Legislativa, la sanción de una ley creando esta Institución y formulará su reglamentación, de acuerdo con los otros Gobiernos Americanos».

A. Fontecilla. — Delegado de Chile.

G. Araoz Alfaro. — Presidente de la Delegación Argentina.

L. Velasco Blanco. — Delegado de Bolivia.

C. Sánchez Aizcorbe. — Delegado del Perú.

Aloysio de Castro. — Presidente de la Delegación Brasileña.

Ricardo Odriozcía. — Delegado del Paraguay.

E. Bronwing. — Delegado de los Estados Unidos de América.

La idea fué recibida con general aplauso. Nuestras autoridades prometieron interesarse de inmediato. Algunos ministros sudamericanos, manifestaron a nombre de su gobierno, su completa adhesión. Publicaciones simples y científicas, de diversos países de América y de Europa, comentaron esta iniciativa, con la mayor atención y entusiasmo.

Sin embargo, apagadas las primeras impresiones, empezaron a surgir dificultades, que fueron poco a poco olvidando este proyecto. Algunas tentativas, favorables, solo permitieron concebir una esperanza pasajera.

Por otra parte, el tiempo transcurrido; el cambio producido de personas interesadas o que habían intervenido en los primeros momentos, hacían cada vez más difícil su realización. Pero la idea estaba latente; de vez en cuando resurgían nuevas tentativas; concebidas en una alta idealidad, de conveniencia y de importancia.

Cuando se trabajaba por el 3.º Congreso Americano del Niño que debía realizarse en Río de Janeiro en 1922, se consiguió despertar la atención del Gobierno, en este sentido; fué nombrada una Comisión constituida por los doctores Morquio, Berro, Pena, Bauzá, Zerbino, Regules y Schiaffino, para programar la Oficina, lo que fué hecho en un completo estudio, que nos va a servir de base para el proyecto de estatutos que presentamos y para los comentarios que la acompañan.

El Congreso de Río se realizó, sin que la Oficina hubiera comenzado, lo que dió lugar a que allí se interpelara a nuestros delegados sobre los motivos que obstaculizaban su creación, sancionándose el siguiente voto:

«El 3.º Congreso Americano del Niño, espera la creación de una

Oficina Internacional Americana de Protección a la Infancia, a semejanza de la que existe en Bruselas.»

Nos encontramos ahora con el 4.º Congreso Americano del Niño que se realiza en Santiago de Chile en Octubre del corriente año.

El Comité Directivo Central de este Congreso, al establecer en la primera página de su boletín que se estudiará especialmente el resultado de las anteriores reuniones «investigando hasta qué punto cada país, ha dado cumplimiento a los votos sancionados por los delegados respectivos y que constituyen compromisos contraídos por los Gobiernos adherentes», ha obligado al Comité del Uruguay, a insistir nuevamente sobre esta cuestión, formulando la conveniencia de cumplir con el voto del Congreso de Montevideo.

Esto ha dado por resultado, el siguiente decreto del Consejo N. de Administración, por intermedio del Ministerio de Instrucción Pública, que crea la Oficina Internacional Americana del Niño y sometiendo su reglamentación y su sanción definitiva al Congreso de Chile:

Montevideo, Julio 24 de 1924.

Vista: La precedente gestión, promovida por la Comisión Organizadora en el Uruguay, de la concurrencia al 4.º Congreso Internacional Americano del Niño, que se reunirá en Santiago de Chile en Octubre próximo. — Atento: que en aquella se solicita la creación de la Oficina I. Americana del Niño en esta ciudad, de acuerdo con el voto aprobado en el 2.º Congreso, que se realizó en Montevideo en 1919.— Considerando: que esa Oficina ya en funcionamiento estará en condiciones de acometer su plan de organización definitiva al 4.º Congreso de Chile, patrocinando el proyecto formulado por la Comisión instituida por decreto de 24 de Enero de 1922, a fin de obtener el concurso de todos los países asociados. — Atento: que la instalación de esa Oficina, se hace necesaria dada su alta finalidad y a la circunstancia especial de hallarse el Uruguay en situación de corresponder dignamente al honor que le dispensó el 2.º Congreso del Niño, indicando a Montevideo, como sede de aquella Institución.

El Consejo Nacional de Administración, resuelve:

1.º Crear, en cumplimiento del voto formulado por el 2.º Congreso Pan-Americano del Niño, reunido en Montevideo en 1919, la Oficina Internacional Americana de Protección a la Infancia.

2.º Esta Oficina será un centro de estudio, de coordinación, de consulta y de propaganda en América, de todas las cuestiones relativas al niño.

3.º Designase con carácter honorario, Director de esa Oficina, al doctor Luis Morquio, con el encargo además, de proyectar su organización definitiva, que será sometida a la aprobación del Congreso Internacional Americano del Niño, que se reunirá en Santiago de Chile en Octubre próximo.

4.º El Ministerio de Instrucción Pública, proveerá a la instalación y funcionamiento de la Oficina, de acuerdo con el Director de la misma.

5.º Comuníquese al Ministerio de Relaciones Exteriores y demás que corresponda a los efectos pertinentes.

6.º Publíquese.

Por el Consejo: **SOSA.** — PABLO BLANCO ACEVEDO. — **Manuel V. Rodríguez**, secretario.

En virtud de este Decreto, la Oficina queda constituida.

En cumplimiento también de este decreto, el que suscribe, su Director Honorario, presenta al Congreso de Chile, para su sanción definitiva, un proyecto de estatutos, con las consideraciones pertinentes, tomando como base, el estudio presentado por la Comisión nombrada por nuestro Gobierno en 1922, que tiene sobretodo en cuenta, circunstancias especiales a nuestro medio y la manera de llegar a una realización práctica y efectiva de las aspiraciones, que dejamos rápidamente historiadas.

II

PROYECTO DE ESTATUTOS

1.º Definición:

Con el fin de una colaboración completa y permanente, consagrada al conocimiento recíproco de esfuerzos, en pro de la infancia, los países de América que suscriben, deciden crear una Institución común, con el nombre de «Oficina Internacional Americana de Protección a la Infancia».

El asiento de esta Oficina será Montevideo.

La Oficina será un centro de estudio, de documentación, de consulta y de propaganda en América, de todo lo referente al niño.

2.º Finalidad:

Para llenar su objeto, la Oficina deberá:

- a) Reunir y publicar las leyes, reglamentos y otros documentos que interesen la protección a la infancia; los informes oficiales concernientes a la interpretación y ejecución de estas disposiciones legislativas y reglamentarias, con los estudios correspondientes;
- b) Documentar en toda forma, los organismos e institutos públicos y privados, referentes a la infancia, que existan en cada país, particularmente sus modalidades y organización;
- c) Coleccionar las obras y revistas publicadas en los diferentes

países, en materia de protección a la infancia, así como los informes y opiniones, relativas a los diferentes organismos e instituciones infantiles;

- d) Llevar estadísticas, cuadros demográficos y resultados generales, sobre las diversas cuestiones que concierne la defensa del niño, especialmente de morbilidad y de mortalidad.
- e) Aconsejar, informar, proporcionar datos a las autoridades y a las instituciones, sobre las cuestiones de su competencia;
- d) Ser un centro de estudios, y de documentación, para las instituciones y para las personas, que quieran o necesiten producir informes o trabajos sobre cuestiones referentes al niño.

3.º Dirección:

Esta Institución estará presidida por:

Un Consejo Internacional.

Un Director.

a) Consejo Internacional:

Este Consejo funcionará permanentemente en Montevideo y tendrá el carácter de honorario.

Estará constituido por un delegado o representante de cada país adherido, nombrado por el Gobierno respectivo, y por los que se adhieran después.

Nombrará de su seno, un Presidente, un vice y un secretario, cada dos años.

Se reunirá en sesión ordinaria, por lo menos una vez todos los años, y en sesión extraordinaria, a pedido de tres de sus miembros o del Director de la Oficina.

En la sesión ordinaria el Consejo se impondrá de la marcha de la Oficina; oír la memoria anual del Director, y formulará el presupuesto correspondiente al año siguiente.

- b) El Director de la Oficina será nombrado por el Consejo Internacional, por simple mayoría de todos sus miembros. Su duración será ilimitada, hasta que el Consejo no determine otra cosa.

Corresponde al Director de la Oficina, la organización y funcionamiento de la institución, de acuerdo con los estatutos y con el programa general trazado por el Consejo.

Le compete el nombramiento de empleados, de acuerdo con el presupuesto que se señale.

Presentará al fin de cada año, una memoria correspondiente, dando cuenta del movimiento y funcionamiento de la Oficina, con las observaciones que juzgue pertinentes.

4.º Organización de la Oficina:

La Oficina tendrá un local propio e independiente. Estará al servicio público, dentro de horas y de reglas determinadas.

Estará organizada en 4 secciones fundamentales:

- a) Organismos e Instituciones.
- b) Leyes y Reglamentos.
- c) Estadísticas y Resultados.
- d) Publicaciones.

El desarrollo de su funcionamiento, estará en relación con las asignaciones del presupuesto.

Cada país adherido, contribuirá con **dos mil pesos uruguayos anuales**, que el delegado respectivo se encargará de consignar a nombre de su Gobierno.

5.º Publicación:

La Oficina tendrá una publicación oficial que se titulará:

«Boletín de la Oficina Internacional Americana de Protección a la Infancia».

Esta publicación saldrá por lo menos cada 3 meses.

En ella figurará todo el movimiento de Protección a la Infancia en los países de América.

Se consignarán las leyes, reglamentos, estadísticas, marcha y resultados de las diversas instituciones.

Se publicarán trabajos originales, referentes a las cuestiones que le conciernen, cuando se estime conveniente.

Anunciará las grandes reuniones internacionales, con sus programas, y con los votos y decisiones que se formulen.

Hará una reseña bibliográfica de todas las publicaciones, revistas y estudios, referentes al niño.

Será entregado a cada miembro del Consejo Internacional un número determinado de ejemplares, para repartir gratis, a las instituciones infantiles de su país.

6.º Modificación de los Estatutos:

Estos Estatutos podrán ser modificados por pedido especificado de tres de sus miembros, y por resolución especial del Consejo, con la mayoría de todos sus miembros.

III

Este proyecto de estatuto, contempla y copia en parte, la organización de la Oficina de Bruselas, según el voto formulado en el Congreso de Río de Janeiro, y toma en cuenta, como lo establece el decreto de creación de la Oficina, el informe presentado a nuestro Gobierno, por la Comisión nombrada en 1922, del cual tomamos las siguientes consideraciones que fundamentan el proyecto que presentamos;

«En primer término, la Comisión estudió la organización fundamental de la Oficina y hubo de elegir entre las dos formas que pueden adoptar las instituciones de esta índole:

1.º La Oficina como una federación de estados, de instituciones y de individuos, integrando todos una vasta asociación, corporativamente organizada.

