

NIÑOS QUE SIN DUDA SERAN FUTUROS LEPROSOS

Dr. JESUS GONZALEZ URUEÑA.
México, D. F.

EL problema de los niños sanos que viven con leprosos es todavía más importante que el de la lepra misma en nuestro país, a pesar de que hasta la fecha han sido declarados 2,901 lazarinos. En 2,696 expedientes de leprosos revisados en el Servicio Federal de Profilaxis de la Lepra del Departamento de Salubridad Pública, se encontró que 1,950 niños sanos conviven con 804 enfermos del mal de Lázaro, es decir, más de 2 de aquéllos con uno de éstos, siendo 1,007 del sexo masculino y 943 del femenino. Tienen de 0 a 6 años, 761; de 7 a 10, 617; y de 11 a 14, 572.

Hace todavía más sensible esta situación la circunstancia de que 1,516 de estos niños tienen mala posición social y económica, 371 la tienen regular y apenas 63 la poseen buena.

Son hijos de los enfermos 1,417 menores y 533 tienen otro parentesco.

El mayor número de niños que guardan esta peligrosa situación corresponde a Guanajuato con 455; a Michoacán con 232, al Distrito Federal con 203, a Sinaloa con 154 y a Jalisco con 146, estando distribuidos los demás en el resto de las entidades federativas de la República. (Cuadro anexo).

Las cifras expuestas explican con toda claridad la persistencia de nuestra endemia leprosa a través de varias centurias y sin duda su aumento, lo que pronto se comprobará con los censos quinquenales reglamentarios que se están levantando. En efecto, aunque la lepra es muy rara en los niños, no cabe duda que en la infancia es cuando se verifica la contaminación del organismo, por más que las manifestaciones del mal no aparezcan luego dado lo largo del período de incubación de la enfermedad.

Este hecho innegable de la infección de los niños por su convivencia con parientes lazarinos, está en relación con los casos de lepra familiar consignados en los censos respectivos, apareciendo hasta hoy 552. Es de advertir que en estos casos de lepra familiar existen contaminadas 3 y 4 generaciones, habiendo en algunos hasta 8 hansenianos en una misma familia.

La construcción de las leproserías, que en un futuro próximo será un hecho, y la separación en ellas de los padres o parientes lazarinos de estos niños, no resolverá tan doloroso problema sino antes al contrario, lo empeorará, pues aunque sea menguada la protección que esos enfermos imparten actualmente

MEMORIA DEL VII CONGRESO PANAMERICANO DEL NIÑO

a los menores sanos con quienes viven, de mucho les sirve y al asilárseles quedarán los niños a quienes protegen sin ningún auxilio y por ende con más necesidad de que por cuenta del Estado se construyan asilos especiales donde ponerlos.

A nadie se ocultará que estas condiciones son verdaderamente lamentables para la salubridad pública en nuestro país y que deben constituir una de las bases fundamentales para la profilaxis del mal, estando obligados todos los interesados en la resolución de este problema a contribuir con la parte que en él les toca.

Desde luego el C. Jefe del Departamento Central y los CC. Gobernadores de los Estados, sin duda se apresurarán a dar cumplimiento a lo que previene el artículo 44 del Reglamento Federal de Profilaxis de la Lepra, en el sentido de establecer por su cuenta asilos especiales donde recluir a los hijos de los leprosos.

Tendrá que ser éste también asunto de mucho interés para las asociaciones de beneficencia, tanto públicas como particulares, las que igualmente están obligadas a intervenir para salvar a todos estos niños de una dolencia tan cruel.

El Servicio de Higiene Infantil del Departamento de Salubridad Pública toma ya en cuenta la magnitud sanitaria de este mismo problema, para incluirlo en su programa y ver la forma más eficaz de cooperación que pueda prestar.

Este problema debe existir en todos los países de América en los que la lepra es endémica, teniendo por lo mismo un interés continental. Hasta donde nuestros informes alcanzan, sabemos que sólo el Brasil tiene en parte resuelto el asilo de los niños sanos parientes de leprosos en el Asylo Santa Threzinha do Menino Jesus, que puede considerarse como modelo en su género.

Ni en la Argentina, Uruguay, Colombia, Venezuela, Guatemala y Cuba, para no hablar sino de los países más infectados, creemos que hay asilos de esta clase.

Hacemos presente nuestro agradecimiento al señor doctor Luis de J. Lozano, por la valiosa cooperación que prestó en este trabajo.

CONCLUSION

Proponemos que el VII Congreso Panamericano del Niño se sirva aprobar un voto recomendando a todos los países del Continente la fundación de asilos especiales para los niños sanos que conviven con parientes o allegados leprosos.

We propose that the Seventh Panamerican Congress of the Child, may approve a vote suggesting to all the countries of the Continent, the foundation of special homes for healthy children who have to live with lepers, be they there relatives or not.

**CUADRO QUE EXPRESA LOS DATOS REFERENTES A LA
PROFILAXIS INFANTIL DE LA LEPRO EN MEXICO**

ENTIDAD	Número de Expedientes revisados.	Número de lepro- sos que conviven con niños sanos.	NIÑOS SANOS QUE CONVIVEN CON LEPROSOS											TOTAL
			SEXO		EDAD (años)			Posición social y económica			Parentesco con el leproso			
			Masc.	Fem.	0 a 6	a 10	a 14	Mala	Reg.	Bue- na	Hijo	Otro		
Aguascalientes	37	19	22	33	12	20	23	40	15	0	43	12	55	
Baja California (T. N.)	11	1	1	0	0	1	0	1	0	0	1	0	1	
Baja California (T. S.)	1	1	1	3	1	2	1	4	0	0	4	0	4	
Campeche	5	3	2	3	1	3	1	0	5	0	4	1	5	
Colima	112	43	49	45	26	49	19	84	8	2	70	24	94	
Chiapas	9	0											0	
Chihuahua	32	7	10	12	7	9	6	22	0	0	17	5	22	
Coahuila	52	11	21	7	10	8	10	22	6	0	20	8	28	
D. F. (México)	338	96	108	118	119	61	46	171	48	7	126	100	226	
D. F. (Resto)	151	46	58	46	49	24	31	77	21	6	76	28	104	
Durango	4	0											0	
Guanajuato	444	188	265	239	204	157	143	455	42	7	342	162	504	
Guerrero	52	8	6	7	4	4	5	4	9	0	11	2	13	
Hidalgo	5	2	1	2	1	1	1	1	2	0	0	3	3	
Jalisco	419	82	89	87	70	51	55	120	36	20	132	44	176	
México	9	1	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1	
Michoacán	314	116	135	136	109	86	76	229	33	9	225	46	271	
Morelos	21	4	4	6	4	3	3	9	1	0	9	1	10	
Nayarit	48	14	20	14	10	15	9	22	12	0	24	10	34	
Nuevo León	43	10	9	15	7	9	8	6	10	8	22	2	24	
Oaxaca	25	2	4	0	0	2	2	0	4	0	4	0	4	
Puebla	7	1	2	2	4	0	0	4	0	0	4	0	4	
Querétaro	55	20	30	15	23	8	14	38	7	0	33	12	45	
San Luis Potosí	57	20	24	18	22	13	7	31	11	0	34	8	42	
Sinaloa	208	55	76	83	39	54	66	115	40	4	122	37	159	
Sonora	30	5	8	11	5	8	6	16	3	0	19	0	19	
Tabasco	1	0											0	
Tamaulipas	32	5	10	8	9	4	5	14	4	0	18	0	18	
Tlaxcala	1	0											0	
Veracruz	18	2	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	2	
Yucatán	89	20	31	12	12	12	19	5	38	0	24	19	43	
Zacatecas	66	22	19	20	11	13	15	24	15	0	31	8	39	
32 Entidades.														
T O T A L E S	2,696	804	1,097	943	761	617	572	1,516	371	63	1,417	533	1,950	

LA INMUNIDAD CONFERIDA POR LA VACUNACION INTRADERMICA CONTRA LA VIRUELA

Dr. JOSE F. FRANCO.
México, D. F.

EN la Casa de Cuna se reciben continuamente niños débiles, ya sea por la desnutrición consecutiva a la miseria en que se encontraban, por la herencia o porque hayan nacido antes de tiempo.

Aun cuando no sean débiles al ingreso, algunos meses después son presas del hospitalismo, síndrome contra el cual tenemos que luchar activamente, hasta que el niño cumple dos años y medio o tres. Por otra parte, estamos obligados a la profilaxis en los pequeños asilados, de las enfermedades contagiosas que en caso de invasión producirían tristes hecatombes. Naturalmente se les vacuna contra la viruela, pero los estados de menor resistencia a que me refiero, me hicieron pensar en el procedimiento intradérmico, ya que su proceso no se acompaña de los trastornos bien conocidos, originados por el procedimiento vulgar de escarificación, y elimina la posibilidad de las autoinoculaciones en órganos tan delicados e importantes como los ojos o en otras partes del cuerpo, principalmente cuando existen enfermedades de la piel tan frecuentes en los niños.

La idea es de los médicos vieneses Knoefelmacher y Noble, quienes tuvieron éxito en vacunaciones subcutáneas con diluciones de la pulpalífa glicerínada al 1/1000; pero como con este título fuera frecuente que la inmunidad no se alcanzara, emplearon mayores concentraciones obteniendo resultados seguros al 1/200.

Me interesó el procedimiento; sin embargo, para implantarlo entre nosotros quise estar seguro de que el virus preparado por el Instituto de Higiene de México era también inocuo en inyección. Al efecto, inyecté conejos. Conejillos de un kilo de peso que se rechazan para la determinación de la virulencia, por no resistir la vacunación percutánea, soportaron perfectamente la inyección de 1.2 c. c. de virus vacunal glicerinado.

El jefe de la Sección de Vacuna del citado Instituto opina: que semejantes conejillos vacunados percutáneamente mueren, presentando a la autopsia lesiones de neumonía, atribuyendo esta enfermedad al enfriamiento consecutivo al baño indispensable a la depilación; pero es el caso que mis conejillos soportaron perfectamente la vacunación intradérmica, no obstante su exiguo peso, y de haber sufrido exactamente las mismas manipulaciones. Esto me hizo pensar que la muerte de los conejos vacunados por escarificación, puede deberse

VACUNACION INTRADERMICA CONTRA LA VIRUELA

a infección secundaria que irá a localizarse al pulmón, favorecida por el enfriamiento, y no al virus vacunal ni a sus gérmenes adventicios. Al efecto, otros conejillos recibieron un total de 5, 6, 8 y 10 c. c. de virus vacunal glicerinado muy virulento y con el mayor número posible de gérmenes adventicios. Tales cantidades del virus por enormes, no es de creerse que puedan ser absorbidas por vía percutánea, aun en el máximo de extensión posible, y los gérmenes adventicios contenidos en ellas, sin duda más numerosos que los que puedan ingresar al organismo animal por la citada vía percutánea, si lo suponemos en medio estéril, no produjeron trastornos.

No por esto pienso que debe descuidarse la esterilidad del virus que se emplee para la vacunación intradérmica. Muchos son los procedimientos propuestos, pero como son poco prácticos o no consiguen su objeto, traté de obtenerlo vacunando a los animales subcutáneamente, cosechando en el momento oportuno por la cara interna de la piel. Obtuve lotes con un minimum de microbios; es indudable que perfeccionando la técnica, deben obtenerse virus absolutamente estériles.

Respaldo por estas experiencias, vacuné en el Centro de Higiene Infantil y en la Casa de Cuna a más de 800 niños y aun a personas adultas en regular número.

El proceso evoluciona en dos etapas: reacción primaria que se manifiesta por pápula eritematosa alcanzando su acmé al 4º día, y reacción secundaria que lo alcanza al 11º, caracterizada por nódulo cubierto por una área de color escarlata, rojovinoso en el centro. La regresión se inicia al 12º día, acompañándose de escozor. A los 25-30 días sólo queda un pequeño nódulo cubierto por piel ligeramente violácea, pigmentada y descamando. A los 3-4 meses, todo ha desaparecido sin dejar huellas.

En 131 casos observados con todo detenimiento en la Casa de Cuna, no se presentó la menor alteración del estado general; la curva térmica y el apetito fueron normales, el peso ascendente y las evacuaciones sin alteración manifiesta. Sólo en muy contados casos, el niño tiene ligeras molestias.

El hecho de que no deje cicatriz, es otra de las ventajas muy de temarse en cuenta.

Como se ve, el procedimiento es inofensivo y estético; pero ¿CUAL ES LA PROTECCION QUE CONFIERE AL ORGANISMO?

INMUNIDAD OBTENIDA

Estudí las reacciones alérgicas en 79, de 92 niños de la Casa de Cuna, que habían sido vacunados por el procedimiento de que me ocupo, seis meses antes. Once días más tarde fueron revacunados por el percutáneo, para darme cuenta de si estaban inmunes. Ninguno presentó en esta prueba la evolución típica conocida de la primovacuna.

Mi primer caso de vacuna intradérmica data de noviembre de 1930, fué llevada a cabo con virus fresco del Instituto Vacunógeno de Viena, del utilizado por el propio Knoefelmacher. El segundo data de febrero de 1932, con virus del

Instituto de Higiene de Popotla. Hace algún tiempo quise comprobar, una vez más, el estado de inmunidad de estos dos niños y, al efecto, los vacuné con el procedimiento común de escarificación. En ambos casos obtengo elementos típicos de vacuna que recorren todas sus fases y dejan cicatrices como consecuencia. Es cierto que la evolución es un poco más rápida y las cicatrices no deformes, pero estos hechos me demuestran que la inmunidad casi había desaparecido.

Vuelvo a estudiar la inmunidad en 29 de los niños vacunados por el método a que me vengo refiriendo, en abril de 1932. Diez, presentan reacciones semejantes a las dos que cito; alérgicas, sin duda, puesto que han alcanzado su acmé a los 7 días; pero es verdaderamente imposible diferenciar las pústulas, de las obtenidas en una primovacuna. Si estos niños poseían aún alguna inmunidad, era, sin duda, insignificante, y desde el punto de vista práctico, los considero como expuestos a la infección variolosa.

Los restantes 19 casos presentan reacciones alérgicas aceleradas, y al 4º día muestran vesículas minúsculas sobre pápula de diámetro variable, demostrando poseer marcada inmunidad. Al 8º día todo el proceso ha terminado, dejando sólo una costra que, en algunos, principia a caer. En estos casos las reacciones son en todo semejantes a la presentada por 18 de 21 niños más, vacunados por escarificación más o menos en la misma época, es decir, de enero a marzo de 1932, y que ostentan cicatrices. Los otros tres casos presentan reacciones que demuestran la insignificante inmunidad restante; los asimilo a mi observación 105 de un niño de 3½ años que con una cicatriz gigante de vacunación fué revacunado por el procedimiento intradérmico en mayo, y en noviembre da una reacción alérgica que alcanza su máximo al 7º día. Los clasifico como organismos malos productores de anticuerpos inmunizantes. Por el contrario, mi estadística no me permite pensar lo mismo de los otros diez, cuando menos en su totalidad.