2.º La Oficina como organismo simple, sin ninguna federación coordinada y con la simple colaboración oficial de los estados integrantes de América.

El primer tipo es el adoptado por la Oficina de Bruselas, votada por el último Congreso Internacional de 1920. Esta oficina es un resorte de la Asociación Internacional con sede en Bélgica también, y con la afiliación de las instituciones privadas o públicas, que acepten la Dirección Central de Bruselas y los estatutos de la agrupación universal.

La Comisión que suscribe, ha preferido adoptar un régimen más simple. Las Instituciones que en América se preocupan de los problemas del niño, no se afiliarán disciplinariamente en ninguna forma. Los Gobiernos son los adherentes y los sostenedores de la Oficina.

Y con ello, no sólo se evita una organización pesada y frondosa, sino que se evitan también, las dificultades de un Estatuto uniforme, para todos los esfuerzos de América, esfuerzo que debe producirse en la vía espontánea de su iniciativa propia y diversa. La Oficina buscará el concurso de todos por la sola eficacia de las relaciones naturales y libres y por la solidaridad que espontáneamente se produce entre institutos de ideal común. Pero, la Oficina en sí, no será una autoridad estatutoriamente directiva, sino un sitio de confluencia natural para todos los que busquen una relación total del problema Americano.

Los fines de la Oficina son de concentración informativa, de estudio y de difusión científica.

Por esa enumeración de fines, la Oficina resulta, no un organismo de Gobierno, sino un organismo de estudio y de trabajo; acumulará las leyes, las revistas, los libros, las estadísticas y los informes que se produzcan en todo el continente; prestará todo género de colaboraciones y de datos a los que lo soliciten con fines análogos a los de la Oficina.

La adhesión que se ha de solicitar a los Gobiernos, no comprometerá, pues, ningún principio autonómico. Sólo tenderá a crear un nuevo organismo de cultura, con la orientación determinada del niño.

Para el Gobierno de la Institución, la Comisión ha proyectado dos autoridades: un Director y un Consejo Asesor.

Hemos dado al Director poderes amplios, para la ejecución de la obra, porque así lo reclama la efectividad de la obra misma y porque nada se compromete con armar una autoridad eficazmente dotada de facultades, en un instituto que tiene fines de cultura y de estudio.

Al lado del Director y teniendo en cuenta que la obra pertenece a todos los países de América, la Comisión ha creado un Consejo

Asesor, integrado por uno o dos delegados de cada Gobierno del Continente.

(En el proyecto que presentamos, hemos modificado este Consejo, dándole un carácter más simple y más práctico. En realidad el Consejo, no será sino un intermediario entre la Oficina y los Gobiernos que la patrocinen; a la vez que un medio de control y de vigilancia. Nos ha parecido desde luego, que lo importante es fijar su sede en Montevideo. Pero, para asegurar esto, hemos creído que el medio más fácil y más expeditivo, siempre que para ello no haya dificultades de otro orden, será comisionar a los representantes oficiales, que cada país tiene acreditados ante el nuestro, con las facultades que el estatuto determine. Esto no obsta, para que sea designada otra persona, si así se considera conveniente.

El Consejo constituido de esta manera, tendrá una actuación permanente, y le dará a la Oficina, en carácter verdaderamente internacional, donde los países que se adhieran, estarán representados por igual.)

Se ha fijado en la suma de dos mil pesos anuales, la contribución de cada país, al sostenimiento de la Oficina. Esa suma no es muy alta, sobretodo teniendo en cuenta que la Oficina tiene un gran programa de difusión, por medio de impresos, que requiere una importante contribución anual. Crear una Oficina de esta índole y no darle los recursos de publicidad, equivale casi a anularla.

Además, la Comisión ha decidido que el presupuesto interno de la Oficina, lo formule el Consejo Internacional. Como se trata de sueldos, que han de aplicarse a servicios en nuestro país, esta Comisión considera hasta de delicadeza, que el Consejo, formule el presupuesto que crea conveniente.»

Con las consideraciones que anteceden, queda demostrado el interés con que hemos mirado la creación de esta Oficina, esperando que el Congreso de Chile, al prestarle la atención que merece, deje definitivamente constituido este centro de cultura higiénica y moral, vinculando a todos los países de América, en el más noble de los esfuerzos humanos: la protección del niño.

LUIS MORQUIO.



TEMAS DEL CONGRESO

Síntesis y conclusiones de los trabajos uruguayos

PRIMERA SECCION: MEDICINA

TEMA VII

FISICOTERAPIA, por el Dr. Víctor Escardó y Anaya, Profesor de Física Médica de la Facultad de Medicina de Montevideo y Jefe del Servicio de Fisioterapia del Hospital Pereira Rosell

La Fisioterapia o tratamiento por medio de los medios físicos ha tomado en estos últimos tiempos una importancia tan considerable, que invadiendo ya todas las ramas de la medicina, se impone en muchas de ellas como el único medio curativo eficaz. El perfeccionamiento cada día más intenso de su técnica y la complejidad de sus aplicaciones, hacen que se prevea ya, no sólo la necesidad de médicos especializados, sino que habrán de dividirse dentro de ella en relación con sus variados capítulos.

Pero así como la medicina infantil tiene modalidades especiales por su técnica, por su sintomatología, por su terapéutica, en una palabra, por las características propias del niño, así también las aplicaciones de la fisioterapia al niño, adquieren por esta razón aspectos también singulares que hacen, a nuestro modo de ver, necesario que el médico que efectúe la fisioterapia en servicios infantiles sea pediatra o al menos tenga con la pediatría el contacto suficiente para estar orientado en la especialidad.

Considerando por el título de este tema —Fisioterapia o Fisioterapia—, que la mente de los que lo propusieron fué exclusivamente el que se encarara desde el punto de vista de la terapéutica, hemos dejado de lado todas las variadas e interesantes relaciones con el diagnóstico, que sobre todo, que en lo que se relaciona con la radiología, han adelantado y adelantan cada día, de una manera asombrosa.

De una manera general puede decirse que en todas las aplicaciones de fisioterapia la técnica debe ser suave, —sin forzar—, obteniéndose mucho mejor resultado en esta forma que en maniobras aun ligeramente violentas. Esto, que es regla para el adulto, adquiere una importancia más considerable en el niño, que por su manera especial de reaccionar requiere siempre suavidad y delicadeza.

Enquadramos nuestras consideraciones generales clasificando los diversos medios físicos dentro del siguiente cuadro que nos sirve en nuestra enseñanza y que dentro del concepto general de la fisioterapia moderna, nos parece el que agrupa mejor todas las aplicaciones:

FISICOTERAPIA

BASADAS EN :	NOMBRE GENÉRICO	APLICACIONES
1. Presión atmosférica	<i>Climatoterapia</i> (natural). <i>Aeroterapia</i> (artificial). <i>Talasoterapia</i> .	Orilla del mar, montañas, etc. Aire comprimido.
2. Compresión.	<i>Bier</i> .	Pasivo (activo).
5. Movimiento.	<i>Quinesiterapia</i> .	Gimnastica (pedagógica médica, ortopédica respiratoria). Mecanoterapia de Zander. Reeducación motriz. Masaje y movilización. Sismoterapia. Juegos y deportes.
4. Calor.	<i>Termoterapia</i> .	Estufas y autoclaves. Calefacción. Aplicaciones calientes. Balneoterapia caliente. Aeroterapia. Diatermia.
5. Frío.	<i>Crimoterapia</i> .	Aplicaciones frías. Balneoterapia fría. Congelación.
6. Luz.	<i>Fototerapia</i> .	Helioterapia (directa, reflejada). Finsenterapia. Cromoterapia. Luz ultravioleta
7. Electricidad.	<i>Electroterapia</i> .	Franklinización. hertziana. Galvanización. Electrolisis. Ionización. Cataforesis. Galvano-faradización. Faradización. D'Arsonvalización.
8. Magnetismo.	Cuerpos extraños.
9. Radiaciones.	<i>Radioterapia</i> .	Röntgenterapia. Radiumterapia.
10. Aguas minerales.	<i>Crenoterapia</i> .	
11. Acciones complejas	<i>Balneoterapia</i> .	Baños, duchas, lociones, irrigaciones, envolturas húmedas.

La Climatoterapia juega un papel importante en el tratamiento de inúmeras enfermedades. Es de desear el que se intensifique en nuestros diversos países el estudio de los diferentes climas, para que, con conocimiento completo de causa, puedan establecerse las indicaciones de cada uno, en las diferentes enfermedades infantiles. Sobre todo desde el punto de vista de la tuberculosis deben tenerse en cuenta estos principios. Lo mismo debe hacerse, en lo que se refiere a la talasoterapia.

El método de Bier, de todos conocido, no es practicado en el niño sino en forma reducida. El activo, sobre todo tiene precisas indicaciones y debe ser utilizado con más frecuencia.

Las diversas aplicaciones de la quinesiterapia tienen en el niño indicaciones fundamentales, de tal manera, que algunas de ellas parecen que fueran casi exclusivamente para él.

Todas las clases de gimnástica deben de ser practicadas dentro de formas racionales y en ellas debe darse al médico la participación que le corresponde para fijar las indicaciones y sobre todo, para establecer si el niño debe practicar la gimnástica general o alguna especializada.

La gimnástica médica y la ortopédica en sus indicaciones características son del resorte exclusivo del médico y deben practicarse con su indicación y bajo su dirección.

La gimnástica respiratoria se debe efectuar en todos los servicios de fisioterapia de los hospitales de niños y de una manera general, formar parte, —intercalada—, de la gimnástica general. Los linfáticos, los insuficientes respiratorios, los deformados torácicos y sobre todo, los asmáticos, encontrarán en ella una indicación insustituible.

La mecanoterapia, mediante los aparatos sintéticos, del tipo Bégonin, que resuelven los problemas económicos y del espacio, debe ser agregada a todos los servicios, pues aparte de las indicaciones generales y ortopédicas, todos los tipos infantiles espásticos encontrarán en ella la terapéutica más adecuada.

El masaje y la movilización debe ser practicado por masajistas competentes y bajo el contralor médico directo. Sus múltiples aplicaciones al niño serán realizadas así de una manera verdaderamente científica.

Finalmente los juegos y deportes sobre todo los de carácter gimnástico, deben dar al médico la intervención que le corresponde en el sentido de elegir los sujetos aptos e impedir a los que tengan contraindicaciones.

De las aplicaciones de la termoterapia ya conocidas, la diatermia vuelve a rejuvenecerse y debe ser empleada con especial interés en el Heine Medin junto con la roentgenterapia. Todos los estados paralíticos flácidos, beneficiarán seguramente de ella.