En resumen: en un tercio de los casos, la inmunidad se ha perdido a los dos años y medio en las vacunaciones por el procedimiento intradérmico.

Creo estar autorizado por esto, a sacar la siguiente conclusión: LA INMUNIDAD CONFERIDA POR LA VACUNACION INTRADERMICA CONTRA LA VIRUELA, ES INFERIOR A LA QUE SE OBTIENE POR EL CONOCIDO METODO DE ESCARIFICACION.

ABSTRACT IN ENGLISH

I have studied Lainer and Knoefelmarcher, Viena, method of intradermic vaccine against small pox.

Over 800 children were vaccinated by this method in the "Casa de Cuna" and in the Infantile Hygienic Centers in Mexico City.

The results have been described in the Bulletin of the "Instituto de Higiene" and in the Mexican "Review of Puericulture."

VACUNACION INTRADERMICA CONTRA LA VIRUELA

Lately I wanted to verify the immunity obtained by this process, in a child vaccinated 4, and in another 3 years ago.

The vaccine took in both cases by scarification with all the characteristics of a first vaccine.

From 131 children vaccinated with the intradermic procedure two years ago (1932) 29 were in conditions to effect this investigation. Ten presented reactions that reached their acme on the 7th day, but it is impossible to differentiate the pustules obtained now from the ones of the first vaccine; which show that the immunity is insignificant.

To compare I vaccinated 21 children with the scarification process; only three show little immunity.

These proportion authorize me to conclude that the conferred intradermic immunity is inferior to the one obtained by the scarification process.



MEDIDAS PROFILACTICAS DEL SARAMPION

Dr. CAYETANO ANDRADE.
México, D. F.

ES verdaderamente pavoroso el número de niños que año por año mueren en nuestro país, víctimas del sarampión.

La estadística, con su elocuencia incontrovertible, pone de manifiesto este hecho desconsolador: en los últimos años, incluyendo el de 1934, el promedio anual de defunciones por este terrible padecimiento, es de 17,000.

Toda persona observadora, ya sea médico o ajena a la Medicina, puede corroborar por su cuenta esos hechos que revela la estadística. Basta traer a la mente el cuadro de cualquiera de las epidemias de sarampión en nuestro medio y recordar cómo, iniciada la enfermedad en un rumbo de la población, se extiende rápidamente en todas direcciones, invadiendo la mayoría de los hogares y sembrando en muchos de ellos la desolación y la muerte. La interminable teoría de pequeños ataúdes blancos que en esos días de epidemia desfila por la pronunciada pendiente que se extiende desde Chapultepec hasta el Panteón de Dolores, rubrica trágicamente el saldo de una de las enfermedades que más estragos ocasionan en nuestra República.

El sarampión es la enfermedad número uno de la infancia en nuestro medio, a tal grado, que casi no hay ningún niño que no la padezca; por lo cual se estima que el sarampión es el encargado de dar el espaldarazo a todos los seres que son armados para las luchas de la vida. Todo niño que no ha sufrido el sarampión, se considera que no ha recibido el bautismo de enfermedad que todos debemos forzosamente padecer.

Pero, si bien es cierto que el sarampión está tan extendido en nuestro medio, no es menos cierto que la enfermedad en sí no es la que ocasiona la mayoría de las defunciones, sino que éstas son producidas principalmente por las complicaciones secundarias, especialmente por la bronconeumonía.

Para la diseminación del sarampión, y en particular para el desarrollo de sus complicaciones, influyen poderosamente varias ideas erróneas que están profundamente arraigadas en todas las clases sociales.

En primer lugar, todo mundo cree que el sarampión es una enfermedad ineludible y forzada de la infancia, de tal manera que son inútiles los esfuerzos que se hagan y las medidas que se tomen para evitar el contagio de esta enfermedad. Consecuentes con este falso concepto, la mayoría de las madres no intenta ningún medio para preservar a sus hijos de ese padecimiento, sino

MEDIDAS PROFILACTICAS DEL SARAMPION

antes bien, abrigando la convicción de que la enfermedad tendrá que presentarse tarde o temprano, más bien la procura, le sale al encuentro, para evitarse demoras inútiles y ahorrarse molestias y sinsabores. A esto obedece la práctica criminal de muchas madres que sólo la inconsciencia y la ignorancia pueden disculpar, consistente en que, cuando en su hogar enferma un niño de sarampión, juntan a todos los niños de la casa en la pieza del enfermito para que les dé el sarampión a todos de una vez. Ignoran estas madres que, obrando en esta forma, apuestan a uno de los albueros más peligrosos, puesto que la carta que juegan es nada menos que la vida de sus hijos.

Por otra parte, está muy extendida la creencia de que el sarampión es una enfermedad sumamente benigna, sin consecuencias de ninguna especie y que nunca llega a producir la muerte. De ahí se deriva la práctica muy generalizada de que los niños enfermos de sarampión pasan la enfermedad andando, como se dice vulgarmente, esto es, continúan en sus ocupaciones y juegos habituales, saliendo a la calle a cualquier hora del día o de la noche, y cualesquiera que sean las condiciones atmosféricas, y jugando en los patios de las vecindades con niños sanos o enfermos del mismo padecimiento, sin que sus padres les den la menor importancia a la enfermedad.

Esta práctica del todo inconveniente, expone al pequeño paciente a los cambios bruscos de temperatura, que son tan frecuentes, y en estas condiciones, tratándose de un padecimiento generalmente febril, que ataca de preferencia las vías respiratorias superiores, la enfermedad se complica extendiéndose a los bronquios más pequeños y al pulmón, produciéndose la bronconeumonía, que en la mayoría de los casos es mortal. Esta misma falta de cuidados para con el niño enfermo de sarampión, sobre todo el no recluirlo en su habitación desde el principio del padecimiento, influyen también muchas veces para la aparición de otras complicaciones, como la otitis, la mastoiditis, etc., que si bien son menos graves que la bronconeumonía, no por eso dejan de poner en peligro la vida del paciente.

Por todas estas circunstancias conviene reaccionar en una forma enérgica y decidida en contra de esas ideas reinantes en nuestro medio, llevando a cabo una campaña tenaz cerca de las madres de familia y de todas las personas que tengan que ver con los niños, para hacerles ver el peligro real e inminente que encierra el sarampión. Esta campaña debe tender a estereotipar en todas las mentes, los conceptos fundamentales siguientes:

El sarampión es una enfermedad evitable, siempre que se pongan en práctica las medidas profilácticas que aconseja la Higiene. Por tanto, es un gran error creer que el sarampión tiene que darle a todo niño de una manera forzosa e ineludible.

El sarampión, aunque en sus comienzos se presente con las apariencias más benignas, puede ser una enfermedad muy seria, máxime si se presenta en su desarrollo complicaciones secundarias. Por tanto, todo niño afectado de sarampión debe ser recluido en su habitación y guardar cama desde el principio de

la enfermedad y debe ser atendido por el médico, quien es el único capacitado para dirigir el tratamiento de la enfermedad y autorizar la salida del niño cuando ya haya sanado.

Es un error de los más graves el reunir en la misma pieza del enfermito a los demás niños de la casa, con el objeto de que les dé a todos el sarampión de una vez, para de esta manera economizarse tiempo y molestias. Esta es la práctica más funesta; pues se expone al niño a sufrir los riesgos de una enfermedad que muy bien pudiera evitarse si se siguiera una práctica contraria, esto es, alejarle cuanto más se pueda del foco de contagio, que es el niño sarampionoso. Por otra parte, el sarampión adquiere más malignidad cuando ataca sucesivamente a niños reunidos en una misma pieza o en una misma sala; pues parece que el germen de la enfermedad va adquiriendo más virulencia al pasar de un sujeto a otro.

Por fortuna, las experiencias que se han hecho en estos últimos tiempos en contra del sarampión, empleando el suero de convaleciente o el suero de un adulto que haya padecido el sarampión, hacen abrigar la esperanza de que muy pronto se contará con una arma eficaz en contra de esta enfermedad. En las pruebas que a este respecto ha hecho el doctor Federico Gómez, en la Casa de Cuna, se obtuvo el resultado de que entre diez niños a quienes se inyectó el suero de adulto, ocho permanecieron inmunes al sarampión y solamente dos enfermaron.

Entretanto la técnica perfecciona este procedimiento, y mientras los estudios y las experiencias permitan obtener una conclusión definitiva, es de recomendarse, para prevenir este padecimiento, las siguientes medidas profilácticas:

Todo niño afectado de sarampión, debe ser aislado rigurosamente y no debe permitirse que lo visiten otros niños.

En tiempos de epidemia, todo niño que tenga tos y catarro no debe concurrir a la escuela y debe ser recluso en su habitación.

En las escuelas, los profesores deben enviar a sus casas a los niños sospechosos de sarampión y no admitir el reingreso de los enfermos, sino hasta que el médico lo autorice.

Todo lo que esté en contacto con el niño enfermo de sarampión, especialmente los pañuelos, la ropa y los utensilios, debe ser rigurosamente desinfectado.

Siempre que haya medios de hacerlo, debe inyectarse el suero de convaleciente o de adulto que haya padecido el sarampión, método que no tiene inconvenientes y si encierra algunas ventajas.

PROFILAXIS DE LAS TIÑAS EN EL MEDIO ESCOLAR

Dr. FERNANDO LATAPI.
México, D. F.

EL diario contacto con los escolares tiñosos durante dos años consecutivos, y el conocimiento de los procedimientos que se emplean entre nosotros para combatir y prevenir las tiñas, me han inducido a presentar a la consideración de esta H. Sección del VII Congreso Panamericano del Niño, estos mal hilvanados apuntes sobre su profilaxis en el medio escolar mexicano.

I

LAS TIÑAS EN LA CIUDAD DE MEXICO

Las tiñas, estos padecimientos criptogámicos del cuero cabelludo que todos conocemos, florecen en la ciudad de México. La población escolar se encuentra ampliamente infestada por ellas; seguramente que el índice de morbilidad tiñosa ha disminuído considerablemente en comparación con épocas anteriores, según la impresión de personas que ejercieron la medicina escolar hace 25 ó 30 años. Sin embargo, no tenemos datos numéricos en qué basarnos. Como dato aislado, suministraré el siguiente: durante el año de 1934 acudieron al Dispensario de Piel a mi cargo en la Policlínica Escolar dependiente de la Secretaría de Educación Pública, 673 tiñosos. Que yo sepa, no existen estadísticas completas, ni anteriores, ni actuales, por lo que solamente a guisa de impresión personal puedo decir lo que decía en un principio: las tiñas son frecuentísimas en nuestra ciudad sin que por ello niegue que su frecuencia haya disminuído. Cualquiera que frecuente determinados medios: escuelas, policlínicas escolares, consultorios de la Beneficencia, etc., estará de acuerdo conmigo aceptando que las tiñas siguen siendo una de las enfermedades más frecuentes en el medio a que me vengo refiriendo, y constituyen un problema sanitario de necesaria resolución.

¿Cuáles son las variedades que existen entre nosotros?

No trato de abandonar el punto de vista práctico que quiero conservar en estos apuntes para internarme en los áridos senderos de la Dermatología, sino únicamente expresar de una manera muy general lo que nos puede interesar: las tiñas tricoftíca y microspórica constituyen la aplastante mayoría; el favus (variedad rural) es excepcional en nuestra ciudad y las tiñas piogéneas (querión) aunque no lo son tanto, nada son en comparación con las variedades secas.

¿Tenemos más tricofíticas que microspóricas, o viceversa? Es un punto que tampoco ha sido dilucidado por alguna labor estadística en un gran número de casos, pero ello no tiene importancia práctica, el tratamiento y la profilaxis son idénticos en ambos casos.

¿En quiénes se presentan estas tiñas?

Desde luego podemos decir: sabido es que precisamente en esta edad escolar de los 6 a los 14 años es cuando los parásitos encuentran las condiciones más favorables para su desarrollo y que las tiñas desaparecen espontáneamente, sin que se sepa a punto fijo por qué, al instalarse la pubertad; por otra parte, el contacto escolar favorece grandemente su propagación. Si raro es encontrar la tiña después de los 14 ó 15 años, no lo es tanto verla antes de los 5 ó 6, es decir, antes de que el niño ingrese a la escuela; los hermanitos de los escolares son contagiados por éstos y así he podido verlo hasta en niños de año y medio de edad.

¿Qué otro factor etiológico es digno de tenerse en cuenta?

El social, evidentemente; no es la tiña atributo de una sola clase social, pero sí ataca con predilección a los pobres y humildes, o mejor dicho a las clases desaseadas. El desaseo y la incuria influyen más que la falta de recursos e influyen determinando la persistencia de la endemia; sin embargo, de vez en cuando aparece la tiña en los niños de clases acomodadas que concurren generalmente a las escuelas particulares.

¿A qué se debe el decrecimiento tan lento de la endemia tiñosa entre nosotros?

Me parecen inculpables sobre todo, la ignorancia, el desaseo, la promiscuidad y tal vez las imperfecciones que todavía existen en los medios para combatirla.

II

EL PROBLEMA DE LA PROFILAXIS

Así pues, por el número de personas afectadas, por la naturaleza de los grupos sociales que la llevan como un índice de incultura, y por las dificultades que entraña su tratamiento, nos vemos obligados a reconocer que la tiña constituye un problema sanitario de importancia entre nosotros.

¿A quién corresponde su resolución? ¿A quién toca encargarse de la profilaxis de las tiñas?

Sin vacilación y por los mismos motivos acabados de invocar, contestamos: al Estado. En efecto, solamente él puede abarcar el problema en su conjunto, el cual consta, como veremos, de varias partes dependientes unas de las otras, de tal manera que si se descuida una de ellas, se trabaja inútilmente en las demás.

¿Qué institución del Estado es la más adecuada para ello?

Indudablemente que más que cualquiera otra dependencia lo es la Secretaría de Educación Pública por medio de su Departamento de Psicopedagogía e Higiene Escolar; en efecto, si la tiña es una enfermedad escolar, la única ins-

titución que puede controlar a la mayoría de los enfermos, es la que puede controlar también a los escolares; la única que puede con facilidad hacerlos examinar periódicamente, obligarlos a acudir a los centros de tratamiento, escluirlos de la escuela, aplicarles las diversas sanciones a que se hagan acreedores por la apatía o descuido de sus padres para tratarlos. No por esto es despreciable la labor educativa que pueda hacer el Departamento de Salubridad, o la ayuda terapéutica que puedan dar los Consultorios de la Beneficencia Pública; pero la dirección y la responsabilidad de esta campaña sólo puede llevarla la ya citada Secretaría de Educación Pública.