El tratamiento por el frío —crimoterapia— tiene sus clásicas aplicaciones, pero especialmente la nieve carbónica, será el trata-

miento de elección en el niño para una enorme cantidad de enfermedades y trastornos de origen cutáneo.

La fototerapia toma cada día un lugar de más importancia en la terapéutica infantil. La helioterapia natural debe ser practicada ampliamente en solariums que deben existir en todos los hospitales de niños. La luz ultravioleta que tan excelentes resultados da en el raquitismo y en las variadas manifestaciones de la tuberculosis y debilidad en general, se debe generalizar a todos los servicios con el objeto de que aumenten día por día los que puedan beneficiar del sol artificial.

La electroterapia en los diversos capítulos de terapia, también se debe continuar aplicando. La galvánica será siempre la electricidad por excelencia del niño; sus múltiples variantes podrán ser aplicadas, pero la galvanización prolongada será la base siempre de todo tratamiento de Heine Medin, con el objeto de luchar, sobre todo, contra los trastornos de orden trófico. La estática podrá ejercer un efecto psicoterápico en ciertos casos, como en las enuresis.

Las aplicaciones de rayos X, radioterapia común, tienen un sinnúmero de aplicaciones de las que nos hemos ocupado en el 3.er Congreso del Niño, en Río de Janeiro. Sobre el sistema linfático, en los angiomas, en los eczemas, en las peritonitis bacilares, en las tiñas encuentran una indicación segura y repetida.

La balneoterapia, finalmente, también debe ser practicada, con los casos ya concedidos.

Un servicio de Fisioterapia, debe existir en cada Hospital de Niños, dirigido por un médico especialista y pediatra, si es posible; en él deben figurar todas las ramas de la Fisioterapia moderna con los más perfeccionados aparatos. Sin perjuicio de que en los diferentes servicios existan aparatos y se efectúen aplicaciones, creo imprescindible la existencia de un Servicio Central.

TEMA VIII

ACIDOSIS PERIODICA EN EL NIÑO, por el Dr. A. Carrau
(Montevideo)

CONCLUSIONES

- 1.ª La acidosis o acetonemia periódica es una afección que se presenta con cierta frecuencia en nuestro medio.
- 2.ª Su evolución es en general favorable terminando por la curación, pero hemos visto casos mortales.
- 3.ª El tratamiento por la medicación alcalina y la dieta hidro-

carbonada da resultados satisfactorios.

4.° Para completar el estudio de la acidosis y estados similares sería necesario que en todos aquellos casos sospechosos o confirmados de esta enfermedad, fuesen sometidos a investigación siguiendo los nuevos métodos funcionales propuestos por las escuelas norteamericanas.

TEMA IX

ENFERMEDADES DE CARENCIA. RAQUITISMO, por el doctor **Roberto Berro**, Jefe de la Policlínica de Lactantes del Hospital de Niños y Profesor de la Universidad.—Montevideo

CONCLUSIONES

Sobre patogenia:

1.° En el estado actual de los conocimientos científicos no puede considerarse el raquitismo como una simple **avitaminosis liposoluble A**, como lo suponía **Mellamby**, de Londres.

2.° Parece más lógico considerar el raquitismo como una **carencia** de elementos complejos y diversos: falta de aire, de sol, de alimentación conveniente, de vitaminas, balance negativo de la cal, hipofuncionalidad endócrina, disminución de los fosfatos sanguíneos, etc. Y esta carencia múltiple, favorecida por intoxicaciones o infecciones endógenas o exógenas, llevará al raquitismo cuando sobrevenga en los últimos meses de la vida intrauterina o en los primeros después del nacimiento. (Hipótesis de la Escuela de Pediatría de Heidelberg y de Marfan.)

3.° Los factores etiológicos más importantes son los desarreglos alimenticios, la tuberculosis y sobre todo la sífilis, pues el raquitismo sífilítico es bastante frecuente si se le busca con interés. (Marfan).

Sobre terapéutica:

1.° Combatidas las causas proclables del raquitismo, ningún tratamiento puede aproximarse en eficacia a la helioterapia natural, o artificial con la lámpara de cuarzo (luz ultravioleta).

Conclusión general regional:

1.° El raquitismo no constituye un problema grave en el Uruguay, porque las manifestaciones acentuadas son poco frecuentes,

debido a la excelencia del clima (sol y aire abundantes, vida de playa muy generalizada), y a las condiciones generales satisfactorias de vivienda y alimentación. Y el pequeño raquitismo, —sobre todo el sifilítico y digestivo—, si se presenta con mayor frecuencia, lo es en formas benignas que ceden habitualmente a un tratamiento bien dirigido.

Montevideo, Agosto de 1924.

TEMA X

INFLUENCIA DE LAS ENFERMEDADES DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES Y DE SU SISTEMA LINFÁTICO SOBRE EL DESARROLLO DEL NIÑO, por el Dr. Pedro J.

Martino, Jefe del Servicio Oto-rino-laringoiológico del Hospital Pereira Rossell. — Montevideo

Gracias a la estructura especial de su mucosa, las fosas nasales y la cavidad faríngea desempeñan en comunidad un doble rol funcional: rol respiratorio y rol de defensa.

La función respiratoria comprende tres actos: la calefacción, el humedecimiento y la purificación del aire inspirado.

La función defensiva depende igualmente de tres actos: la protección mecánica del moco nasal, la acción microbocida del mismo y la acción fagocitaria de los folículos linfoides.

El más importante de los factores de defensa es la función fagocitaria, que se realiza a expensas del tejido adenoideo submucoso, dispuesto ya sea bajo la forma difusa de «folículos aislados», ya sea bajo la forma condensada de «amígdalas», cuyo conjunto es denominado «el anillo linfático de Waldeyer». Completan el sistema linfático de defensa fagocitaria los ganglios regionales de las fosas nasales y de la faringe.

Al nivel de la mucosa naso faríngea se realiza una lucha incesante contra la invasión microbiana a expensas de la secreción mucosa; si ella está suprimida por cualquier circunstancia, entre en juego la reacción defensiva del epitelio. Cuando éste es sorprendido por la violencia de la invasión patógena, la lucha se realiza al nivel del sistema adenoideo del anillo de Waldeyer; si este sistema es vencido por la infección, el rol defensivo pasa a cargo de los ganglios tributarios de la red linfática naso faríngea.

Cuando la insuficiencia constitucional del paciente o la virulencia microbiana permite que los agentes patógenos franqueen las tres etapas: epitelial, folicular y ganglionar, la toxemia se instala.

A consecuencia de repetidas luchas fagocitarias realizadas al nivel

de las amígdalas y de los ganglios, las líneas de defensa folicular y ganglionar quedan lesionadas y el paciente afectado de una rino faringitis crónica a forma hipertrófica, con participación más o menos pronunciada de los ganglios regionales.

Casi toda la patología rino faríngea de la infancia gira alrededor de la hipertrofia folicular crónica del anillo de Waldeyer. A medida que ese sistema pierde sus facultades defensivas, comienza a hacerse nocivo y engendra una infinidad de afecciones secundarias, tanto locales como generales.

Las complicaciones de la faringitis folicular hipertrófica pueden ser de tres órdenes: trófico, inflamatorio y reflejo; ellas suelen co-existir para influir severamente sobre la salud y el desarrollo del niño.

Si es verdad que la hipertrofia folicular, que se instala como consecuencia de un proceso local, es capaz de provocar estados distróficos graves, que nos obligan a suprimir quirúrgicamente sus causas, no es menos cierto que en la inmensa mayoría de los casos, que son tanto más frecuentes cuanto menos se aleja el niño de la primera infancia, la hipertrofia de las amígdalas faríngea y palatinas no responde a un proceso puramente local, sino a causas de orden general.

En los niños de la primera infancia, la etiología de la hipertrofia adenoidica está siempre en relación con una distrofia general, que depende de taras hereditarias o de enfermedades infecciosas adquiridas después del nacimiento, que han puesto en juego el mejor elemento de defensa del niño: el tejido linfoide.

Durante la segunda infancia, el adenoidismo afecta casi siempre a los niños distróficos que han tenido enfermedades digestivas, respiratorias o infecciosas durante la primera edad. No es posible negar que existen niños sanos que, sin causas generales visibles, hacen el adenoidismo, obedeciendo quizás a una predisposición familiar, pero este grupo constituye la excepción.

Existen buenas razones para admitir que la patogenia de las afecciones naso faríngeas del niño constituye un verdadero círculo vicioso: la adenoiditis de causa local origina disturbios generales; los trastornos orgánicos generales, sean congénitos como adquiridos, engendran la hipertrofia folicular.

Del punto de vista terapéutico deben distinguirse dos grandes categorías de pacientes: cuando la hipertrofia folicular obedece a procesos patológicos locales y engendra trastornos generales, se impone la obliteración quirúrgica; cuando la hipertrofia de las amígdalas responde a disturbios generales, el tratamiento causal debe ser instituido en primer término, de otra manera, el beneficio reportado por el acto operatorio será incierto o francamente nulo.

SEGUNDA SECCION: HIGIENE

TEMA II

EUGENESIA

INSTRUCCION Y EDUCACION SEXUAL POR EL Dr. NICOLAS
LEONE BLOISE. — MONTEVIDEO

CONCLUSIONES

- 1.ª Creemos necesaria la instrucción y educación sexual del niño y del joven de ambos sexos.
- 2.ª Esta enseñanza debe darse:
 - a) En el hogar.
 - b) En la escuela primaria.
 - c) En la enseñanza secundaria y preparatoria.
 - d) En las escuelas industriales.
 - e) En los organismos dependientes de la Comisión Nacional de Educación Física.
- 3.ª Deben contribuir a esa enseñanza los padres, maestros y médicos:
 - a) para ese efecto debemos preparar convenientemente al maestro, incluyendo en los programas de historia natural, higiene y moral de los institutos normales las nociones necesarias de higiene y moral sexual.
 - b) Los maestros y médicos del cuerpo médico escolar, por medio de sencillas conversaciones, deben enseñar a los padres, (me refiero a los padres, cuyo grado de preparación intelectual así lo requiera), la manera cómo deben conducir la educación sexual del niño en el hogar.
- 4.ª En la escuela primaria la enseñanza debe darse:
 - a) En las lecciones de historia natural, sobre todo en botánica y zoología enseñando al niño, a medida que las circunstancias se presenten, con lenguaje natural y sencillo, la reproducción en las plantas y animales, el significado y funciones de la flor y del fruto, del huevo de las aves, el desarrollo de los seres, explicando el instinto materno en los animales superiores, etc.
 - b) En las clases de niñas, desde el 4.º año en adelante, enseñando nociones fáciles y prácticas de maternología y sobre todo de puericultura.
 - c) En las lecciones de moral haciendo ética sexual, ensalzando el amor filial, los deberes hacia los padres, el respeto a la mujer, el sentimiento de la responsabilidad, el orgullo de vivir dignamente la vida, etc.