III

LAS DISTINTAS FASES DEL PROBLEMA PROFILACTICO

La profilaxis de las tiñas es algo muy especial y asaz distinto de la profilaxis de otros padecimientos transmisibles. Toda profilaxis tiene que basarse en el modo de ser de la enfermedad que se trata de evitar; en el caso de las tiñas las peculiaridades que le imprimen modalidades especiales a esta prevención, son las siguientes: Presencia de la parasitosis en determinados grupos sociales, escolares de Primaria, especialmente los de las clases desaseadas de las que la ignorancia y la apatía son sus atributos; incurabilidad espontánea del padecimiento y dificultades de su tratamiento; modo de transmisión por los fragmentos de cabello enfermo que pasan a colonizar en cabezas sanas; no existencia de inmunidad natural en caso alguno, cuando menos que se conozca, así como también la falta de inmunidad adquirida.

Teniendo en cuenta los datos anteriores, resulta comprensible por qué debe dividirse la profilaxis de las tiñas como a continuación expreso:

- 1º Descubrimiento o "depistage" de los casos.
- 2º Tratamiento de ellos.
- 3º Aislamiento de los mismos.
- 4º Educación de los grupos afectados, y, uno de sus corolarios, la profilaxis individual.

Esta última, la profilaxis individual, de ninguna utilidad sería si la practicáramos aisladamente; es fácil de comprender que mientras no se trate de ir agotando las fuentes contaminadoras el problema seguiría en pie; por lo tanto el "depistage," válgase el galicismo, el tratamiento de los casos descubiertos y la educación, son partes integrantes inseparables de la profilaxis.

1º Descubrimiento de los casos de tiña.

Al hablar de "depistage" nos referimos debido al concepto de enfermedad social que hemos enunciado de las tiñas, a su "depistage" en la escuela, que por cierto es el único lugar en donde, como ya hemos dicho, pueden ser buscadas sistemáticamente y con la esperanza de poder obtener buenos resultados para su profilaxis en general.

Antes que nada hay que expresar aquí la ingente necesidad de tener una idea más o menos aproximada del número de casos de tiña que hay en nuestras escuelas, de aquí la necesidad de hacer un censo de las tiñas que nos dará

una cifra sobre la cual podemos basarnos para emprender una cruzada más enérgica y eficiente contra el mal; si no conocemos esta cifra correremos el riesgo de trabajar a ciegas y de exponernos a gastar inútilmente tiempo y dinero.

Para investigar los casos de tiña no es necesario ser dermatólogo ni tener que adquirir conocimientos muy completos y detallados sobre estos padecimientos, basta con algunas nociones generales pero de aplicación eminentemente práctica. Seguramente que son los médicos escolares los más indicados para hacer este "depistage," secundados como deben serlo por la enfermera escolar, profesionistas ambos que pueden y deben estar bien preparados para esta labor; pero no es despreciable la ayuda que pueden dar los maestros, los padres de familia y aun los mismos escolares, si les damos una pequeña preparación con las nociones más indispensables.

Hay que recordar aquí la prioridad que debe tener en las labores de higiene escolar el examen profiláctico de enfermedades transmisibles como la que estamos considerando, para que desde el principio del año se organice su tratamiento y profilaxis, lo mismo que insistir en que no basta hacerlo una sola vez sino repetirlo siempre que se pueda cuando menos por la enfermera escolar, y cuando ésta y el médico escolar tengan que pasar a otras labores que requieran su atención, que así lo hagan, pero dejando un mínimo de preparación a maestros, padres de familia y escolares, para que éstos sigan indefinidamente capaces no de diagnosticar toda dermatosis pero sí de sospechar la presencia de algún caso de tiña para que sea remitido a los centros de tratamiento.

¿Cuáles son estas nociones mínimas indispensables para el personal encargado de este "depistage"?

Cuando se examina la cabeza de un escolar como se debe hacerlo, es decir, tomando el cabello entre el pulgar y los otros dedos, y haciéndolo pasar entre ellos en toda la extensión del cuero cabelludo, de manera que no escape punto alguno.

Son dos los datos que pueden llamar la atención sobre la existencia probable de una tiña: 1º Presencia de escamas; 2º Disminución aparente del número de cabellos en algún lugar. En efecto, la descamación y la aparente alopecia, son los grandes caracteres clínicos de toda tiña tonsurante; la primera puede considerarse constante; la segunda no es sino aparente; no se desprenden los cabellos de sus folículos en las tiñas, se rompen únicamente, cerca de su emergencia debido a su fragilidad, y este es el verdadero carácter patognomónico del padecimiento; la lesión elemental de la tiña es el cabello roto.

Estos cabellos rotos que pueden verse a simple vista con un poco de atención, se aprecian mucho mejor con un cuenta hilos que nos permite ver mejor sus caracteres, algo distintos según la variedad de tiña de que se trate, tricoftica, microspórica o sus subvariedades. Desde un punto de vista práctico no tiene utilidad alguna hacer el diagnóstico de la variedad de tiña, puesto que el tratamiento y la profilaxis son los mismos en todos los casos.

Lo que sí interesa conocer, son los distintos aspectos que tienen los cabellos tiñosos. De una manera rápida recordemos que generalmente la tiña microspórica está constituida por placas grandes, cubiertas de cabellos rotos como de

tres milímetros, grisáceos, rectos, inclinados todos en el mismo sentido y envueltos en su mitad adherente por un manguito blanco constituido por las esporas. La tiña tricoftica se manifiesta por el contrario en forma de placas más pequeñas pero más numerosas; en la variedad de cultivo crateriforme, los cabellos enfermos, blanquizcos, de unos 4 ó 5 milímetros, son comparables a pedazos de letrás o a patas de araña, mientras que en la variedad de cultivo acuminado, los cabellos tiñosos sólo aparecen como puntitos negros comparados a granos de pólvora y constituidos sólo por las raíces enroscadas y casi cubiertas por las escamas.

Como decía anteriormente, el personal encargado del "depistage," ni siquiera necesita conocer los nombres de las variedades sino saber identificar los tres o cuatro aspectos que en la práctica diaria toman los cabellos tiñosos. El laboratorio en estos casos prácticamente para nada sirve. Sería inútil y dispendioso pretender utilizarlo, no porque el diagnóstico parasitológico sea difícil sino por el hecho fácilmente comprensible de que para que un examen resulte positivo, es necesario que se practique sobre cabellos enfermos, que para ser tomados tienen que ser conocidos; si se les conoce bien, el microscopio sale sobrando; si no se les conoce se toma un cabello cualquiera y el examen resulta negativo.

No vamos a pedir a este personal "despistante" diagnósticos siempre correctos, puesto que no está especializado en dermatología, principalmente tratándose de los maestros o padres de familia, que en muchas ocasiones enviarán a los centros de tratamiento casos de tiña que no lo sean, pero que el personal especializado rectificará; lo que se trata de lograr es que conozcan "grassa modo" las tiñas para que envíen el mayor número posible de casos y vigilen la profilaxis individual o de grupo.

Al mismo tiempo que el "depistage" de las tiñas hay que hacer el de las lesiones micóticas de otras partes del cuerpo, que puedan dar origen a una tiña: tricoficias cutáneas, onicomicosis.

2º Tratamiento de los casos descubiertos.

Esta es la segunda etapa necesaria en la profilaxis de las tiñas. Si nada más encontráramos los casos y no nos preocupáramos por tratarlos, nada lograríamos. Un capítulo indispensable en cualquier caso de profilaxis de una enfermedad transmisible está constituido por el tratamiento rápido del mayor número posible de casos para ir agotando las fuentes de contaminación.

El tratamiento de las tiñas siempre ha sido difícil, y sigue siéndolo aunque no tanto; la razón es bien conocida: el parásito invade el cabello hasta en su porción intrafolicular, y ningún antiséptico aplicado en la superficie cutánea puede alcanzarlo; por eso la condición "sine qua non" del tratamiento siempre ha sido y sigue siendo la depilación que antes sólo podía hacerse por medio de la pinza, cabello por cabello, y que hoy podemos realizar en masa y de manera transitoria por los Rayos X y por el acetato de talio.

¿Qué método es el apropiado en nuestro medio?

La terapéutica por los Rayos X requiere instalaciones costosas con las que no contamos actualmente en los centros de tratamiento; es deseable que las lleguemos a tener. Soy de opinión de emplear el talio para la mayoría de los

casos, eficaz e inofensivo si se usa la técnica mexicana bien detallada por los eminentes dermatólogos Cicero, González Urueña y González Herrejón, y reservar la depilación con pinza a aquellos casos de placas muy pequeñas o escasas o a aquellos otros en los que existe una contraindicación formal para el uso del talio (nefropatía, gran desnutrición, en general cualquier meiotropía); este tratamiento, molesto y desesperante por su longitud de meses y aun años, sólo debe emplearse como un "pis aller."

No es el lugar de detallar la técnica del tratamiento por el talio; sólo recordaré que no deberá emplearse sino después de un examen clínico completo y un análisis de orina, descontando a los niños cardíacos, renales, hepáticos, convalecientes, o francamente desnutridos. Insistiré además en la necesidad de que este tratamiento sea aplicado bajo el control del médico especialista en persona, para que resulte eficaz e inofensivo. La dosis de talio que se emplea entre nosotros es de 7 miligramos por kilo de peso. La depilación se practica a los 14 días y comúnmente se completa por la adhesión de telas adhesivas que arrancan la mayor cantidad posible de cabellos. Durante una o dos semanas, deben quitarse diaria y cuidadosamente los cabellos enfermos que puedan haber quedado en las placas; ulteriormente esta maniobra no se hace sino cada tercer día, después dos veces por semana, cada ocho días, hasta dejar la cabeza aparentemente curada, lo que por término medio se logra en mes y medio o dos meses. Entonces entran los niños en observación, siendo revisados cada 8 ó 15 días para hacer la depilación de cualquier punto sospechoso que aparezca; por supuesto que durante todo este tiempo se hacen las aplicaciones medicamentosas que se estimen convenientes; generalmente a los tres meses pueden darse de alta los enfermos completamente curados. Los malestares que trae consigo la administración de talio son ligeros, transitorios y no constituyen un motivo para prescindir de un procedimiento tan precioso en el tratamiento de las tiñas.

Este método anunciado a la ligera, es el que he empleado con todo éxito durante dos años en el Dispensario de Piel, que se encuentra a mi cargo en la Policlínica Escolar, el cual nunca podrá obtenerse si no se cuenta con un personal de enfermeras preparado y laborioso como el que me ha tocado en suerte tener.

Basado en la experiencia enorme de los dermatólogos antes citados, y en la mía, pequeña, personal, puedo volver a decir: el tratamiento por el talio es eficaz e inofensivo y es el ideal en nuestro medio, y por su rapidez el más adecuado coadyuvante para la profilaxis.

¿Bajo qué sistema debe realizarse este tratamiento?

Desde luego que no es posible dejar o pretender que se haga en forma individual, en lo particular (me refiero a las clases menesterosas, no a las acomodadas), debido tanto a la naturaleza de la enfermedad como a los requisitos que tiene que llenar el tratamiento de elección que es el del talio, acabado de describir. De manera que debe aplicarse en forma colectiva, en centros de tratamiento dependientes de la Secretaría de Educación Pública, por los motivos expresados al principio. Dos son los sistemas que se han empleado o se emplean en la ciudad de México: el Dispensario para tiñosos y la Escuela para tiñosos. En el primer caso los escolares tiñosos siguen asistiendo a sus respectivas es-

cuelas y acuden a recibir el tratamiento a los Dispensarios de las Policlínicas. En el segundo caso, se hace un esfuerzo por agrupar a la mayor parte de los escolares tiñosos de la ciudad en escuelas especiales adonde solamente acuden enfermos y reciben el tratamiento. Actualmente sólo se emplea entre nosotros el primer sistema, es decir, el del dispensario. Hace algunos años funcionaron escuelas para tiñosos, que yo no llegué a conocer y de las que sólo he tenido referencias. Así, pues, mi experiencia es unilateral, pero voy a expresar someramente mi opinión sobre las ventajas e inconvenientes de los dos sistemas.

Las escuelas para tiñosos tienen a mi juicio las ventajas siguientes:

a). Se realiza un aislamiento más efectivo de los tiñosos.
b). Se ejerce un control más estricto sobre ellos y se pueden aplicar los tratamientos con mayores probabilidades de éxito.

c). Se puede más fácilmente vigilarlos hasta su completa curación, puesto que para abandonar el tratamiento tendrían también que abandonar la escuela.

Inconvenientes:

a). Los tratamientos duran tres meses aproximadamente y después de ese tiempo o tienen que seguir en la misma escuela ocupando sitio, o tienen dificultades de orden pedagógico para pasar a otra.

b). No se resuelve el problema del tratamiento de los hermanitos más pequeños no escolares, a menos que se les llevara también a la misma escuela.

c). Si el personal pedagógico de la escuela no se da cuenta de la verdadera naturaleza de la institución que tiene por objeto antes que instruir a los niños, curarlos, pueden surgir fricciones con el personal médico.

d). Al realizar el objetivo terapéutico de la escuela para tiñosos, forzosamente sufre algo el objetivo pedagógico.

e). Las dificultades económicas para el transporte de los escolares, si no se instala un servicio de camiones.

El dispensario para tiñosos tiene a mi modo de ver las ventajas siguientes:

a). No constituye obstáculo alguno para la labor pedagógica. En la ciudad de México existen dos turnos en las escuelas, el matutino y el vespertino, y así los tiñosos del turno matutino pueden ir al dispensario vespertino y viceversa.

b). A los tres meses, cuando se les da de alta, no siguen constituyendo los tiñosos curados una sobrecarga molesta; si no hay servicio de camiones el problema económico del transporte es menor durante tres meses que durante un año.

c). Pueden ser tratados al mismo tiempo los hermanitos tiñosos no escolares.

d). El personal médico tiene completa libertad de acción.

Inconvenientes que no dejan de ser importantes:

a). Se deja a los tiñosos diseminados por las escuelas.

b). Es difícil ejercer un control sobre ellos para que sigan el tratamiento.

Esta es en la actualidad la desventaja más seria, porque los médicos escolares dan los pases, que solamente son aprovechados en un tanto por ciento muy reducido, por pobreza, por ignorancia, por apatía.

c). Por las mismas causas se pierden muchos casos de tratamiento.