5.° En la enseñanza secundaria y preparatoria, abordando francamente el problema sexual, incluyendo en los programas de anatomía humana el estudio de la fisiología e higiene sexual, como continuación lógica del estudio de la reproducción en los animales y plantas, que se ha ido haciendo paulatinamente, a medida que se han ido estudiando los distintos tipos de organización.

6.° Iguales enseñanzas en las escuelas industriales y de adultos, donde sobre todo deberían reglamentarse conferencias periódicas a cargo de médicos y practicantes de Medicina, sobre profilaxia de enfermedades venéreas.

7.° En las plazas de deportes, deben darse conversaciones sobre higiene general y sexual, sobre todo profilaxis de las enfermedades venéreas, a cargo de los médicos de la sección médica de la Comisión Nacional de Educación Física.

8.° En todos los casos esta educación sexual debe hacerse con lenguaje espontáneo y natural, sin suspicacias ni doble sentido, empleando el lenguaje noble y dignificante que merece la más llevada función de la naturaleza.

TEMA III

PUERICULTURA ANTENATAL ORGANIZACION DE LA ENSEÑANZA DE LA PUERICULTURA URBANA Y RURAL.—CATEDRAS AMBULANTES DE PUERICULTURA, por la Sra. Profesora M. Munar de Sanguinetti

CONCLUSIONES

1.° Considerando que la lucha contra la mortalidad infantil es obra social en la cual todos debemos cooperar, ya que todos tenemos cierto grado de responsabilidad en las consecuencias funestas de la ignorancia, la desidia o la miseria, responsabilidad que recae especialmente sobre la madre, se impone como primera medida la de difundir por todos los medios el estudio de la puericultura entre las jóvenes, ya que el conocimiento teórico-práctico de esa ciencia es el medio más eficaz para asegurar el mejoramiento de la raza.

2.° Si la escuela primaria ha de realizar su fin trascendente, debe dar a la niña egresada de las aulas los conocimientos prácticos de higiene infantil, para lo cual es preciso que las maestras se hallen preparadas en la materia. A este fin se establecerá en todo programa de maestros la rama de puericultura, cuya enseñanza estará a cargo de personas especializadas en la materia.

3.° Este aprendizaje debe formar parte de un plan general de enseñanza completa de Anatomía y Fisiología, Higiene y Medicina

Práctica, Economía Doméstica, Pedagogía y Psicología Infantil y Moral. Este aprendizaje comprenderá una parte teórica y otra práctica, de aplicación, para lo cual se utilizarán las Cunas, Gotas de Leche, Consultorios de Nodrizas y todas las instituciones creadas en defensa del niño, adonde concurrirán las alumnas-maestras acompañadas del profesor y donde realizarán la práctica necesaria.

4.º La escuela primaria incorporará a sus programas la enseñanza de la puericultura, la cual empezará a los 12 años, debiendo concurrir obligatoriamente las alumnas que pasen de esta edad en grupos poco numerosos, a la Cuna y Gota de Leche más próxima a la escuela para aplicar en cuanto sea posible, los conocimientos adquiridos y, sobre todo, para ponerse en contacto con las miserias y dolores que ellas deben conocer para aliviar, si es que la obra de solidaridad humana ha de ser real y eficaz.

5.º En el curso escolar o en uno complementario se creará una clase práctica de preparación del ajuar del bebé, de acuerdo con los preceptos de la higiene y la economía; lavado y planchado de ropas de bebé, preparación de leches, biberones, papillas, etc.

6.º Se formarán entre las niñas escolares del mismo barrio «Ligas de Madrecitas» cuya misión será: aconsejar a las madres ignorantes respecto a los cuidados de sus hijos (alimentación, aseo, vestido, ejercicio, educación); protección a las madres pobres, procurándoles ropitas, cunas, alimentos; visitas a los hogares necesitados para comprobar si los consejos suministrados han sido aplicados debidamente y para estrechar el vínculo de protección física y moral con el pequeño, que deberá continuarse en el futuro. Las maestras cuidarán de que estas Ligas estén integradas por elementos de distinta condición social concurrentes a la escuela, no excluyéndose a ninguna alumna que desee formar parte de ella.

7.º Las maestras, extendiendo su acción educadora más allá de la escuela, deberán dar por lo menos, una conversación mensual a las madres del barrio sobre moral, higiene y pedagogía infantil. Dichas conferencias se realizarán en el local escolar o en el biógrafo próximo, si aquél fuera pequeño, en los días de asueto, ilustrando dichas conversaciones con proyecciones luminosas y lecturas escogidas.

8.º En las escuelas rurales, la parte práctica de la puericultura se hará siempre en el local escolar, limitándose a la preparación de leches y papillas, ajuar del bebé, pesada del niño, etc.

9.º Las maestras rurales, lo mismo que las de la ciudad, deberán reunir a las madres del barrio una vez por mes para conversar sobre temas de puericultura, higiene, economía, moral, etc., tendiendo a corregir los males locales. Cuando dos o más escuelas se hallen próximas, las maestras de las mismas, por turno, darán esas conferencias quincenalmente, reunido el vecindario en uno de los locales escolares.

10. La maestra atenderá las consultas que le dirijan las madres respecto a las cuestiones motivo de sus conversaciones y, cuando

ellas exijan mayor competencia, se dirigirá por escrito al médico-director de la Gota de Leche más próxima a la escuela, a fin de que éste ilustre con su consejo.

11. Se crearán cátedras ambulantes de puericultura a cargo de médicos de niños, los cuales recorrerán los radios rurales donde no existan Gotas de Leche, a fin de dictar cursos simples de puericultura práctica a las madres y a todas las niñas que hayan dejado de concurrir a la escuela. Estos cursos se dictarán en el local escolar, fuera de las horas de funcionamiento de la escuela. Las giras de los médicos se realizarán en Otoño y Primavera, debiendo permanecer en cada localidad el tiempo preciso para dar el curso elemental. Estos médicos deberán atender las consultas que las madres pobres les dirijan respecto al estado de sus pequeños. Las madres pudientes abonarán las consultas que soliciten.

12. Se gestionará la creación de Cunas anexas a las fábricas y talleres, Gotas de Leche, Escuelas de madres en todos los centros de población, instituciones que se colocarán bajo la dirección de un técnico, las cuales estarán al servicio de las madres y de las futuras madres para su instrucción.

Montevideo, Agosto 15 de 1924.

TEMA V

NODRIZAS MERCENARIAS. — OFICINA DE NODRIZAS ANEXAS A LOS INSTITUTOS DE PUERICULTURA Y A LOS HOSPI- TALES DE LACTANTES, por el Dr. Miguel A. Jauregui, Médico Ayudante de la Oficina de Nodrizas

La Oficina de Nodrizas ha sido creada de acuerdo con la ley de Protección a la Primera Infancia de 1919 y es su cometido el reconocimiento de las nodrizas y cuidadoras.

Los fines que se persiguen son:

Proporcionar gratuitamente el certificado de inscripción a las nodrizas y cuidadoras inscriptas en los libros respectivos.

Extender gratuitamente el certificado de colocación a las nodrizas y cuidadoras que el Médico Jefe de la Oficina juzgue en condiciones de entrar a ejercer de tales.

Atender los pedidos de nodrizas o cuidadoras formulados por los particulares, limitándose a suministrar gratuitamente todos aquellos datos que interesen la colocación a título puramente informativo y declinando toda responsabilidad.

Proporcionar al Asilo «Dámasa Larrañaga» las nodrizas que necesitan para sus servicios.

Para ser nodriza es preciso que la aspirante sea sana, que su hijo tenga más de seis meses de edad, si es casada, y más de cuatro si es soltera, viuda o divorciada.

En estos últimos casos y para beneficiar de esta excepción, se requiere además, ser privada de recursos, lo que comprobará con la tarjeta de pobre de la Oficina de Entradas y Hospitalidades. Cuando el hijo de la nodriza haya fallecido, ésta podrá colocarse en cualquier tiempo.

Como excepción, podrán ejercer de nodrizas las mujeres sifilíticas, al sólo efecto de criar niños sifilíticos, una vez terminado el período de contagiosidad.

En el año 1921 se examinaron 895 nodrizas y se rechazaron 48, es decir, 5,4 %.

Eran casadas 761, solteras 176, viudas 18.

Primíparas sólo 163.

De raza blanca, 833; de raza negra, 10; pardas, 53.

Colocadas en la Asistencia Pública, 711; particulares, 46.

Cuidadoras, 797; rechazadas, 199 o sea el 25 %.

En el año 1922 se ofrecieron 680 nodrizas; se rechazaron 55, o sea el 11,50 %.

Colocadas en la Asistencia Pública, 758; particulares, 54.

Cuidadoras, 502; rechazadas, 261, o sea el 50 %.

En el año 1923 se ofrecieron 842 nodrizas; se rechazaron 86, o sea el 10 %, más o menos.

De último hijo muerto fueron 93, o sea 11 %.

Primíparas, 192; de raza blanca, 769; negra, 59; parda, 14.

Colocadas en la Asistencia Pública, 792; particulares, 50.

En suma se ofrecieron 2.417 nodrizas; se rechazaron 219 o sea 9 %; se colocaron en la Asistencia Pública, 2.261, o sea 93,75 %; particulares, 150, o sea 6,25 %.

En 3 años se presentaron 57 amas sifilíticas que en un total de 2.467, es decir, la suma de las específicas y las sanas, da un porcentaje de 2,31 %; lo cual indica un estado sanitario bastante satisfactorio.

TEMA VI

PROFILAXIA DE LA TUBERCULOSIS INFANTIL, por el Dr. Victor Zerbino, Médico asistente de la Clínica de Niños, Médico de la Policlínica Infantil N.º 4 de Montevideo

1.º Uno de los elementos fundamentales, sobre los que debe asentarse todo plan, lógico y útil, de lucha anti-tuberculosa, es el cono-

cimiento de los factores etiológico-patogénicos de la tuberculosis infantil, ligeramente variables según los pueblos y según los medios sociales.

El estado local de estos factores, es la obra primordial a realizar en cada medio, antes de planear la empresa profiláctica.

En nuestro país, de los estudios realizados, puede deducirse:

- a) Que la contaminación por los alimentos, y especialmente por la leche de vaca en el niño, no representa un factor importante, pues sólo se le puede atribuir menos del 2 % de los casos.
- b) Que el contagio fortuito interhumano, por la contaminaciones posibles en el medio social (condiciones anti-higiénicas domiciliarias, de locales públicos, de calles y plazas, de vehículos) tiene una importancia relativa en la contaminación de los elementos vírgenes, pero poca importancia como factor en la forma evolutiva de las lesiones de los ya tuberculizados.
- c) la contaminación, y la sobre-infección, en el medio familiar, o en la vivienda de los tuberculosos, son los factores que dominan preponderantemente en el cuadro etio-patogénico, haciéndose sentir intensamente, tanto en las simples contaminaciones como en la determinación de las formas evolutivas de tuberculosis, sobre todo en el niño.
- d) La miseria, y las condiciones sociales que rigen la vivienda, el trabajo, y la clase de alimentación, influyen indirectamente, pero pesadamente, en este problema.

Esto se deduce del estudio de las familias de tuberculosos, que hemos hecho, y cuyas conclusiones señalaremos en sus principales características.

2.º Estamos convencidos de que toda acción profiláctica contra la tuberculosis debe encarar, antes que todo, la preservación de la infancia.

Y esto, no es solamente por la convicción hecha en muchos fisiólogos, de que la tuberculosis del adulto es el cuadro final de una tuberculinización de la infancia, sino también por estas razones:

- a) Porque sabemos la sensibilidad del niño a las pequeñas y fortuitas contaminaciones.
- b) Porque conocemos cuán frecuentemente, esta enfermedad adquiere carácter evolutivo grave, y como son terribles las formas de tuberculosis en el niño de la 1.ª infancia.
- c) Porque, según nuestras comprobaciones demográficas, la tuberculosis hace más víctimas en la infancia que en la edad adulta.

3.º La obra de profilaxia de la tuberculosis en la infancia, no puede realizarse ampliamente sino dentro de un plan general de profilaxia de la tuberculosis. El niño no es sino uno de los anillos de la cadena, al que, muchas veces, no se llega sino por el otro extremo, comenzando por el adulto, por el padre, por la madre. Sobre

todo, si se quiere hacer la llamada **profilaxia de exposición** en el niño, es preciso despistar la fuente original del mal, en los padres. Es por ésto que presentamos un plan de profilaxia general.

4.º Todo plan de profilaxia anti-tuberculosa debe encarar la obra de preservación y la de consolidación, atendiendo a la vez los dos problemas: el de la contaminación y el de la curación del expuesto o del tuberculoso. Vale decir que, para que ella dé todo el resultado deseable, debe hacer obra de higiene profiláctica, y la obra de asistencia médica. Esta última ha absorbido por demás, hasta ahora, los esfuerzos derrochados. En cambio, la primera no ha concitado las energías necesarias, porque, siendo en realidad más simple, suscita dificultades de realización que se deben a la incuria de las autoridades, al poco tesón de los médicos, a la ignorancia de las gentes y a la repulsión que inspira al pueblo, por chocar con sus costumbres.

En el problema de la tuberculosis, la asistencia sin la profilaxia, es la acción ciega en un antro oscuro y sin salida; la profilaxia sin la asistencia, es la esterilización de las más nobles ideas en la inercia y en la impotencia.

5.º Consideramos que, en la generalidad de los países sudamericanos, hay conveniencia y posibilidad de aplicar un plan sencillo y poco oneroso, utilizando como base los elementos disponibles de la asistencia médica oficial. En general, dentro de ésta, se pueden encontrar todos los elementos necesarios. Donde se hace asistencia, se puede y se debe hacer profilaxia.

Lo poco que habría que agregar a los servicios ordinarios, es, sin embargo, fundamental: una Dirección central de lucha anti-tuberculosa; Dispensarios para el despistaje de la tuberculosis, y para la distribución y clasificación de enfermos, así como para la vigilancia de otros; un Servicio de Inspección domiciliaria (nurses) que conceptuamos de una utilidad extraordinaria.

6.º Esta utilización de los servicios de asistencia no implica redundancia. Doblando al médico práctico asistente, debe encontrarse el médico higienista. Es preciso, pues, o duplicar el servicio médico, o modelar el criterio profesional dentro de los modernos conceptos de la profilaxia anti-tuberculosa. Indudablemente, habría ventajas en establecer, en cada consultorio o policlínica que tuviera que atender a estos enfermos, verdaderos especialistas.

7.º A nuestro juicio, lo que falta, dentro de los actuales recursos de asistencia, para obtener una eficaz defensa social contra la tuberculosis, no son órganos útiles, sino un plan meditado, una dirección eficaz, y mucha ordenación y coordinación entre los elementos de que se disponga.

8.º La dirección de la obra profiláctica debe estar confiada a un organismo central, ilustrado, dotado de facultades y de recursos, y reforzado en su acción por el carácter oficial que debe revestir, y por el decidido apoyo gubernativo.

9.º Los organismos que deben coordinarse en la acción profi-

láctica, prestándose mutua ayuda, son tanto los que tienen acción profiláctica directa (dispensarios, policlínicas y hospitales para tuberculosos, sanatorios, etc., sean obras privadas u oficiales), como los que la tienen indirecta (servicios sociales generales, hospitales y policlínicas; institutos de protección a los abandonados, a las madres, a la infancia; cuerpo médico escolar; oficinas de salubridad municipales; oficinas de trabajo, etc.).

10. Adaptándonos a la forma en que está organizada, entre nosotros, la protección social al niño, hemos construido un plan de lucha anti-tuberculosa, en la siguiente forma:

La profilaxia anti-tuberculosa en la 1.^a Infancia se confiaría a la Oficina de Protección a la 1.^a Infancia. Esta establecería los casos a proteger, sea de niños expuestos, sea de niños contaminados, valiéndose de los datos que obtendría por intermedio de sus servicios Gota de Leche, o por su vinculación con los médicos de los Dispensarios, de las Policlínicas médicas, de los hospitales (y especialmente del de tuberculosos), de la Maternidad y Servicio de Protección a las embarazadas, mismo con los médicos asistentes. Todos los niños expuestos o contaminados, siempre que carentes de recursos, pasarían bajo su control. Esa Oficina los distribuiría, según los casos, sea a su servicio de nodrizas, sea al de cuidadoras en familia, sea a la enfermería.

La profilaxia anti-tuberculosa en la segunda infancia estaría bajo la dirección de la Oficina que actualmente rige la protección al niño de esta edad: el Asilo «Dámaso Larrañaga». Recibiría los niños a proteger de las mismas fuentes ya señaladas, y a más, de los Asilos Maternales y de las Gotas de Leche. Se distribuirían, según su estado, sea en manos de cuidadoras en familia (niños sanos o simplemente contaminados); sea en campaña, en medio familiar (adenopáticas, anémicos, distróficos, lesiones en vías de curación, no contaminantes); sea en la Colonia Marítima (tuberculosis ganglionares y quirúrgicas); sea en su enfermería (tuberculosis pulmonares o lesiones graves).

En ambas edades, los institutos llamados a intervenir, no variarían fundamentalmente su acción. Pero, en lugar de tomar bajo su protección, solamente, a aquellos niños que recurren a ellos, deberían enforzarse para descubrir todos aquellos que realmente necesitan de su salvadora intervención.

La profilaxia en la edad adulta estaría bajo el control de la Dirección General, y tendría como órganos fundamentales, el Dispensario y la Oficina de Nurses inspectoras, rodajes indispensables para el despistaje, la clasificación y la orientación de los enfermos. Estos servicios estarían vinculados con los servicios policlínicos y hospitalarios, con los médicos asistentes, y con los otros institutos que tienen un rol en la lucha. Los enfermos serían distribuidos en hospitales suburbanos para tuberculosos, en una colonia-sanatorio de campo, en el hospital marítimo. El Dispensario y la Oficina inspectora, en

el caso de cada enfermo, deben encarar no sólo el problema individual, sino el que representa **toda la familia del tuberculoso**: problema de salud, higiénico, y problema económico-social. La observación de cada persona de esa familia, y la ayuda y protección económica, deben completar la obra.

En esta forma, contribuyendo las instituciones actuales a un intercambio armónico de servicio y de esfuerzos, se podría mejorar sensiblemente las condiciones sociales ante el terrible problema que plantea el flagelo blanco.

TEMA VIII

HABITACIONES PARA OBREROS, por el Dr. **A** Legnani

1.º En la República O. del Uruguay y puede afirmarse que en general en todos los países sudamericanos se impone la creación del Ministerio de Higiene o Salud Pública.

2.º Entre las atribuciones ejecutivas de dicho Ministerio, deberá incluirse la vigilancia de las habitaciones de los obreros, la imposición de medidas de higiene en las habitaciones ya existentes y la construcción de nuevas habitaciones baratas e higiénicas al paso que el crecimiento industrial del país aumenta el número de obreros.

3.º Las empresas constructoras de casas para obreros deberán ser protegidas por el Estado, exonerándoseles de toda clase de impuestos, siempre que sus ganancias se atengan a condiciones preestablecidas.

4.º Los materiales de construcción para casas para obreros rurales, deberán ser exonerados de todo impuesto, y las condiciones higiénicas de esas casas ser obligatorias.

TEMA IX

HIGIENE ESCOLAR

LA INSPECCION MEDICO ESCOLAR, por el Dr. Rafael Schiaffino,
Profesor agregado de la Facultad de Medicina de Montevideo
y Director del Cuerpo Médico Escolar Nacional

CONCLUSIONES

A fin de que los beneficios de la Inspección higiénica de las escuelas dé los resultados que puede esperarse de ella, es preciso:

1.º Que el número de médicos esté de acuerdo con la población Escolar. Se ha señalado generalmente un médico por cada 1.000 o 1.200 alumnos. En esa proporción solamente puede alcanzarse el que todos los niños sean examinados dos veces al año.

Mientras no se llegue a esa cifra sólo puede realizarse un trabajo incompleto, o examinar una sola vez a todos los alumnos, para lo que es preciso un médico por 2.400 o el examen únicamente de los alumnos nuevos como lo efectuamos en Montevideo (un médico por 1.500 alumnos nuevos).

2.º La más eficaz colaboradora del médico escolar debe ser la enfermera, cuyas funciones son: ayudar a aquél en el examen de los alumnos:

- a) Tomar las medidas antropométricas, inspección de aseo, pediculosis, etc.
- b) Vigilancia en casos de epidemia, despistando los sospechosos por el examen diario.
- c) Insistir en que las anotaciones médicas se lleven a cabo: concurrencia a las clínicas, separación de la escuela, pases a las escuelas especiales, etc.
- d) Solicitar la presencia del médico o remitir los alumnos que presentan alguna alteración; divulgar la propagación de la higiene en el contacto diario con el alumno.
- e) Vigilar la higiene del niño, cuidado de la boca, etc., etc.

El número de enfermeras escolares, juzgamos que debe ser igual al de los Médicos Inspectores, estando cada una de ellas a las órdenes del médico correspondiente.