A pesar de todos estos inconvenientes, opino que los dispensarios en la actualidad dan un servicio bastante eficiente. Sin embargo, creo que la escuela y el dispensario se complementan y deben existir simultáneamente. Hay que mejorar el Dispensario y reinstalar las escuelas para niños, teniendo presente que el principal requisito para que éstas tengan éxito, es que se entregue toda la autoridad al médico jefe, para que nunca se obstaculice la labor terapéutica. El requisito indispensable para que el Dispensario dé todo el fruto apetecido, es el asegurar un estricto control de los escolares niños, de manera que no puedan abandonar el tratamiento sin recibir automáticamente la sanción correspondiente: amonestación, y si hay reincidencia, exclusión de la escuela. Para esto sería ideal un pequeño grupo de enfermeras visitadoras dependientes del Dispensario y una colaboración eficaz del Departamento de Primarias.

Tanto para una como para otra institución, considero condición "sine qua non" la instalación del servicio de camiones que venciera el obstáculo económico que tal vez es el mayor de todos.

Considero que la labor de la Secretaría de Educación realizada durante años es la única causa de la disminución de la tina entre nosotros, y si expongo sinceramente mis impresiones personales sobre las imperfecciones actuales, no es sino con el objeto de dar una modesta contribución para el mejoramiento que siempre debe estar en marcha.

3º El aislamiento.

Los casos de todo padecimiento transmisible, además de tener que ser tratados, tienen que ser aislados. El aislamiento imprescindible en toda profilaxis, tiene que adaptarse en cada ocasión a la naturaleza del mal.

En el caso de las tiñas, ¿cómo vamos a practicarlo?

Ya hemos dicho que una de las principales ventajas de la escuela para niños es la de realizar este aislamiento, es decir, separar a los enfermos de los sanos susceptibles de contagio.

Mientras no haya estas escuelas, ¿qué hacer?

La exclusión de la escuela de los escolares niños sería inhumana, puesto que destruiríamos sus estudios y además desplazaríamos el problema sin resolverlo. Estos se irían a sus casas pero permanecerían indefinidamente enfermos y contagiando a sus hermanos y amiguitos.

Nos contentaremos pues con la exclusión del cuero cabelludo, es decir, con obligación de traer la cabeza constantemente cubierta de día y de noche, con un gorro bien adaptado, hecho de preferencia con una media usada (vulgo, montera). Este gorro, si nunca se quita, nos da una suficiente garantía y nos permite mantener al muchacho en la escuela mientras se le está tratando. En el caso de que haya indisciplina por parte del niño en este sentido o de que no se le conduzca al Dispensario, no hay que dudar en aplicarle la sanción de la exclusión como medida profiláctica indispensable.

4º La educación.

No hay profilaxis completa si se desatiende el capítulo: educación de los individuos y grupos afectados o susceptibles de afectarse. La labor del Estado quedaría trunca si no contara con la colaboración individual y social y la base

de toda colaboración es el conocimiento del porqué y cómo se debe colaborar. Así, pues, hay que desarrollar un programa educativo mínimo en relación con las tiñas, en forma intensa.

Materialmente imposible me sería detallarlo aquí; solamente me limitaré a insistir en que debe tomarse en cuenta a los individuos afectados y afectables (escolares), a los que los rodean y tienen la responsabilidad de ellos (padres de familia), y al personal encargado del "depistage" médicos, enfermeras y profesores. Así por ejemplo, en relación con los últimos hay que vigilar constantemente que posean las nociones necesarias e impartírselas si es necesario, principalmente cuando se trata de médicos y enfermeras de reciente ingreso. Estos, a su vez, son los indicados para instruir a los profesores, para solicitar su ayuda, para indicar a los padres de familia cómo deben ayudar al tratamiento y a la prevención, así como para combatir sus prejuicios, verbigracia, que la tiña se debe a la anemia, y por último para inculcar en los escolares la necesidad del aseo y las nociones de profilaxis individual, basadas en una explicación somera de la enfermedad cuando se presente la oportunidad. Esta obra educativa desarrollada con intensidad y constancia, es obra eminentemente profiláctica para el presente y sobre todo para el futuro.

IV

LAS TIÑAS Y LA BENEFICENCIA PUBLICA DEL D. F.

Si a la Secretaría de Educación Pública corresponde la máxima labor en la solución de este asunto, no por eso puede descartarse a la Beneficencia Pública. En sus múltiples establecimientos encontramos el mal: hospitales, consultorios públicos, Casa de Cuna, Casa del Niño (antes Hospicio), Casas Amigas de la Obrera y sus demás centros educativos; de suerte que forzosamente tiene que hacer algo en este sentido, pues no bastaría con la labor de Higiene Escolar para disminuir la tiña en los establecimientos de beneficencia.

Ya en la Casa de Cuna existe un pabellón destinado a enfermos de la piel adonde fácilmente se combate el mal.

A los consultorios públicos acuden niños tiñosos, escolares y no escolares, en número no despreciable; la organización actual de los departamentos para enfermedades de la piel de estos mismos consultorios, no permite hacer un tratamiento eficiente de las tiñas; se necesitaría un personal enfermeril suficiente y además adiestrado. Soy de opinión que podría instalarse un Dispensario Central para Tiñosos dependientes de la Beneficencia Pública, adonde podrían concentrarse los enfermitos de las distintas escuelas sostenidas por ella, así como los tiñosos pequeños, no escolares, que acuden actualmente a los cinco consultorios; en cuanto a los escolares, lo indicado es remitirlos a los centros de tratamiento dependientes de la Secretaría de Educación Pública.

Por lo demás, las distintas fases de la profilaxis en nada se apartarían de las ya enunciadas en general: depistage, tratamiento, aislamiento y educación.

CONCLUSIONES

I.—Las tiñas siguen siendo un problema sanitario de importancia en la ciudad de México; son una enfermedad de los escolares, principalmente de los de las clases sociales bajas.

II.—La resolución del problema corresponde al Estado por medio, en primer lugar, de la Secretaría de Educación Pública, la cual puede ejercer un control sobre los escolares enfermos abarcando el problema en su conjunto, y en segundo de la Beneficencia Pública del Distrito Federal y del Departamento de Salubridad Pública.

III.—La profilaxis de las tiñas, que debido a las características del mal tiene que ser algo especial, se divide en cuatro partes: "depistage," tratamiento, aislamiento y educación.

Es indispensable un censo de las tiñas.

a). El depistage se hace por los médicos y enfermeras escolares, pero por medio de la educación puede obtenerse la colaboración de profesores, padres de familia y alumnos. Se requiere solamente para hacerlo unas cuantas nociones prácticas basadas en los caracteres clínicos de las tiñas.

b). El tratamiento es parte integrante de la profilaxis.

El método ideal entre nosotros es el del acetato de talio, eficaz e inofensivo si se emplea con la técnica mexicana y bajo el absoluto control del médico especialista.

El tratamiento debe emplearse en forma colectiva, en centros de tratamiento dependientes de la Secretaría de Educación. Tanto la Escuela para Niños como el Dispensario, que es el único que existe actualmente, pueden prestar buenos servicios, por más que tienen igualmente inconvenientes; opino que se complementan.

c). El aislamiento puede ser realizado de manera más completa por medio de la Escuela para Niños. Mientras ésta no exista, considero la exclusión inhumana e inadecuada.

El gorro aplicado de manera constante es el medio ideal de aislamiento.

d). La educación de los grupos afectados es indispensable para obtener su colaboración. Los médicos y enfermeras escolares, los maestros, los padres de familia y los mismos escolares, deben recibir la educación apropiada relativa a las tiñas.

IV.—Si la frecuencia de las tiñas ha disminuído sensiblemente, es debido a la labor constante de años realizada por la Sección de Higiene Escolar de la ya varias veces mencionada Secretaría.

V.—En casi todos los establecimientos y escuelas de la Beneficencia Pública se presentan casos de tiña, y esta institución tiene que resolver por su propia cuenta su problema.

Sugiero la creación de un Dispensario Central que podría instalarse en alguno de los consultorios ya existentes, para que se encargue de todos los casos de los establecimientos citados, y que no pueden ser atendidos por la Secretaría de Educación Pública.

CONCLUSIONS

I.—Ringworm of the scalp is still an important sanitary problem in Mexico City; it is a disease of scholars, mainly of those of lower social classes.

II.—Resolution of the problem belongs to the State by means of Secretary of Education which can have control of sick scholars and embrace the whole problem and secondly of Federal District Public Welfare Board and of the Department of Public Health.

III.—Peculiar characteristics of this disease make ringworm prophylaxis a special problem. It can be divided in four parts: Discovery of cases, treatment, isolation and education.

A census of ringworm is needed.

a). Discovery of cases is made by school physicians and school nurses, but teachers and scholars collaboration may be obtained by means of education. A few practical notions on ringworm clinical characteristics are only needed.

b). Treatment is an essential part of prophylaxis.

The ideal method in our midst is that of thallium acetate treatment, effective and harmless if the Mexican technic and constant watchfulness of specialist are employed.

Treatment must be instituted in collective form in centers of treatment dependent from the Secretary of Education.

The School for Ringworm infested scholars, added to the Dispensary we have now, can give good service, though separately both have disadvantages, but one is complementary to the other.

c). Isolation can be done in the best way by means of the School for ringworm infested scholars.

Lacking this, exclusion must be considered as cruel and inadequate.

A day and night cap is the best way to realize isolation.

d). Education of the involved groups is indispensable to obtain their collaboration.

School physicians and school nurses as well as teachers, relatives and scholars must be instructed on this matter.

IV.—Constant work of many years done by the School Hygiene Department is the principal cause of ringworm decrease in Mexico City.

V.—The Public Welfare Board has ringworm in almost every one of its schools and establishments and must resolve its problem in its own way.

Treatment of ringworm cases in these schools cannot be undertaken by Secretary of Education as well as pre-school children who attend the Public Welfare Dispensaries.

For that reason I suggest the creation of a Central Dispensary for ringworm treatment by the Public Welfare Board.

THE PREVENTION OF BACILLARY DYSENTERY

Dr. GEO. M. LYON, M. D.
Huntington, W. Va., U. S. A.

DEFINITION

BACILLARY dysentery is an important, preventable form of "muco hemorrhagic colitis." It is a diarrheal disease characterized clinically by stools containing blood, pus, and mucus and brought about by the invasion of the gastro-intestinal tract by the dysentery bacillus. It is commonly referred to as infectious diarrhea, bloody diarrhea, ileocolitis or "bloody flux." This conception of the disease conforms with that given by Holt and Howland in 1926 (1) and by the Committee on Communicable Disease Control of the Third White House Conference in 1931. (2)

INCIDENCE

No reliable data exists as to the exact prevalence of bacillary dysentery in this or other countries. The high incidence in the southern part of the United States, especially in the rural sections, is well known to public health workers. It is not so generally appreciated by the physicians who have not lived in these sections. The incidence of bacillary dysentery is not as high in the sparsely settled rural districts, whether mountainous or not, as it is in those mountainous sections where people live in small closely congested centers of population such as are to be found in the mountainous coal mining sections of West Virginia where the incidence is very nearly the highest to be found in the United States. It may be surpassed in some parts of New Mexico, Arizona and Texas.

Infant mortality statistics for 1 city and 12 counties in the state of West Virginia are presented (figs. 1-12). They are expressive of the importance of bacillary dysentery in West Virginia, particularly in the age group 1 month to 2 years. These are from a report of the West Virginia White House Conference on Child Health and Protection of 1933. (3)

From 1926 to 1931 West Virginia maintained a diarrheal death rate higher than that of any other state in the Union with the exception of Arizona and New Mexico. Diarrhea was responsible for 90.34 per cent of deaths occurring among children under 2 years (4). During this same period one coal min-

THE PREVENTION OF BACILLARY DYSENTERY

ing county maintained an average annual death rate from diarrhea among children under 2 of 127.9 per 100,000 population and another coal mining county, a rate of 103.3 per 100,000 population. There is also evidence to believe that the period from 1927 to 1932 was better in this respect than the five years period immediately preceding it (figs. 8, 10, 12).

In 1930 the death rate from diarrhea among children under 2 in West Virginia was 70.7 per 100,000 population. This was the highest rate reported, with the exception of that of New Mexico and Arizona, and it was nearly twice that of Maryland, the next highest rate reported. This rate is remarkable when compared with the rate of 4.6 per Oregon and that of 5.4 Washington in the same year, and with the rate of 2.5 for Oregon in 1929. Statistics from the United States Bureau of Census for the year 1933 indicate a similarly grave problem of excessive diarrheal death rates in some urban districts in Texas.

Bacillary dysentery is the major cause of deaths from diarrhea in West Virginia so the high diarrheal death rate reported is an accurate index of its incidence (figs. 3, 6). As such it is an important environmental hazard for the infant and child living in this region.

With the foregoing considerations as a background, in a community in which dysentery presented one of the most important medical problems, an attempt was made to study the incidence and the factors which influence the incidence of dysentery as observed (1) in three hundred normal children living in an urban community who had been under private medical supervision from birth, (2) in one hundred children in the same community who had been under supervision in a baby welfare clinic and (3) in one hundred children living in rural or semiurban centers within a radius of 100 miles of the urban area who had been studied and supervised in a general way in private practice. The data from this study has been published (5). Its bearing on our present discussion is of such importance that it is given below in a somewhat condensed form.

GROUP ONE

In the health careers of three hundred normal white children, the incidence of bacillary dysentery was found to be high. All of the children in this group were private patients who had been under my pediatric supervision from birth and had not come under observation primarily because of ill health. They were residents of an urban community in a region in which dysentery is endemic. Of these, 37 per cent had dysentery in the first five years of life. The incidence occurred in spite of such preventive measures as the boiling of water and milk, reasonable care in the selection, preparation and protection of food and attempts of individual families to control flies, etc.

The observations include the period from 1921 through 1927, a period presenting a higher incidence than the period 1926-1932. Frequent bacteriologic and serologic studies were made, the Flexner bacillus being found in

approximately 80 per cent of the cases studied. In the remaining 20 per cent, there may have been other strains, unidentified and a typical, such as those of Sonne, Duval, etc. Shiga type dysentery bacilli and typhoid and paratyphoid bacilli were not found at any time in any of the cases of bacillary dysentery in this study. It was generally possible to demonstrate specific agglutinins in the blood of these patients when their serum was mixed with a suspension of dysentery bacilli. Typhoid and paratyphoid bacilli are not a frequent cause of diarrhea in children in this section as borne out by frequent stool cultures and even more frequent serologic studies.

The Flexner bacillus was frequently recovered in cases in which the symptoms were so mild that the patient did not suffer from fever, malaise, anorexia, etc. In these cases the only findings of importance were blood, pus and mucus in the stools, and these were often present for not more than from one to three days. The patients gave characteristic serologic reactions in due time. The importance of the recognition of such mild cases, with their supply of virulent bacilli, can hardly be over emphasized for they constitute an important, generally disregarded source and opportunity for the spread of the disease.