3.º La instalación de Clínicas de Ojos, Oídos, Piel, así como las Dentales son el complemento de la inspección médica. Su asistencia debe ser gratuita y el desideratum es que se pueda entregarles gratuitamente también los Medicamentos.

4.º Completa la obra escolar las escuelas especiales: al Aire Libre, de las que actualmente tenemos tres; las clases de Escuelas de Retardados (en esbozo); las clases de Ortofonía que se ensayó con éxito; las cantinas escolares o Copa de Leche, que tan buenos resultados han prestado, etc., obras todas que requieren el mayor

apoyo por sus grandes beneficios sobre la salud y el mejoramiento de la infancia.

5.º Cumpliendo debidamente su misión en esas condiciones queda aún una gran labor escolar que es el mejoramiento del medio higiénico, la propaganda y la divulgación de la profilaxis, por lecciones, conferencias cartillas, carteles murales, etc., etc.

TEMA IX

ESCUELA AL AIRE LIBRE N.º 3, por el Dr. Américo Mola, Miembro del Cuerpo Médico Escolar, Miembro corresponsal de la Sociedad de Pediatría de París

La Escuela al Aire Libre N.º 3, se libró al servicio público el 7 de Noviembre de 1921. La población de la Escuela está constituida por los niños de las escuelas públicas del departamento que han sido revisados por los médicos inspectores respectivos, y en una suerte de selección al revés, los señalan especialmente a los fines de un tratamiento particular, por mérito de su incapacidad orgánica.

De ahí que sólo concurren a ella niños débiles, anémicos y sobre todo tuberculosos latentes.

La asistencia es diaria y su permanencia en el establecimiento se extiende de 7 a 8 horas continuas, según sea, invierno o verano.

En la primera estación los niños llegan a las 9 y se retiran a las 4; en la del estío, anticipan en una hora su ingreso y retardan en una hora su salida. Como proceden de distintos puntos de la ciudad, se les proporciona boletos de tranvía de ida y vuelta.

Nuestro principal empeño ha sido el de no subvertir el carácter del establecimiento —que como se sabe, es escolar— y transformarlo erróneamente en una especie de sanatorio. Nuestros esfuerzos se contraen, pues, al mejoramiento físico, sin descuidar su cultura intelectual y su propia educación. Así es como las clases funcionan al aire libre. Los niños llevan sus pupitres livianos y plegadizos, instalándose en lugares distintos, que resulten más adecuados, según las horas y los días.

Se ha fijado en 2 ½ horas el término máximo de la labor mental. El resto del tiempo se consagra a la gimnasia respiratoria, trabajos manuales, juegos, etc., concediéndose una hora para la siesta después del almuerzo, para lo cual se les provee de sendas mantas, a fin de que puedan descansar en condiciones térmicas convenientes.

Uno de los auxiliares más poderosos y eficaces para el éxito de la Escuela al Aire Libre consiste en la parte del tratamiento alimenticio. De ahí que nuestra vigilancia y nuestros desvelos se acentúen lo más

posible en el buen cumplimiento de este servicio fundamental.

Nuestros deseos fueron siempre propiciar la reintegración orgánica de los niños sin expedientes especiales de curación, vale decir, colocándolos en un ambiente higiénico y saludable que permitiera la expansión natural de su propia fuerza. Sin embargo, comprendimos la necesidad de arbitrar sistemas o procedimientos complementarios cuando el éxito no podía obtenerse por aquella vía. Es así como en esos casos de resistencia de los organismos débiles a un a reacción auspiciosa, decíamos, alentados por los resultados del doctor Rollier y otros médicos higienistas, el tratamiento de la helioterapia.

Ha sido suficiente la aplicación de la helioterapia por espacio de sólo varios meses para que operase en los niños una transformación fundamental y se advirtiese siempre, en todos los restantes, un sensible mejoramiento.

Para la individualización de los alumnos se forma una **ficha sanitaria** especial, en la que consta, además del nombre del niño, el número de su matrícula, fecha de entrada, antecedentes hereditarios, enfermedades preescolares, edad, etc., y todos los demás datos **antropométricos** concernientes a los fines del establecimiento. Debo decir que estos datos son verificados y rectificados cada semana, sometiéndose a un examen médico, determinando con particularidad los movimientos que pudieran observarse en las cifras enunciativas del peso, de la talla, y del perímetro torácico.

La población de la Escuela al Aire Libre N.º 3, durante los dos años y medio de su funcionamiento, alcanzó la suma de 390 niños, distribuidos por sexos en 209 varones y 181 niñas.

Estada:

De 0 a 1 mes: Varones, 0; niñas, 16. — Total: 16.

De 1 a 2 meses: Varones, 15; niñas, 12. — Total: 27.

De 2 a 3 meses: Varones, 37; niñas, 23. — Total: 60.

De 3 a 4 meses: Varones, 23; niñas, 8. — Total: 31.

De 4 a 5 meses: Varones, 23; niñas, 20. — Total: 43.

De 5 a 6 meses: Varones, 25; niñas, 20. — Total: 45.

Más de 6 meses: varones, 86; niñas, 82. — Total: 168.

En el **peso** de los educandos, se advierte de inmediato que sobre un total de 390 alumnos, sólo 32 presentaban un peso normal correspondiente a sus edades respectivas, clasificándose los otros entre aquellos a quienes les faltan de 2, 3 y más kilogramos para encontrarse en condiciones regulares. Esto acontece con variaciones no fundamentales en lo que atañe a la **talla** y **perímetro torácico** de los niños. Veamos ahora los cambios que se observan en la población escolar a poco tiempo de su entrada. Sobre un total de 390 alumnos verificado su peso al mes de su permanencia en la Escuela, 25 lo tenían estacionario, 33 habían disminuído en algunas fracciones y 332 habían aumentado de 100 a 1.000 gramos. A los 2 meses, sólo

2 se mantenían en su peso primitivo, sólo 3 habían disminuído Je su cifra anterior, mientras el resto aumentaba en la siguiente forma:

Más de 500 gramos, 33.

De 500 gramos a 1 kilogramo, 102.

Más de 1 kilogramo, 212.

Pasados los 3 meses de su estada el número de los estacionados y de los que disminuyen sólo alcanza en total a 2, en tanto que los otros ascienden:

Menos de 1 kilogramo, 27.

De 1 a 2 kilogramos, 151.

Más de 2 kilogramos, 126.

A partir de este término, todos inician un ciclo de aumento franco y mantenido.

Pasado el lapso de tratamiento mínimo se ve que aquellos niños que ingresaron enclenques, débiles, con una pobreza física que inspiraba dolor, salen reconstituídos, rozagantes, gozosos y llenos de vida, como afirmando la victoria de su organismo sobre el mal que los acechaba.

Esto prueba en forma concluyente, que la Escuela al Aire Libre ha dado ampliamente los resultados que de ella se esperaba.

TEMA X

ATENCION DEL NIÑO ENFERMO

DISPENSARIOS — HOSPITALES GENERALES DE LACTANTES,
por el Dr. José Bonaba

SINTESIS Y CONCLUSIONES

Síntesis. — El autor toma en consideración las Instituciones de este género existentes en Montevideo. Los Dispensarios tienen bajo un radio de acción aproximadamente el 25 por 100 del total de la población infantil menor de 3 años, lo que constituye un campo vastísimo para la realización de las obras de profilaxia y de asistencia que se proponen. La asistencia al lactante enfermo se reciente indudablemente de la falta de *nurses visitadoras*, que completarían, continuarían y harían más eficaz la acción del médico, mejorando los resultados; esto sin perjuicio de la influencia benéfica de todo orden (profiláctica, educativa, etc.), que por la naturaleza de sus funciones están aquéllas llamadas a ejercer. Esta deficiencia es capital, a juicio, del informante y ellas explicarían en gran parte el hecho de que a pesar del número relativamente considerable de niños que están ins-

criptos en los Dispensarios, la mortalidad infantil no ha descendido en esta ciudad.

Los Servicios Hospitalarios para lactantes enfermos han dado aquí, como en todas partes, una cifra de mortalidad muy elevada (superior al 40 por 100). Para mejorar estos resultados sería necesario colocar a estos Servicios en condiciones inmejorables de instalación, organización y funcionamiento; las deficiencias de estos diversos órdenes (en la esterilización, el aislamiento, la calefacción, los cuidados prodigados por el personal, el cumplimiento estricto de las indicaciones médicas), se traduce indefectiblemente en un aumento de la mortalidad. Uno de los factores más importantes es la alimentación: alimentación a pecho por las propias madres o por nodrizas, en número suficiente; alimentación por leche de yegua; por alimentos preparados debidamente. Desgraciadamente, muchas veces la hospitalización de un lactante se acompaña del pasaje de la alimentación natural a la alimentación artificial.

Conclusiones. — 1.ª No es posible considerar separadamente la obra profiláctica y la obra de asistencia de los Dispensarios; ambas se complementan e influyen recíprocamente; en ambas la acción del médico debe ser inteligente y eficazmente continuada mediante la colaboración de las **nurses visitadoras**, cuya intervención permitiría como resultado final, obtener el máximo de rendimiento útil en la asistencia del lactante enfermo.

2.ª Los Hospitales de Lactantes exigen la realización de condiciones absolutamente irreprochables de instalación, organización y funcionamiento que auguren la efectividad de las diversas atenciones (cuidados, calefacción, higiene, aislamiento, esterilización, medicaciones y sobretodo, alimentación apropiada), que por su propia naturaleza requiere el niño en esta edad. Su deficiencia se traduce desastrosamente en la elevación de la mortalidad.

3.ª La mortalidad excesivamente elevada que demuestran universalmente las estadísticas de los Hospitales de Lactantes, obliga a limitar la hospitalización a los casos en que sea estrictamente necesaria, siendo preferido cuando a ello no se opongan causas insalvables de orden diverso (malas condiciones higiénicas, miseria, contagiosidad, etc.), la asistencia a domicilio convenientemente realizada.

4.ª Que dada la importancia primordial que tiene la alimentación a pecho en la conservación de la salud y de la vida del lactante, es indispensable que los servicios hospitalarios de lactantes cuenten con el número necesario de nodrizas y utilicen cuando sea posible a las madres como nodrizas de sus propios hijos, hospitalizándolas si las circunstancias lo exigen.

TEMA X

ATENCIÓN DEL NIÑO ENFERMO

ENFERMERAS ESPECIALIZADAS EN ATENCIÓN INFANTIL Y CUIDADO DEL RECIÉN NACIDO, por la Dra. Alice Armand
Ugón, Médico Jefe del Consultorio Gota de Leche N.º 5.
Montevideo.—Uruguay

CONCLUSIONES

1.º La obra de asistencia médica y social de los niños no llenará su objeto mientras no se disponga de enfermeras u otras personas especialmente preparadas en la difícil tarea de cuidar, asistir y educar al niño y su familia.

2.º Nuestra obra de Protección a la Infancia carece de uno de los elementos más eficaces (enfermeras o nurses especializadas), para llenar su programa de acción.

3.º Solamente lograremos disminuir la morbilidad y la mortalidad infantil, cuando a todos nuestros servicios de asistencia y protección para niños, junto a los médicos especialistas, trabajen mujeres abnegadas con conocimientos suficientes de higiene infantil y trabajo social, para hacer llegar hasta el hogar los preceptos vulgares de la higiene general y conocer al mismo tiempo las condiciones materiales y morales en que la familia se encuentra.

4.º El 4.º Congreso Americano del Niño debería tomar la iniciativa para pedir a todos los Gobiernos que anexas a sus servicios de asistencia y protección del niño, enfermeras especialmente preparadas, enfermeras visitadoras y trabajadoras sociales.



TERCERA SECCION: SOCIOLOGIA

TEMA V

PROTECCION A LA PRIMERA INFANCIA

EL SERVICIO DE PROTECCION A LA PRIMERA INFANCIA EN MONTEVIDEO, por el Dr. Julio A. Bauzá (Médico Jefe)

Desde el año 1921, funciona en Montevideo el Servicio de Protección a la Primera Infancia y Oficina de Nodrizas, dependencia de la Asistencia Pública Nacional que tiene a su cargo la protección, asistencia y vigilancia de los niños pobres menores de tres años, cuyas familias vivan dentro de los límites del departamento de la Capital.

Su acción se ejerce sobre las tres siguientes categorías de niños:

- a) Niños menores de tres años depositados por los padres en la «Cuna» del Asilo Larrañaga, temporaria o definitivamente y que comprenden aproximadamente alrededor de 1.500. Estos niños después de una breve permanencia en la «Cuna» para la comprobación de su salud, pasan a ser cuidados por nodrizas o cuidadoras que suministra la Oficina de Nodrizas del Servicio, previo riguroso examen médico.

Desde estos momentos el niño queda bajo la tutela de la Asistencia Pública, quien la ejerce por intermedio del Servicio de Protección a la Primera Infancia que a su vez la delega en los médicos de los Consultorios Gota de Leche.

- b) **Niños protegidos.** — Toda nodriza que se coloca como tal fuera de su domicilio y toda mujer que recibe en su casa un niño ajeno para amamantar, está obligada a requerir la autorización del Servicio y a inscribir a su hijo si se coloca como ama particular fuera de su domicilio y además al niño extraño si lo recibe en su casa para ser amamantado en el registro de niños protegidos del Servicio. Estos niños quedan bajo la protección del Estado (ley Martirené, Febrero de 1919) en tanto la madre no tome de nuevo a su cuidado al hijo.

La vigilancia e inspección de estos niños es confiada a los Consultorios Gota de Leche.

- c) Niños cuyas madres perciben subsidios preventivos del abandono.

Toda madre que por circunstancias especiales derivadas de la miseria o falta de recursos, se viese en la dolorosa necesidad de hacer abandono de su hijo menor de 3 años en la «Cuna» del Asilo y a quien la entrega de un subsidio en dinero por la cantidad máxima de \$ 10,00 oro mensuales hiciere desistir de este propósito, está obligada a inscribir a su hijo en el Consultorio Gota de Leche de la Zona que le corresponde y a presentarlo regularmente.

- d) Niños pertenecientes a familias no pudientes y que son inscriptos en los Consultorios Gota de Leche a los efectos de la inspección, asistencia en caso de enfermedad y alimentación gratuita hasta la edad de 15 meses cumplidos.

En el local que ocupa el Servicio, está instalada la Cocción de Leches, en la cual se preparan diariamente alrededor de 800 frascos de leches especiales, que luego de esterilizados y enfriados a una temperatura baja (6.º u 8.º) en un autofrigor) se distribuyen conjuntamente con otros 400 litros de leche pura especial, entre los 8 Consultorios a los cuales concurren las madres autorizadas por el médico del mismo.

Con el objeto de estimular la lactancia natural y evitar los peligros de la alimentación artificial prematura, se realizan en todos los Consultorios, concursos mensuales para niños a pecho con distribución de premios en dinero, hasta la cantidad de 15 pesos por mes para cada Consultorio.

La cantidad de niños sometidos durante el año 1923 a la acción de los 8 Consultorios Gota de Leche, existentes en la ciudad, alcanzó a la cifra de 7.000, lo que equivale al 25 % de la población infantil de menos de 3 años de todo el departamento.

De estos 7.000 niños, sólo los 1.500 niños del Asilo y unos 500 niños protegidos, tienen el beneficio que deriva de las inspecciones a domicilio, que se hacen por medio de una inspectora no diplomada, adscripta a cada Gota de Leche. Los 5.000 niños restantes no poseen inspección domiciliaria, lo que hace que la mortalidad infantil, especialmente entre los no concurrentes, sea muy elevada.

La mortalidad infantil del departamento de Montevideo, experimentó un auspicioso descenso en 1921, en que llegó a ser de 93 menores de un año por 1.000 nacidos vivos, pero desgraciadamente se elevó a 116 en 1922 y a 112 en 1923, cifra relativamente elevada.

Los factores que más contribuyen en esta mortalidad infantil elevada son: la ignorancia de las madres, la falta de visitadoras de higiene, la habitación insalubre y la mala calidad de la leche que se consume durante el verano.

TEMA VIII

REPRESION DE LA VAGANCIA Y LA MENDICIDAD, por el doctor Santin C. Rossi, Profesor Agregado de la Facultad de Medicina

SINTESIS Y CONCLUSIONES

Cuando se estudia a fondo los problemas de la vagancia y la mendicidad, aparecen en el horizonte sociológico las siguientes causas:

- 1.º El vago y el mendigo pueden ser niños abandonados, sin padres, y cuya psicología no siempre es normal;
- 2.º Pueden ser hijos o pupilos de personas desprovistas de sentido moral, ellos mismos vagos o rebeldes al trabajo;
- 3.º Pueden, en fin, ser hijos legítimos y queridos de padres pobres y desocupados o inválidos o naturales de madres sin compañeros.

Todas esas causas requieren su neutralización particular, o sea:

1.º Los niños y adolescentes sin padres o tutores deben ser recogidos por el Estado, en instituciones educativas si son de psicología normal, y en institutos de débiles mentales si son, como lo recuerda Joffroy en su estudio sobre el Vagabundaje, degenerados cerebrales. En uno y otro caso debe intentarse la educación por medio de la instrucción general y profesional, ésta a partir de los 14 años de edad. El examen psiquiátrico de todo niño o adolescente vago se impone como medida previa a todo destino del vago o mendigo. La represión no es una sanción eficaz ni siempre justa.

2.º Los chicos dependientes de padres o personas degenerados ellos mismos, deben ser sustraídos a la potestad que tengan para ser dirigidos por el Estado, en alguno de los sentidos que determina la conclusión anterior. La ley debe castigar severamente a los propulsores de niños mendigos, o recluirlos si son degenerados.

3.º En cuanto a los casos, quizá los menos numerosos, en que los chicos vagos o mendigos dependen de padres o tutores pobres o enfermos, pero en los cuales el infortunio social no ha provocado la degeneración física o moral, se impone la ayuda del Estado al padre o tutor y al niño; a éste, protegiéndolo por medio de las medidas aconsejadas en la primera conclusión; a aquéllos, por medio del trabajo si son físicamente aptos, o por medio de pensiones si son inválidos o madres solteras abandonadas. Una medida de justicia social y de solidaridad humana, sería la de declarar por ley que la mujer madre, sea cual fuere su estado civil, merece honra y protección por parte de los Estados adherentes al V Congreso Pan Americano del Niño. Las leyes represivas no deben aplicarse a estos casos.

TEMA X

EL TRATAMIENTO DE LOS NIÑOS ANORMALES, por el doctor
Rafael Schiaffino, Profesor agregado de la Facultad de
Medicina de Montevideo y Director del Cuerpo
Médico Escolar Nacional

CONCLUSIONES

1.º Las obras destinadas a la educación y tratamiento de los Anormales deben adaptarse al grado de retardo mental de éstos.

2.º Los idiotas incapaces de servirse a sí mismo y los imbéciles que sólo son inaptos para la vida social, reclaman la intervención en Asilos escuelas, donde la función médica y la función pedagógica deben vigilarlos en todo momento.

3.º Los que presentan un retardo que no les impide concurrir a la escuela, pero que no obtienen ningún beneficio de ello o sólo muy reducido, necesitan clases y escuelas de enseñanza especializada.

- a) El número de estos Retardados escolares representan en la población escolar de Montevideo 2.200 sobre 50.000, siendo el porcentaje de 4.4 % análogo a las estadísticas recogidas en otros países.
- b) Los resultados obtenidos por nuestra clase ensayo, señalan elocuentemente los progresos a que son capaces de llegar los retardados escolares con un tratamiento adecuado.
- c) Con todo, creemos, que el sistema más ventajoso sería la institución de Escuelas al Aire Libre, a fin de que los alumnos pudieran mejorar su estado fisiológico, haciendo un ejercicio físico adecuado, recibiendo una alimentación suficiente, viviendo en un medio natural, tomando baños-duchas, etc., etc., sometidos durante todo el día a la disciplina escolar, sin perder sus vinculaciones afectivas del hogar, por el sistema del medio pupilage.
- d) Mientras el número de escuelas no fuera suficiente para toda la población, habría ventajas en multiplicar las clases, que podrían funcionar como la actual, fuera del horario escolar en los locales de las escuelas comunes, eligiendo su ubicación, a fin de que pudieran concurrir los alumnos de las escuelas de cada zona, sin recorrer grandes distancias.

TEMA X

LA PROTECCION Y EDUCACION DE LOS NIÑOS CIEGOS EN EL URUGUAY, por el doctor Carlos Nery

CONCLUSIONES

1.º Desde el año 1914 se constituyó en la ciudad de Montevideo (Uruguay) una Comisión de señoras con el título de «**Consejo de Patronato del Instituto Nacional de Ciegos General Artigas**», cuya misión y finalidad es la protección y educación de los niños ciegos de capacidad normal.

2.º El Instituto es una Institución privada, reconocida oficialmente por el Estado, de utilidad pública y subvencionada por el Gobierno de la República.

3.º Está administrado por la misma Comisión de Señoras y bajo su dirección inmediata, la que obtiene los recursos necesarios por contribuciones voluntarias del pueblo (socios activos y subscritores mensuales) por donaciones, legados y fiestas públicas.

4.º El régimen bajo el cual se desarrollan los trabajos, es el de Internato con separación de sexos y residencia en pabellones independientes.