That the mortality rate for dysentery is low in this region may be inferred from the fact that during the period of 1921 to 1935 none of the children whom I had had under private pediatric supervision from birth died from bacillary dysentery. The generally high death rate which is reported for dysentery in this community is additional evidence of its exceedingly high morbidity rate here. For children under 5 year of age, including all socio-economic groups, the mortality rate from bacillary dysentery in this community has been low, ranging from 1 to 2 per cent. For infants under 2 years, the rate is from 1 to 4 per cent.

If it be assumed that the population consist of five socio-economic groups (group I highest; group V, lowest) the majority of the three hundred children observed in private practice would be from families in groups I, II, or III. The parents, as a rule, were intelligent and cooperative, and the homes were such as would be considered physically adequate for the proper care of children. Screens were generally used in the doors and windows, garbage was properly protected, and other attempts to control flies were made, and sewage disposal within their own homes was adequately sanitary. In this group, in spite of these precautions, it was observed that in certain sections of the city dysentery occurred more frequently than in others. The distribution and incidence of dysentery among these children is indicated in table 1 and also by circles in the spot map shown in figure 13.

GROUP TWO

By way of comparison, a second group consisting of eighty-one white and nineteen colored children from the Huntington Baby Welfare Clinic was studied. From shortly after birth they had had medical supervision in the

THE PREVENTION OF BACILLARY DYSENTERY

welfare clinic and at the hands of the clinic nurse in the home. They were residents of the same community as those of the former group, were of the same age, were under observation during the same period by the same observer and represent a strictly comparable group. They were all from the low socio-economic groups IV and V. Dysentery occurred in 72 per cent of these children, and of these, 55 or 76 per cent were white and 17 or 24 per cent, were colored. The incidence among the colored children was higher than that among the white children. Of the white children 68 per cent had dysentery while of the colored children, 89 per cent had dysentery. (Since only 7 per cent of the total population of the city of Huntington and of the state of West Virginia is colored the racial factor does not contribute greatly to the total high infant death rate.)

The homes of this group were generally physically inadequate for the suitable care of children. Food was not, as a rule, of the best, in either quality, selection or preparation. Overcrowding was often extreme. In the very warm months living conditions in some homes were nearly unbearable. There were many small, poorly ventilated houses which were oppressively hot both day and night in summer. Metal roofing, gas lights and the lack of windows added to the oppressiveness of hot humid weather. Garbage was generally poorly cared for and often openly exposed in close proximity to the living quarters. Flies were invariably present in excessive numbers, and screens and others means for controlling flies were generally lacking or defective. When infection occurred among children in these families, the stools and diapers were rarely cared for properly. Appropriate cooperation with the medical and nursing advisors was not the rule. Ignorance and indifference contributed greatly to the spread of the disease. It was likewise the lot of these children to be thrown into relatively close proximity to improper devices for the disposal of sewage such as open privies, open sewers, sewage-laden creeks, garbage, etc. They were likewise exposed to more crowded conditions within the home and community. They were thrown into close proximity with a greater number of patients with dysentery. Stables, hog pens and manure heaps were of negligible importance because of their rarity even among this group. The distribution and incidence of dysentery among these children are indicated in table 2 and also by triangles in the spot map shown in figure 13.

GROUP THREE

A third group consisted of one hundred white children, private patients who, while living within a 100 mile radius of the city, did not live in the city proper. They were observed at an age and at a time strictly comparable with those from the two former groups. These children, like those of the first group were taken from socio-economic groups, I, II, and III and were normal children who did not come under observation primarily because of ill health. As this group represents a mixture of rural and urban population, the high incidence of dysentery observed, 52 per cent in the first five years,

in as index of the frequency with which dysentery occurs in this region. The engineers, school teachers and other professional people. They were given majority of those in this group were the children of physicians, lawyers; relatively favorable individual care and protection but their communities offered no protection to them from insanitary practices of sewage disposal (Logan, McDowell and Cabell Counties, figs. 4 and 11).

OBSERVATIONS

Significant influences commonly present in groups 1 and 3 were (1) proximity to improper disposal of sewage, (2) proximity to patients with dysentery and (3) the influence of heavy infestation by flies. In both groups the children were unusually favored as to socio-economic grouping, had intelligent, cooperative parents and were in some measure protected by the individually applicable preventive measures usually advocated in private practice. In spite of this, the incidence of dysentery was high, and higher in those districts where disposal of sewage was least sanitary and where flies and patients with dysentery were most numerous.

In addition to the factors which seemed of significance in group 1 and 3, in group 2 were observed also the detrimental effects of (1) poor socio-economic status (with accompanying ignorance, indifference, etc.), (2) overcrowding (3) poor and insanitary surrounding and (4) lack of proper individual hygienic care, etc.

By far the most significant factors common to all of the groups were the presence of patients with dysentery, heavy infestation by flies and improper disposal of sewage.

While the incidence of dysentery was considerably greater in warm weather, the condition was observed regularly, although with less frequency in cold weather. Of a similar interest is the fact that flies were observed in the homes of some of these patients at all times of the year.

While dysentery is present during every month of the year in the communities studied, the peak for morbidity is reached in July, August and September (no June and July, as in the case farther south) and the peak for mortality from dysentery is reached in August and September and the minimum is reached in January and February (figs. 3, 4, 5, 6 and 11).

Of great importance in the rural areas are the unusual geographic, topographic and industrial characteristics of the communities which were studied (Logan, McDowell, Kanawha and Cabell Counties, figs. 4, 6 and 9). In all the rural areas included in this study there are hills and small mountains with precipitous sides and with small streams coursing through the valleys. On the banks of these creeks and in valleys with bottoms ranging from only a few hundred feet to a few hundred yards in width, are congregated over 90 per cent of the population of the entire county or community. This congestion of population approaches closely that of the urban industrial community. While the bottom-land are heavily populated, the slopes and tops of the hills which

THE PREVENTION OF BACILLARY DYSENTERY

are not at all suitable for agriculture are practically uninhabited. In close proximity along creeks is found the bulk of the population and into the creeks comes the refuse from the nearby homes and from those on the hillsides. Open, insanitary privies are numerous. The distance from a privy to the creek is often only a few feet, and frequently a privy is built directly out over the creek. Proximity to streams heavily laden with sewage together with an almost urban overcrowding and congestion of population, presents a unique and characteristic problem in the control of communicable diseases.

The influence of the proximity of an urban community to such dysentery ridden mining counties is readily seen, when one compares the seasonal curves for the city (fig. 11) with those of neighboring coal mining counties (figs. 1, 4, 5, and 6). This relationship is important in the control of dysentery in such a city.

SUMMARY OF STUDY REPORTED

INCIDENCE

Bacillary Dysentery was encountered with great frequency in the health careers of four hundred normal children in an urban community in which dysentery is endemic. From 15 to 80 per cent of the children of the city of Huntington had bacillary dysentery at some time during the first five years of life. Cases were observed more frequently in those sections of the city which were characterized by the presence of heavy infestation by flies, by improper disposal of sewage and by the presence of patients with dysentery. Cases developed in spite of the usual preventive measures, such as the boiling of all milk and water, the careful selection, preparation and protection of food, the attempts of individual families to combat flies, etc.

Proximity to dysentery ridden coal mining areas was an important factor in the high incidence of dysentery observed.

The summers with prolonged periods of high atmospheric temperatures (from 80 to 100 F.) when accompanied by high relative humidities (from 50 to 80 per cent) were all characterized by maximum infestation by flies and a high incidence of dysentery (1923, 1925, figs. 8 and 11). Summers that were characterized by equally high temperatures, but by lower relative humidities (from 20 to 50 per cent) and shorter periods of extremely hot, humid weather, were characterized by a relatively light infestation by flies and a low incidence of dysentery (1922, 1926, 1927, figs. 8 and 11).

As far as the influence of atmospheric conditions on the incidence of dysentery is concerned, the prolongation of the hot, humid weather with the persistence of the elevation of the relative humidity seemed to have more influence than the height of the average daily maximum temperature. (The more significant index was "average maximum temperature times average maximum relative humidity.") Even with such adverse atmospheric conditions

as were observed in 1923 and 1925, had the disposal of sewage been carried out in a completely sanitary manner within these communities, the incidence of dysentery could have been controlled.

Overcrowding, poor socio-economic status and the features which usually accompany such conditions were important factors which tended to increase the incidence of dysentery among the children cared for by The Baby Welfare Clinic. The children living in rural or semi-urban areas presented a higher incidence than the children of a comparable class living in the urban area.

The peculiar topographic characteristics of the rural region, together with the unique congregation of population along small streams in an urban form of congestion, with improper protection of sewage and with the presence of patients with dysentery, all combined create a situation which tremendously favored the spread of dysentery.

PREVENTION

Typhoid fever can to some extent be held in check by the administration of vaccine. This has proved of great value in the checking of epidemics, even in the absence of good sanitation, in the rural communities here under consideration. Unfortunately, there is no similar individually applicable agent for the prevention of dysentery. The indifference of the leaders (medical, civic and official) in these communities, their lack of appreciation of the value of the proper disposal of sewage and of the control of flies, their failure to regard dysentery as a communicable disease of economic importance and the objections of the rank and file of the citizenry to the alleged "expense" of proper preventive measures have been the most important obstacles against forward progress in the control of bacillary dysentery in these areas. This can be corrected only through education and the development of a community "public health consciousness," including as it must the proper protection of soiled diapers by individual parents. Unfortunately, the dysentery-ridden rural areas act as foci of infection, feeding the adjacent rural and urban areas. This situation together with the development in recent years of good roads in these sections and the automobile, furthering as they do, greater and more rapid means of travel to other districts, are in a large measure responsible for the recent (since 1928) occurrence of more bacillary dysentery in our more northern states.

Milk and water for the infant should certainly be boiled, and food should be carefully selected and properly prepared; but such in itself will not protect completely against dysentery in the presence of insanitary sewage disposal, fly infestation and the presence of dysentery patients in the community.

Infestation by flies should be held to a minimum, for flies are the vectors of major importance in the spread of dysentery. Droughts hinder and wet seasons favor heavy infestation by flies. With atmospheric temperatures at the usual summer levels wet seasons with relative humidities of from 60 to 90 per cent tend greatly to favor infestation by flies, but with the same atmospheric temperatures dry seasons and droughts with relative humidities of from

THE PREVENTION OF BACILLARY DYSENTERY

20 to 40 per cent tend greatly to reduce or prevent heavy infestation by flies.

The institution and maintenance of sanitary disposal of sewage and the eradication of breeding places for flies do not fall directly within the province of the individual physician for they are problems primarily for the community and the state to solve. While the physician can do little more than to assist in a program of public health education, he should be active in this important responsibility and where necessary go beyond this and supply leadership where public health accomplishments are lacking. Such education of the public in general is essential to the eradication of dysentery in communities similar to the one studied. In such communities neither the most expert physician nor the most alert and cooperative parent can with certainty protect the child from dysentery.

DISCUSSION

The prevention of bacillary dysentery can be achieved only after there is developed among physicians a generally wide spread appreciation of the clinical importance and the public health significance of the disease and after there is developed among both layman and physicians a generally wide spread and sympathetic appreciation of the common mechanism of dissemination of dysentery bacilli. This relationship is clearly set forth in the accompanying illustrative diagram (fig. 15). The most important forms of insanitary sewage disposal are also indicated.

Medical texts and undergraduate courses in pediatrics must more accurately picture the disease entity. Texts and undergraduate instruction should more effectively emphasize the primary and fundamental importance of community sanitation in the prevention of dysentery.

Sanitation, as applied to the community and to the individual home, can be achieved only after a slow process of education with the gradual development of a communal "public health consciousness." Physicians, nurses and enlightened civic leaders in their contacts with individual, and programs of public health education and school health education in their proper functioning, are the agencies on which fall the responsibility for promoting the appreciation of, and active sympathy for, adoption of proper community and individual sanitation programs within the community. Without this popular desire for such communal health protection it is practically impossible to achieve the sanitary protection essential to the prevention of dysentery within a community in which it is endemic or occurs with relative frequency in epidemic form.

To further emphasize the important casual relationships in the environmental complex which permits dysentery to be prevalent in a community, I should like to describe some concrete and interesting experiences.

(1) The importance of protecting the soiled diaper is shown by the following experience. In 1923 I exposed plates of Teagu's medium (on the surface of which had been placed a small amount of sterile molasses) in a home where two children with dysentery. No particular attempt was made to expose the

soiled diapers. Flies were seen to visit these plates, and from them a considerable number of colonies of the Flexner bacillus were recovered. This demonstrates the activity of the fly in carrying the bacteria from a contaminated diaper, or bed clothing, to the food or to the lips or fingers of a non immune host. This is an important manner of dissemination and it is frequently disregarded.

(2) Dr. W. C. Davison recently (6) referred to the cultivation of dysentery bacilli from the feet, wings and intestinal tracts of the common house fly.

(3) Another instructive experience was that of Doctors Freeman and Levy in Richmond, Virginia some 25 year ago (7). The city of Richmond had been "sanitized." A large decrease in their infant death rate and morbidity from diarrheas had been predicted. While there was some reduction, it was not as much as had been expected and there was some degree of disappointment experienced. To study the importance in handling the diapers of babies in the individual homes and of other matters of personal hygiene and sanitation within the home, the Public Health nurses were concentrated in one district of approximately ten city blocks. They went from home to home instructing parents, and actually seeing to it that the babies' diapers as soon as they were soiled were immediately disinfected or were at once placed in fly proof containers. The parents were instructed in the avoidance of other forms of faulty personal sanitation. As a result, the incidence of dysentery and other diarrheal disease was greatly reduced. This was primarily because flies did not have access to the contaminated diapers and stools.

(4) The importance of the fly as a vector and its relationship to the insanitary privy in the dissemination of dysentery bacilli was demonstrated in an impressive manner by a public health worker in my state. In most coal mining camps the operators' resident staff, the superintendents and the engineering and business staffs take their meals in a club-house, which, as a rule, presents the most favorable living conditions to be found in the camp. It is generally the custom, after washing and drying the dishes and silverware following a meal, to set the table for the next meal, placing the dishes right side up, unprotected from flies. On one occasion, the public health official visited one of the camps. After the noon meal, fresh linen and clean white dishes were placed on the table. Then he put a copious amount of heavy red dye in the privy which was a "three holer" situated some 60 feet by air from the dining room table. When they assembled for the evening meal an abundance of little red fly tracts on the linen and dishes spoke eloquently of the role the fly plays in the transmission of fecal material and bacteria to eating utensils and food in these camps. The doors and windows of the building in question were screened. That in practice they did not completely protect the food or dishes from fly contamination is shown from this demonstration. They undoubtedly did reduce the volume of contamination and in this respect are to be urged. Screening by itself can not be relied upon to protect completely in the presence of dysentery contaminated excreta improperly protected.

from flies. The relationship of the dysentery patients stools, the insanitary disposal of sewage and the fly are shown (fig. 15). The cycle is most effectively broken by (a) the institution sanitary sewage disposal and diaper protection, (b) fly control, and (c) isolation of patient. In point of importance and opportunity for successful attack, they are to be placed in this sequence.

(5) Dogs kept as pets in homes where there were dysentery cases have been observed to have bacillary dysentery. I have recovered the Flexner bacillus from puppies with muco-hemorrhagic colitis on more than one occasion. While they do not present a common source of trouble it must be borne in mind that dogs and other small animals in a community in which dysentery occurs in either endemic or epidemic form may aid in the further dissemination of infection if human excreta is not fully protected from them.

CONCLUSIONS

(1) Individually applicable preventive measures are relatively ineffective in providing complete protection of the infant or child against bacillary dysentery in a community in which it occurs in either endemic or epidemic form. Such measures should however, be used for the added protection they may provide.

(2) Presence in the neighborhood of patients with bacillary dysentery plus insanitary disposal of sewage plus infestation by flies constitutes the "environmental complex" which determines the prevalence of dysentery in a community.

(3) Prevention can be accomplished with certainty only when the following conditions exist within the community:

(a) adequate community sanitation.

(b) adequate fly control.

(c) isolation of patients with dysentery in such manner as to protect flies from coming in contact with them or their excreta.

(4) Community and individual efforts are both essential to the institution and maintenance within a community of the essential protective measures indicated.

(5) Community sanitation is the most readily controllable and the most practically effective measure of control. This includes as well the protection of soiled diapers.

(6) Education of physicians, civic leaders and citizens to the need of such communal health protection procedures is essential. This can be provided for the physicians as a part of their training in medical school and for the laity by public health and school health education programs. The public health education program, to be effective, must be continuous and through all available channels on a wide scale, long time program. It must not be relaxed in regard to community sanitation even when the dysentery rate is reduced to practically nothing. An interest and an actively sympathetic attitude on the part of the public must be aroused and continuously maintained. Local vital statistics

MEMORIA DEL VII CONGRESO PANAMERICANO DEL NIÑO

should be studied and their implications heeded. They should be used in an important way in elisting local support of the public where it is particularly needed. The press, the radio, posters, other forms of publicity, public health literature, etc., are very important and effective mediums when properly used. Teachers, physicians, nurses and health workers in personal contact with individuals and individuals families can be most effective if actively seizing their opportunities.

(7) Community sanitation should be compulsory, particularly in districts which are congested and in communities with geographic handicaps such as are encountered in the mountainous coal mining districts, etc.

(8) The high degree of communicability of bacillary dysentery in camps and institutions necessitates therein the most sanitary control of sewage disposal, fly control and food protection in addition to the rigid insolation of all case of diarrhea.

(9) As a source of sewage contamination, carriers have the same relationship as patients with dysentery. In institutions or in localized epidemics or individual cases, carriers or food handlers may be the important source of infection.

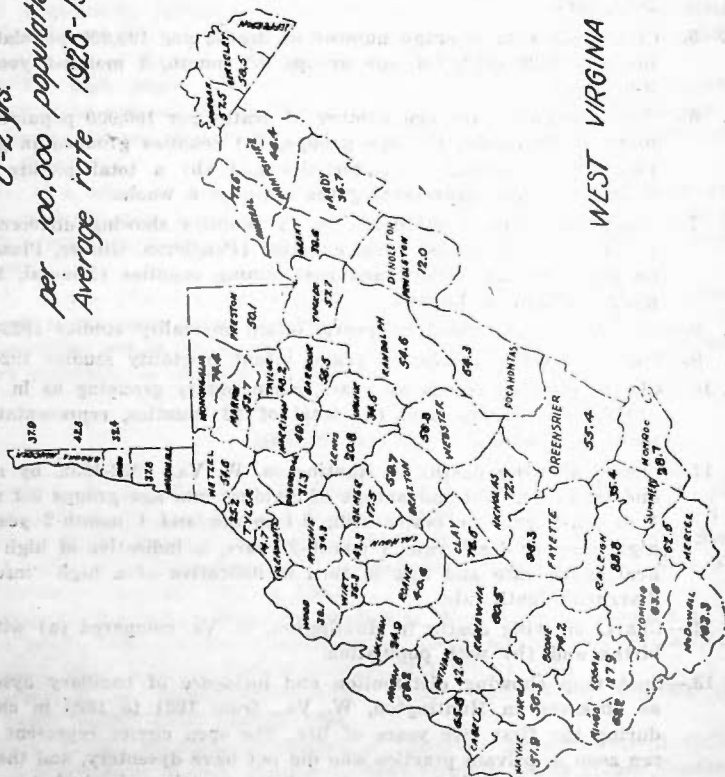
(10) A reemphasis by departments of public health on the importance of sanitation and a more effective practice in public health education on their part is essential and at the moment particularly indicated, in communities where bacillary dysentery is an endemic problems.

BIBLIOGRAPHY

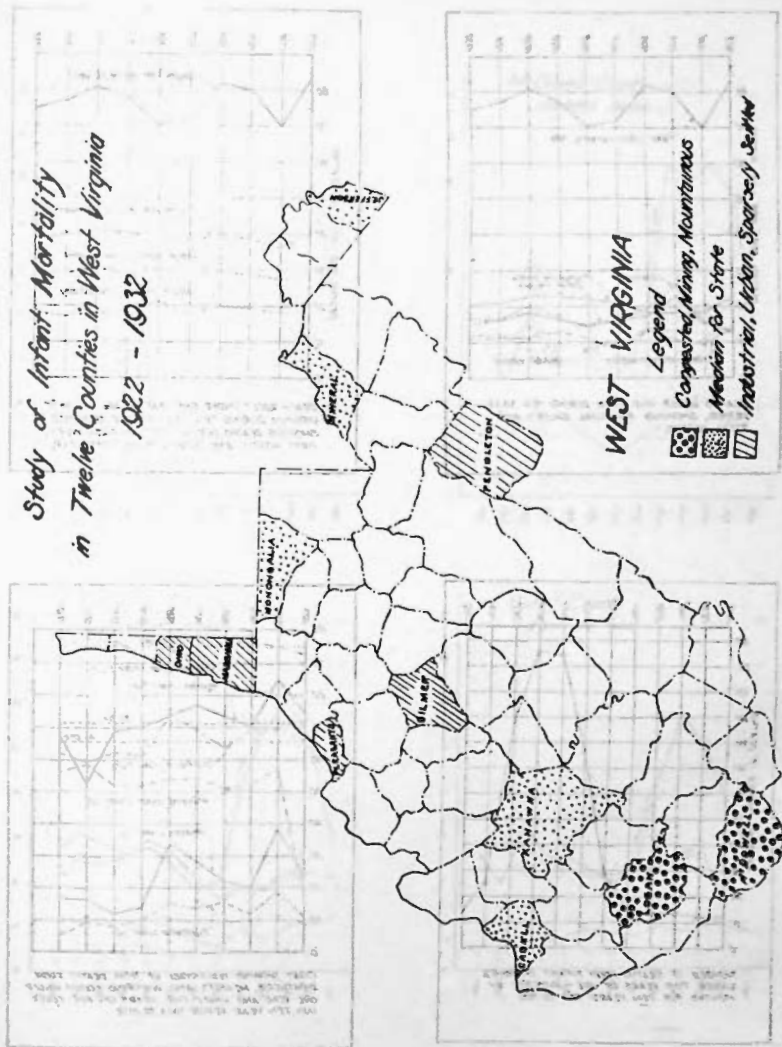
- (1) Holt, L. E. and Howland, J.: Diseases of Infancy and Childhood, ed. 9. New York, D. Appleton and Company, 1926, p. 295.
- (2) Third White House Conference on Child Health and Protection: Section II. Report of Committee on Communicable Disease Control, New York, Century Company, 1931, p. 120.
- (3) Lyon, G. M.: Infant Mortality Studies in West Virginia, Section I, West Virginia White House Conference on Child Health and Protection of 1933, West Virginia Medical Journal 30:7 (July) 1934.
- (4) Paden, R. H.: Diarrhea-The Killer, Quart. Bull. West Virginia State Dept. Health 19:23 (April) 1932.
- (5) Lyon, G. M.: Bacillary Dysentery as Observed Among Normal Children in Huntington, W. Va. Section I, West Virginia White House Conference on Child Health and Protection of 1933, Am. J. Dis. of Child. 49:367 (February) 1935.
- (6) Davison, W. C.: Discussion, Round Table, on bacillary dysentery, American Academy of Pediatrics, New York, June, 1935.
- (7) Personal communication of Dr. A. W. Freeman, School of Hygiene and Public Health, Johns Hopkins University (1934).

THE PREVENTION OF BACILLARY DYSENTERY

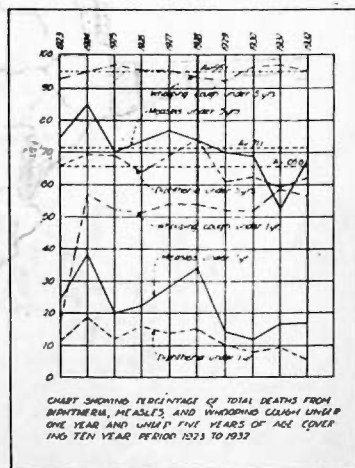
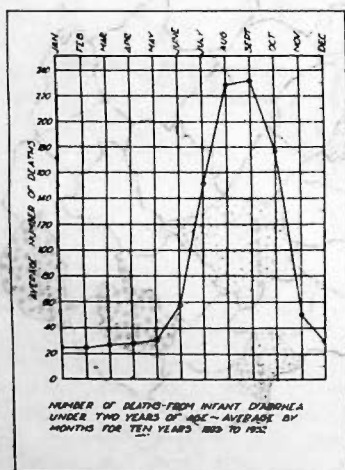
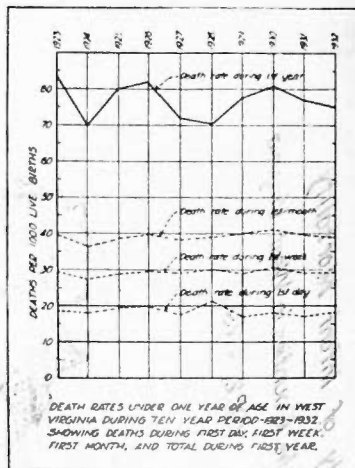
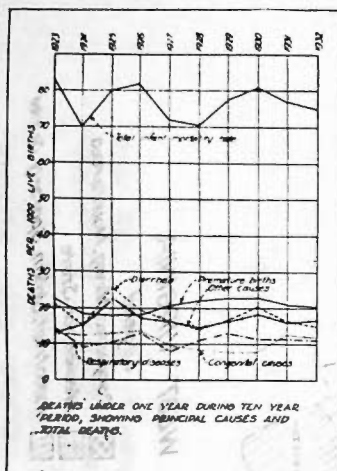
- Fig. 1.—Deaths from diarrhea, 0-2 years per 100,000 population, average rate per annum, 1926-931, for West Virginia.
- Fig. 2.—Infant mortality studies, 12 counties of West Virginia, showing location of coal mining counties (Logan, McDowell).
- Fig. 3.—Infant mortality charts, West Virginia, 1923-1932.
- Fig. 4.—Charts showing average number of deaths per 100,000 population, by month, 1923-1932, for age groups 0-1 month, 1 month-2 years and 2-6 years.
- Fig. 5.—Charts showing average number of deaths per 100,000 population by months, 1923-1932, for age groups 0-1 month, 1 month-2 years and 2-6 years.
- Fig. 6.—Charts showing average number of deaths per 100,000 population, by months, 1923-1932, for age groups, (a) counties grouped in geographic and industrial characteristics and (b) a total picture of 12 counties studies representing the state as a whole.
- Fig. 7.—Chart of infant mortalities, for 12 counties showing difference between sparsely settled rural counties (Pendleton, Gilmer, Pleasants), an urban county (Ohio) and coal mining counties (Mineral, Monongalia, McDowell, Logan).
- Fig. 8.—Charts showing trend by years, infant mortality studies 1923-1932.
- Fig. 9.—Charts showing trends by years, infant mortality studies 1923-1932.
- Fig. 10.—Charts showing trends by years, same county grouping as in Fig. 7, (a) in age groups, and (b) total of 12 counties, representation of state as a whole.
- Fig. 11.—Charts showing deaths in Huntington, W. Va., 1922-1932, by months and by years. Note advantage of dividing into age groups 0-1 month, 1 month-1 year or better still, 0-1 month and 1 month-2 years. A high summer death rate, 1 month-2 years, is indicative of high diarrheal death rate and this in turn is indicative of a high "infectious diarrhea" death rate.
- Fig. 12.—Charts showing deaths in Huntington, W. Va. compared (a) with live births and (b) with population.
- Fig. 13.—Spot map showing distribution and incidence of bacillary dysentery as observed in Huntington, W. Va., from 1921 to 1926 in children during the first five years of life. The open circles represent children seen in private practice who did not have dysentery, and the solid dots represent children seen in private practice who had dysentery. The open triangles represent children seen in the group from the Huntington Baby Welfare Clinic who did not have dysentery, and the solid triangles represent those the clinic who had dysentery.
- Fig. 14.—Diagram showing common role of the fly and insanitary sewage disposal in the spread of bacillary dysentery.