5.º La enseñanza comprende ciertos trabajos obligatorios y cursos facultativos. Entre los primeros, la escritura y lectura según el sistema Louis Braille; la instrucción elemental según los programas de las escuelas del Estado; la cultura física que incluye la higiene personal y doméstica; los trabajos de preparación manual (labores, tejidos, etc.); el curso de música instrumental (banda) y vocal en grupos (coros).

6.º Los cursos facultativos comprenden aquellos de carácter vocacional y profesional; el masaje médico, ocupaciones manuales industriales (fabricación de escobas cepillos, cestería) enseñanza individual de música superior para artistas vocalistas e instrumentistas.

7.º Terminados los estudios a juicio de la Dirección, el Consejo de Patronato del Instituto gestiona el empleo del alumno capaz de llenar determinadas ocupaciones (obrero industrial, músico, masajista) y expide el diploma autorizando el ejercicio del masaje médico.

TEMA X

PROTECCION DE LOS NIÑOS SORDOMUDOS, por el Dr. Felipe Puig

Síntesis del trabajo:

Después de una reseña sobre la atención que en las distintas épocas de la humanidad ha despertado el sordomudo, describe en tres capítulos distintos, la protección que corresponde a la familia, la que debe prestarle la sociedad y la que corresponde al Estado.

Se debe insistir en la importancia que en la enseñanza tiene el método oral, en la necesidad de agregar a ese método el auditivo, es decir, la reeducación del oído, aprovechando un resto de audición que se encuentra en una gran mayoría no sólo de las sorderas adquiridas sino también en las congénitas, y en la necesidad de que se confíe a un otólogo la dirección del método de reeducación auditiva.

Hace constar luego la importancia grande que tiene la estadística de los sordomudos para la protección de los mismos y la manera de conseguir sean ellas lo más exactas posibles.

Termina, describiendo lo que se hace en el Uruguay en pro del sordomudo y el método de enseñanza que se sigue en los Institutos de Montevideo.

CUARTA SECCION: LEGISLACION

TEMA I

LA ADOPCION COMO INSTITUCION DE DERECHO CIVIL,

por el Dr. Teófilo D. Piñeyro, abogado

PROPONEMOS a la ilustrada consideración del Honorable Congreso las conclusiones siguientes:

1.º La adopción, como institución de derecho civil, debe integrar los Códigos de los países americanos por los beneficios de orden privado y social que traduce;

2.º Es de alta conveniencia asimilar en lo posible la adopción al estado de familia natural, a cuyo objetivo corresponde;

- a) Atribuir al adoptante la patria potestad de los hijos adoptivos sin que éstos, dejen de pertenecer a su familia natural, conservando en ella, todos sus derechos;
- b) extender los lazos de parentesco, resultantes de la adopción a los hijos legítimos y naturales del hijo adoptivo;
- c) reconocer a los hijos adoptivos, aún en concurrencia con los legítimos y naturales, una legítima especial, no mayor de la correspondiente al hijo natural en la sucesión del padre o madre adoptante;
- d) acordar a la descendencia legítima o natural del hijo adoptivo el derecho de representación;
- e) otorgar al padre o madre adoptante, en la sucesión del hijo adoptivo los mismos derechos que tienen los ascendientes legítimos en las herencias de sus hijos;
- f) la prestación recíproca de alimentos entre el padre adoptante y el hijo adoptivo.

3.º La adopción no tendrá lugar sino por justos motivos o cuando ella sea útil al adoptado, quedando librada a la autoridad judicial, la apreciación discrecional de la existencia de estas condiciones, para conceder o negar la venia, sin la cual no podrá válidamente celebrarse el contrato.

La escritura pública será requerida para el contrato de adopción o acta auténtica ante un oficial del registro de estado civil con consentimiento del adoptado si fuere mayor de edad o la de sus representantes legales si fuere menor o incapaz. El consentimiento del adoptado mayor de doce años debe ser prestado además del de su representante legal.

La inscripción en el Registro de Estado Civil será exigida para que la adopción produzca efectos con relación a terceros.

En los niños expósitos, abandonados o en aquellos que el Estado tiene la tutela, ejercida por medio de los organismos oficiales instituidos por la ley, la apreciación incumbe a esos institutos, con apela-

ción del interesado, para ante la autoridad judicial, cuya resolución causará ejecutoria.

4.º La adopción únicamente puede ser revocada por motivos muy graves, en virtud de demanda judicial del adoptante o del adoptado.

El Estado durante la minoría de edad de los niños cuya tutela tenía antes de la adopción y para la cual prestó consentimiento tendrá la misma acción.

5.º Declarar de interés social el servicio de la colocación familiar de los niños expósitos como un medio excelente de facilitar la adopción, dictándose disposiciones legales tendientes a atribuir al Estado, la facultad de conservar o no, según los casos, esta situación de custodia, ante el reconocimiento de hijo que se pueda efectuar transcurridos tres años sin haber mediado reclamación de ese niño expósito por parte del padre o de la madre.

TEMAS III Y IV

CONVENIENCIA DE AUTORIZAR LA INVESTIGACION O PRUEBA DE LA PATERNIDAD ILEGITIMA. — PARTICIPACION DE LOS HIJOS ILEGITIMOS EN LA HERENCIA DE SUS PADRES SOLOS O EN CONCURRENCIA CON OTROS

HEREDEROS, por el doctor Adolfo Berro García

Profesor Agregado de Derecho Civil en la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales de
Montevideo

CONCLUSIONES

En conformidad a las consideraciones expuestas proponemos las conclusiones siguientes, como resumen de este trabajo, las que sometemos a la consideración del 4.º Congreso Panamericano del Niño:

1.º Por elevadas razones de justicia y de moralidad, en el interés bien entendido de la madre y del hijo natural, por cuya defensa debe velar celosamente la ley, —por razones de economía social—, es necesario que las legislaciones americanas de amplio espíritu liberal y democrático, adopten íntegramente el principio de la investigación de la paternidad natural que asegure y afirme definitivamente el estado civil de los hijos ilegítimos.

2.º La investigación de la paternidad, como la de la maternidad natural, debe ser aceptada sin limitaciones de ninguna clase, —admitiéndose para justificarla todos los medios de prueba que reco-

noce el derecho común, declarando a la acción enteramente imprescriptible—, y no fijándose otra restricción que la conciencia esclerada del Juez.

3.º Las obligaciones y deberes que la ley civil prescribe a los padres legítimos para con sus hijos, deben regir igualmente y con la misma amplitud para los padres naturales. La ley debe proveer el exacto cumplimiento de estas obligaciones mediante un conjunto de reglas que aseguren su eficacia ante la inestabilidad e incoherencia de la familia natural.

4.º Debe reconocerse el pleno derecho de los hijos naturales a la herencia de sus padres, en las mismas e idénticas condiciones que los hijos procedentes de matrimonio.

TEMA V

DELINCUENCIA INFANTIL, por el Dr. Teófilo Arias

Para poder prevenir la delincuencia infantil debe el Estado vigilar activamente la educación de los menores, castigando a los padres que descuidan sus deberes y sustituyéndose a ellos si es necesario, teniéndose presente que los recursos a emplearse serán educativos, nunca represivos.

Los medios para que el Estado se sustituya a la autoridad paterna deben ser fáciles y rápidos, sin que pueda ser detenida la acción tutelar por escrúpulos legalistas.

Para ello es preciso crear un funcionario especial, con facultades amplias para que entienda en todos los casos de abandono moral o material del menor.

Para asesorar a dicho funcionario y para que la detención del menor se cumpla adecuadamente, se requiere la creación de una oficina especial, anexa a la Jefatura de Policía, donde en tanto se dispone sobre su destino, pueda el menor ser estudiado y clasificado.

El Estado debe proveer además a la fundación de establecimientos educacionales, de tipo agrícola e industrial, donde el régimen sea lo más semejante posible a la organización familiar, y fomentar la fundación y sostenimiento de sociedades privadas con el mismo objeto.

Como medidas accesorias es preciso prohibir el trabajo de los menores en las calles y lugares públicos y establecer sanciones para los que falten a los deberes de su cargo para con los menores que tengan bajo su dependencia.

TEMA VIII

MEDIOS QUE TIENDEN A FAVORECER EL AHORRO ENTRE
LOS NIÑOS, por la Srta. Profesora Leonor Hourticou

CONCLUSIONES

1.º Los programas escolares deben propender a la difusión de las ideas del ahorro, del mutualismo, la cooperación y la solidaridad.

2.º La Legislación escolar debe imponer la fundación de Cajas que sean a la vez de Ahorro y de Mutualidad.

3.º Conviene que la Ley obligue a las personas que tengan niños a su servicio, a inscribirlos en calidad de asociados, en las Mutualidades Escolares del distrito correspondiente, exceptuados los casos en que por Ley tengan que mantener en sus propios establecimientos, algún instituto de previsión.

4.º Si la inscripción debe hacerse en la Mutualidad Escolar, los patrones deberán abonar las cuotas correspondientes a los niños que tengan empleados, cuotas cuyo monto será siempre superior al que se fija para los escolares.

5.º En las Escuelas no comprendidas por la Ley de la Mutualidad Escolar debe estimularse por los maestros, a los niños, en la práctica del ahorro postal, u otras formas de ahorro, dando frecuentes lecciones sobre ese tema, estableciendo concursos de composiciones referentes al mismo asunto, y empleando, además, otras formas de emulación que las circunstancias del momento puedan hacer oportunas.

Montevideo, 13 de Agosto de 1924.

INDICE

Advertencia	Página	1
Oficina Internacional Americana de Protección a la Infancia. — Dr. Merquío	>	3

TEMAS DEL CONGRESO SECCION MEDICINA

Tema	VII — Dr. Escardó	>	12
>	VIII — Dr. Carrau	>	15
>	IX — Dr. Berro	>	16
>	X — Dr. Martino	>	17

SECCION HIGIENE

>	II — Dr. Leone Bloise	>	19
>	III — Sra. de Sanguinetti	>	20
>	V — Dr. Jauregui	>	22
>	VI — Dr. Zerbino	>	23
>	VIII — Dr. Legnani	>	27
>	IX — Dr. Schiaffino	>	28
	— Dr. Mola	>	29
>	X — Dr. Bonaba	>	31
	— Dra. Armand Ugon A.	>	33

SECCION SOCIOLOGIA

>	V — Dr. Bauzá	>	34
>	VIII — Dr. Rossi	>	36
>	X — Dr. Schiaffino	>	37
	— Dr. Nery	>	38
	— Dr. Puig	>	39

SECCION LEGISLACION

>	I — Dr. Piñeyro	>	40
Temas	III y IV — Dr. Berro	>	41
Tema	V — Dr. Arias	>	42
>	VIII — Sta. Hourticou	>	43