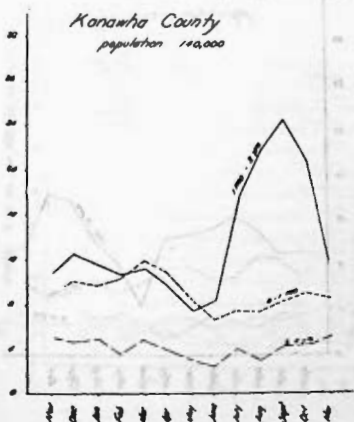
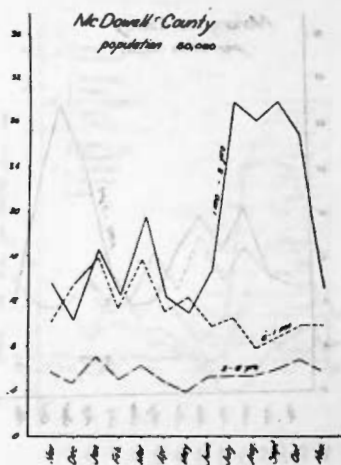
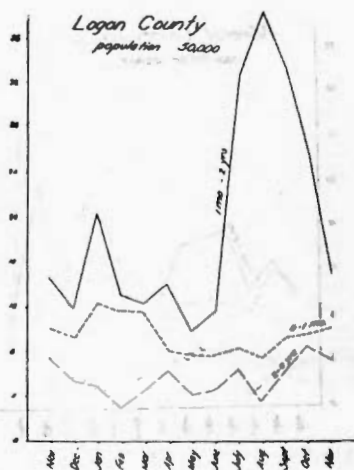
*Study of Infant Mortality
in Twelve Counties in West Virginia
1922 - 1932*



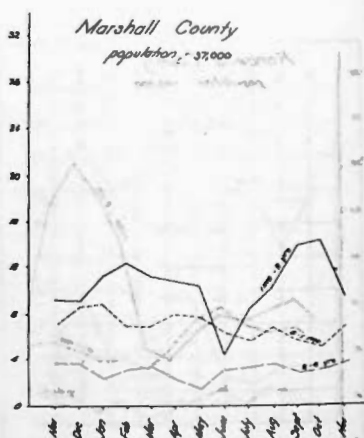
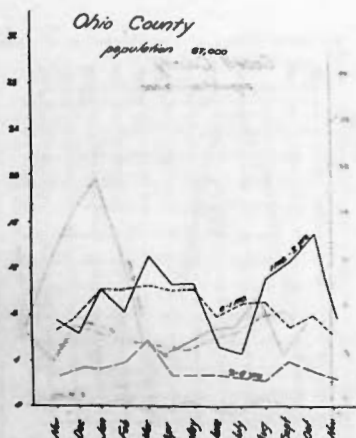
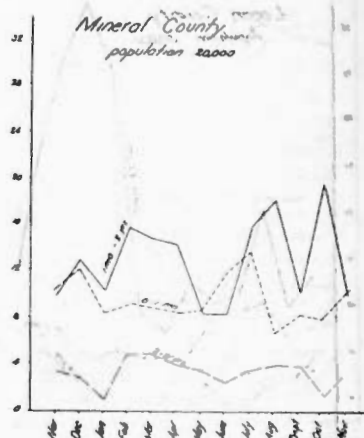
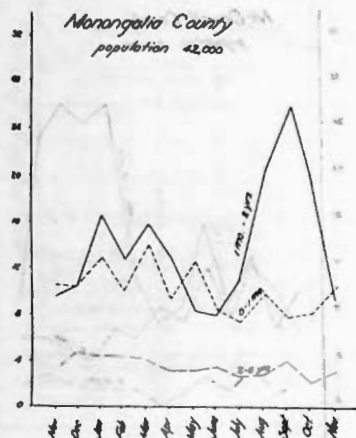
MEMORIA DEL VII CONGRESO PANAMERICANO DEL NIÑO



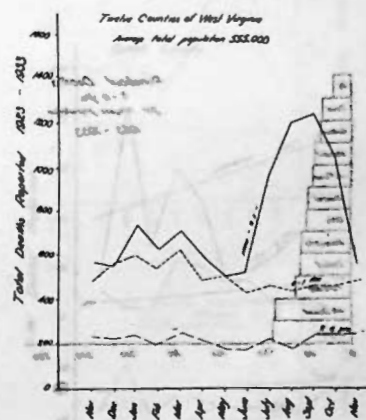
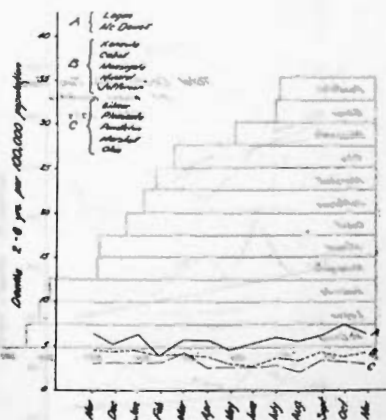
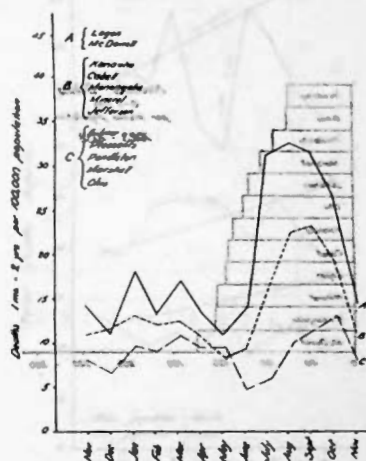
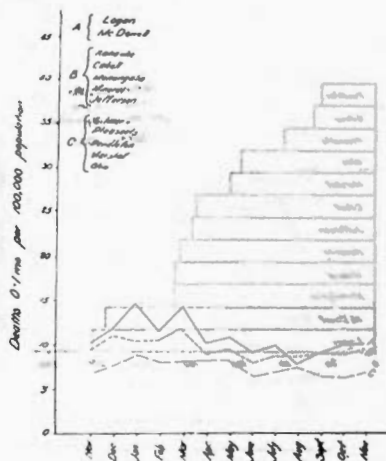
THE PREVENTION OF BACILLARY DYSENTERY



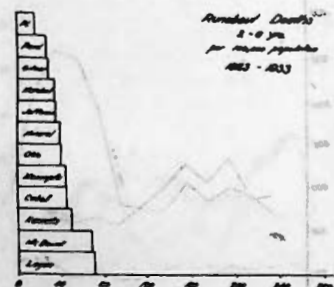
MEMORIA DEL VII CONGRESO PANAMERICANO DEL NINO



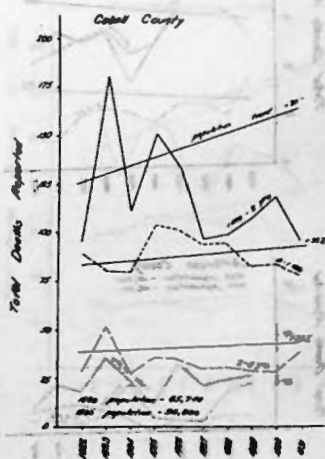
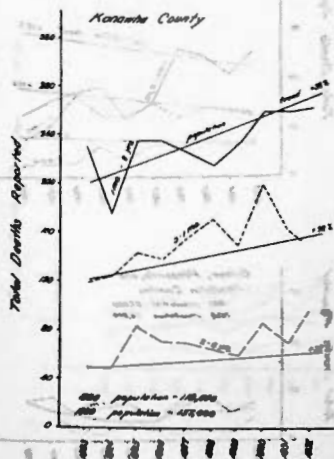
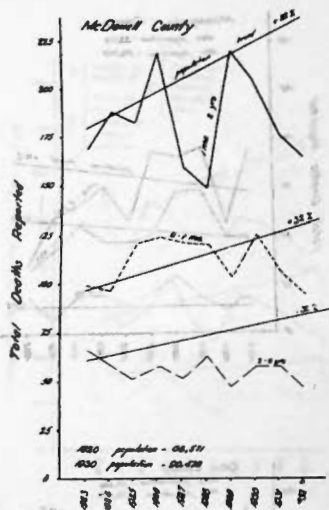
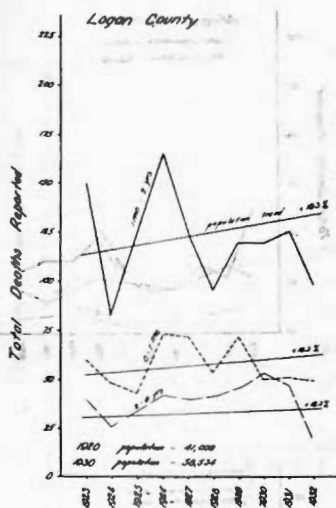
THE PREVENTION OF BACILLARY DYSENTERY



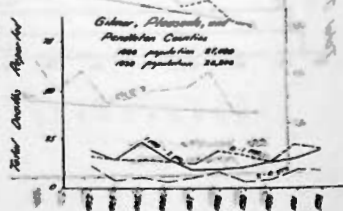
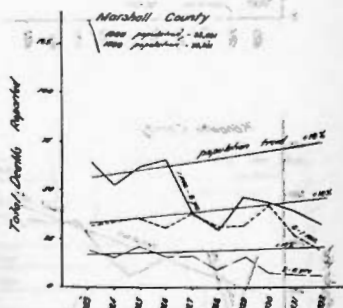
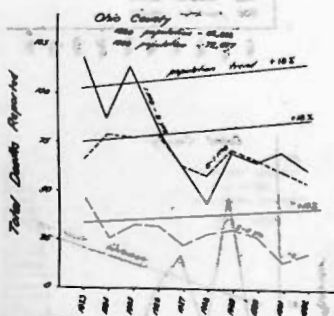
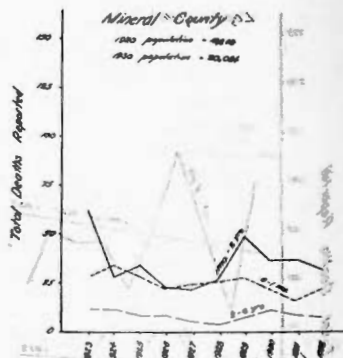
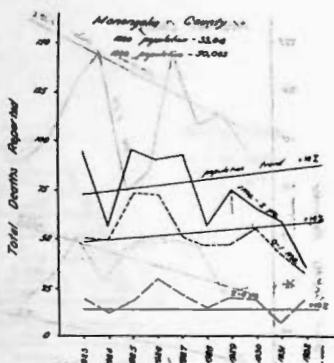
MEMORIA DEL VII CONGRESO PANAMERICANO, DEL NIÑO



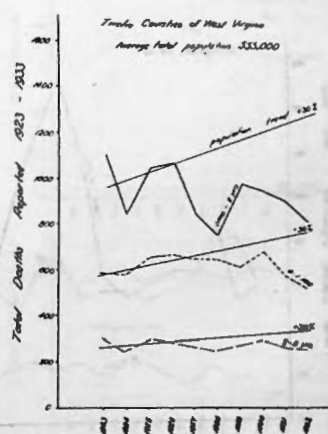
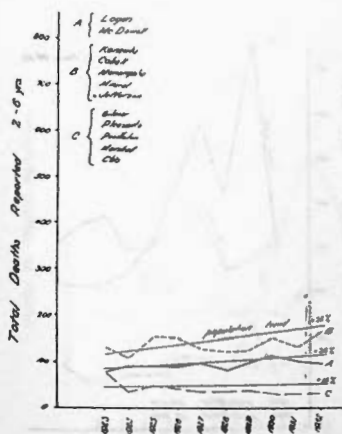
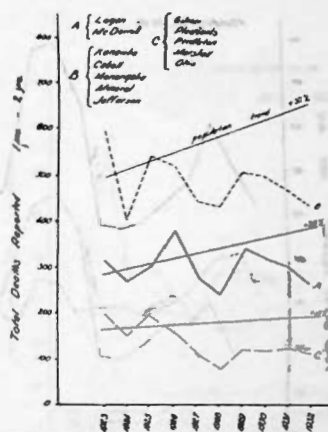
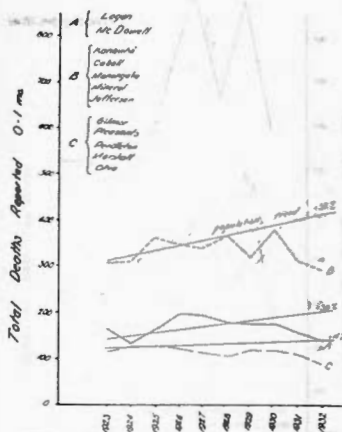
THE PREVENTION OF BACILLARY DYSENTERY



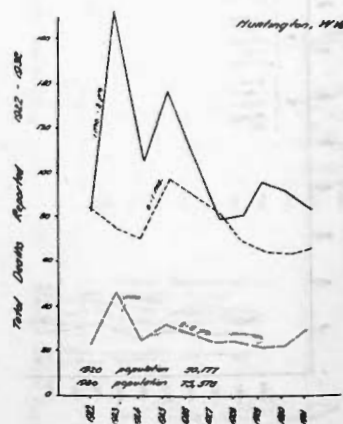
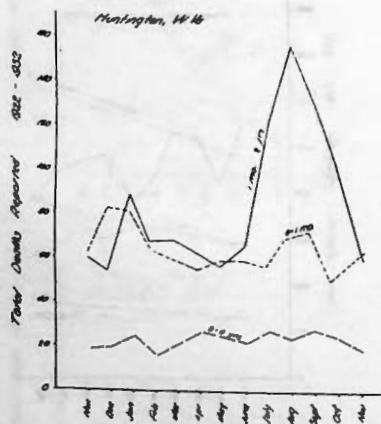
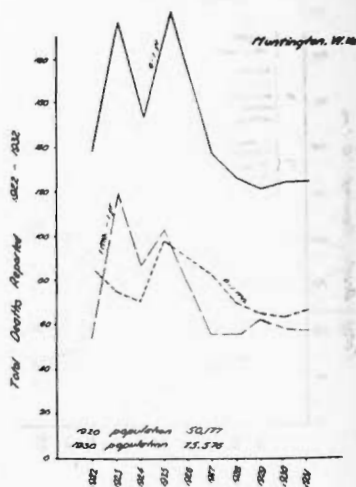
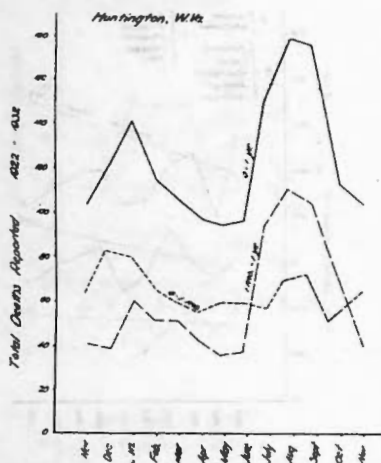
MEMORIA DEL VII CONGRESO PANAMERICANO DEL NIÑO



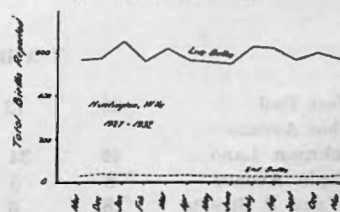
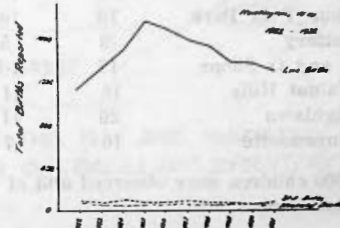
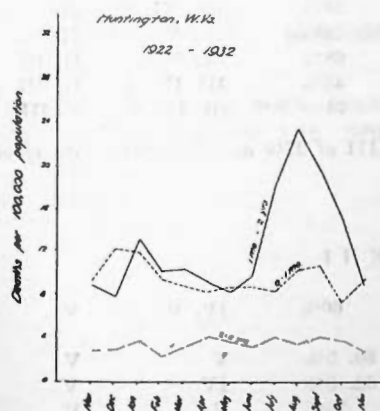
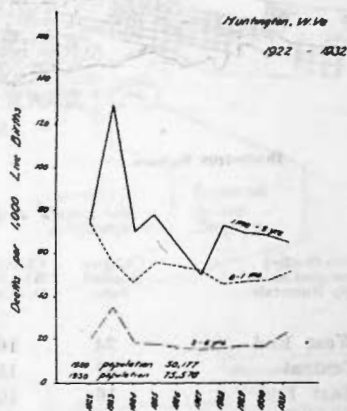
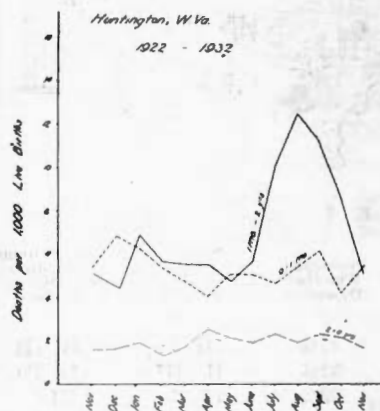
THE PREVENTION OF BACILLARY DYSENTERY



MEMORIA DEL VII CONGRESO PANAMERICANO DEL NISO



THE PREVENTION OF BACILLARY DYSENTERY



MEMORIA DEL VII CONGRESO PANAMERICANO DEL NIÑO



TABLE I

Districts Studied Represented on Map By Numerals	Children Studied Total	Children Who Had Dysentery	Percentage Who Had Dysentery	Social Group of Family of Child Included in Study	Social Group Prevailing in District Studied
1. West End	34	16	47%	III, IV, V.	II, III
2. Central	47	15	32%	II, III	II, III
3. East End	16	10	62%	IV, V	III
4. Southside	106	16	15%	I, II	I, II
5. Four Poio Park	19	10	52%	I	I
6. Pottery	9	5	56%	III, VI, V	III
7. C and O Shops	17	10	58%	IV, V	III
8. Walnut Hills	16	11	68%	IV, V	II, III
9. Highlawn	26	11	43%	III IV, V	II, III
10. Guyandotte	10	7	70%	III IV, V	II, III

300 children were observed and of the 111 of 37% and dysentery with blood, pus and mucus.

TABLE II

A. West End	20	12	60%	IV, V	V
B. Ohio Avenue					
Johnson Lano	40	34	80. 5%	V	V
C. Maple Avenue	8	5	62. 5%	IV	V
D. A and B Streets	8	6	75%	V	V
F. Guyandotte	10	6	60%	IV, V	V
E. C and O Shops	14	9	64. 3%	V	V

100 children were observed and of these 72 or 72% had dysentery with blood, pus and mucus.

THE PREVENTION OF BASILLARY DYSENTERY

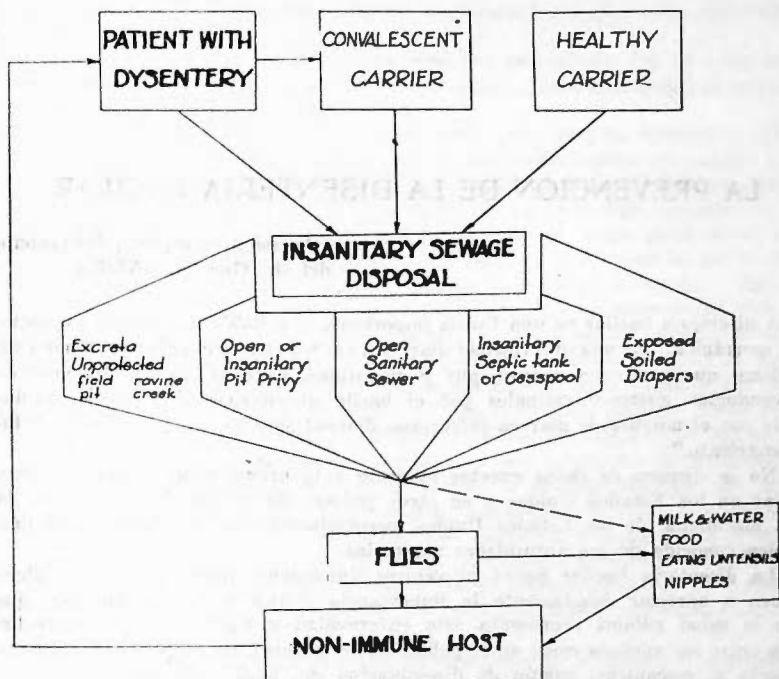


DIAGRAM SHOWING COMMON ROLE OF THE FLY AND INSANITARY SEWAGE DISPOSAL IN THE SPREAD OF BACILLARY DYSENTERY

LA PREVENCIÓN DE LA DISENTERIA BACILAR

(Resumen en español del trabajo
del Dr. Geo. M. LYON.)

LA disentería bacilar es una forma importante y evitable de "colitis mucos-morrágica." Es una enfermedad diarreica caracterizada clínicamente por evacuaciones que contienen sangre, pus y mucosidad, causada por la invasión de los conductos gastro-intestinales por el bacilo disentérico. Se conoce comúnmente con el nombre de diarrea infecciosa, diarrea sangrienta, ileocolitis o "fluido sangriento."

No se dispone de datos exactos respecto a la prevalencia de la disentería bacilar en los Estados Unidos o en otros países. Su incidencia elevada en la zona meridional de los Estados Unidos, especialmente en los distritos rurales, es bien conocida de las autoridades sanitarias.

La disentería bacilar podrá prevenirse únicamente hasta que los médicos lleguen a apreciar debidamente la importancia clínica y la significación que para la salud pública representa esta enfermedad y hasta que se desarrolle, tanto entre los médicos como en la población en general, un amplio conocimiento respecto al mecanismo común de diseminación del bacilo disentérico.

CONCLUSIONES

1º—Las medidas preventivas aplicables individualmente son inefectivas relativamente para ofrecer completa protección a las criaturas o a los niños contra la disentería bacilar en una comunidad en que ésta ocurre ya sea en forma endémica o epidémica. Sin embargo, tales medidas pueden adaptarse para la mayor protección que pueda ofrecer.

2º—La presencia en las inmediaciones de personas atacadas por el bacilo disentérico, así como la disposición insanitaria de los albañales y la infección por las moscas, constituyen el "ambiente complejo" que determina la prevalencia de la disentería en una comunidad.

3º—La disentería puede evitarse con buen éxito sólo cuando las condiciones que siguen prevalecen dentro de la comunidad:

- (a) Condiciones sanitarias adecuadas en la comunidad.
- (b) Control adecuado de las moscas.
- (c) Aislamiento de los pacientes atacados de disentería, de tal modo

LA PREVENCIÓN DE LA DISENTERÍA BACILAR

que se evite que las moscas entren en contacto con ellos o con sus materias fecales.

4º—Tanto las medidas comunales como las individuales son de suma importancia para la institución y mantenimiento dentro de la comunidad de las medidas de protección indicadas antes.

5º—El saneamiento de la comunidad es la medida más efectiva y práctica de control. En ella está incluida también la protección contra los pañales sucios.

6º—Instruir a los médicos, directores cívicos y a los ciudadanos respecto a la necesidad de adoptar las medidas sanitarias de protección comunal que sean esenciales. Lo anterior pueden hacerlo los facultativos como parte de su entrenamiento en las escuelas de medicina y los habitantes en general por medio de programas educativos de salubridad pública y de higiene escolar. Para que el programa de educación de salubridad pública tenga un buen éxito, éste debe ser continuo y debe desarrollarse haciendo uso de todos los medios de que se disponga y de manera amplia, en fin, debe ser un programa largo. No debe de abandonarse por lo que se refiere a la salubridad de la comunidad aun cuando la prevalencia de la disentería haya sido reducida a un mínimo. Debe despertarse y mantenerse un interés constante y activo por parte del público. Las estadísticas demográficas deben estudiarse y atenderse sus indicaciones. Deben utilizarse tales estadísticas para obtener la cooperación local del público en los lugares en que ésta sea necesaria. La prensa, el radio, los cartelones, otras formas de publicidad, así como toda clase de literatura sanitaria, etc., son medios importantes y efectivos cuando se hace uso conveniente de ellos. Los maestros, los médicos, las enfermeras y los empleados sanitarios que están en contacto con los particulares y con las familias pueden aprovechar con buen éxito estas oportunidades.

7º—La conservación de la salud pública debe ser obligatoria, especialmente en los distritos congestionados y en las comunidades de posición geográfica desventajosa, tales como las situadas en distritos mineros carboníferos montañosos, etc.

8º—La proporción alta de comunicabilidad de la disentería bacilar en los campamentos e instituciones exige en ellos medidas más sanitarias de control de albañales, de moscas y de protección de alimentos, además del aislamiento completo de todos los casos de diarrea.

9º—Como fuente de contaminación de albañal, las personas conductoras del bacilo tienen la misma relación que los pacientes atacados de disentería. En las instituciones, en las epidemias localizadas o en los casos individuales, tales conductores o las personas que manejan alimentos, pueden ser fuentes importantes de infección.

10º—Los Departamentos de Salubridad Pública deben hacer hincapié en la importancia de la salud pública y en la práctica más efectiva de educación sanitaria como parte esencial y en la actualidad indicada particularmente en las comunidades en que la disentería bacilar es un problema endémico.

PROFILAXIS DE LAS PARASITOSIS INTESTINALES

Dr. FCO. CABANILLA CEVALLOS.
Guayaquil, Ecuador.

ES tan alarmante la extensión que los parásitos intestinales tienen en los organismos infantiles, que su avance cada día más inusitado y sus consecuencias comprometedoras para la vida de ellos, preocupa la atención no sólo de los higienistas, sino también de los paidólogos, a fin de mancomunar hechos que traduzcan realmente el benéfico deseo de todos, con miras a la reducción del porcentaje de parasitados y a la protección de los no parasitados en nuestro medio tropical.

La zona tórrida, sobre toda otra, tiene la selección nosológica más rica y más bizarra. Ella ofrece un sinnúmero de problemas de orden higiénico y sus soluciones requieren diversidad de factores, ante la multiplicidad de los obstáculos que se oponen al éxito de las campañas profilácticas.

Particularmente el Ecuador, en su zona del Litoral, por su geología y sus variaciones de orden meteorológico, auna esta clase de dificultades. Y especialmente, la escala parasitológica con distintas localizaciones y secuelas, requiere para su fácil dominio, de ingentes esfuerzos, por las enormes ventajas que el suelo y otros medios le ofrecen para su desarrollo patológico.

Hace algún tiempo que nuestros especialistas vienen preocupándose en forma seria de los trastornos, principalmente gastro-intestinales, que por causa de los parásitos intestinales se producen en los niños. De igual manera, en los distintos órdenes del ejercicio médico, el estudio de los atacados por una zoo-parasitosis intestinal es el punto de mira para futuras observaciones.

Poseemos ya numerosas estadísticas de la generalización que algunos parásitos intestinales tienen en nuestro medio. El profesor Valenzuela ha publicado últimamente (1) sus conclusiones al respecto, con motivo de los enfermos tratados en su servicio médico de "San Jacinto" del Hospital General de esta ciudad. Este es el resumen aludido:

Amiba histolítica	67.20%
Trichomonas	45.01%
Trichiurus trichiurus	44.57%
Ankilostomas	54.50%

(1) Anales de la Sociedad Médico Quirúrgica del Guayas. Septiembre, 1935.

III. PROFILAXIS DE LAS PARASITOSIS INTESTINALES

Ascárides	18.84%
Lamblías	71.76%
Anguilulas	9.17%
Giardias	0.72%
Balantidium coli	1.20%
Balantidium minutum	0.17%
Tenia solium	0.34%
Oxiuros	0.17%

El doctor Plascencio Trujillo, en su servicio de mujeres "Santa Rosa," sobre un total de 400 exámenes, obtiene las siguientes conclusiones:

"El número de parasitados intestinales que le da un porcentaje de 87.25%, puede considerarse que es inferior a la realidad, pues que sabido es que si se hubieran repetido los exámenes en los clasificados como no parasitados, se habrían encontrado algunos exámenes positivos, subiendo así el porcentaje de los parasitados." Debe tenerse en cuenta que se trata de sala de mujeres, residentes en su mayor parte en la ciudad; en las salas de hombres, donde acuden un mayor número de campesinos, el número de parasitados debe ser mucho mayor, reduciéndose así en mucho el doce setenta y cinco de no parasitados que ha obtenido. De entre los parasitados, encuentra un 83.75% de poliparasitados, quedando tan sólo un 16.25% de monoparasitados. Respecto a los parásitos encontrados presenta el siguiente cuadro demostrativo:

Amibas	58.05%
Ankilostomas	38.75%
Ascárides	36.75%
Tricocéfalos	53.50%
Tricomonas	44.00%
Lamblías	18.75%
Tenias	0.75%
Oxiuros	0.25%

El profesor Heinert, decano de la Facultad de Medicina de Guayaquil y Jefe del Servicio de varones San José del Hospital General, agrega el siguiente dato muy interesante a los que venimos copiando sobre parásitos intestinales:

"Mis investigaciones coprológicas en la Sala San José del Hospital General, sala de varones, cuyos clientes, son en su mayoría campesinos del litoral, me hacen avaluar en 5% el número de los que expulsan larvas de anguilulas, pero entre ellos no llegan a 10% los que presentan trastornos debidos a la anguilulosis."

Todas estas cifras corresponden a adultos y son significativas del coeficiente parasitario intestinal entre nosotros. Fácil es deducir el grado de infección que se encontrará en los niños, si tomamos en cuenta que el campesino aún no ha sido lo suficientemente culturizado para obtener una conciencia sanitaria y los medios de evitar el contagio.

Con respecto a estadística infantil en esta sección de polizooparasitosis intestinal, no poseo sino las cifras obtenidas por el suscrito en su servicio de consultas para niños en el Dispensario de la Asistencia Pública de Guayaquil. Puedo asegurar que más de un 70% de los infantes que asisten diariamente al Dispensario está parasitado, correspondiendo de este porcentaje un 30% a ascariidiosis, distribuyéndose el otro 40% entre amibas, oxiuros, trichomonas y lamblías. La teniasis posee de 0.75 a 1% en este reparto.

Para una mayor exactitud no contamos aún con un equipo perfectamente montado, con el fin de proceder sistemáticamente a los exámenes coprológicos de todos los asistentes apenas inician su consulta, pero nos esforzamos en ser precisos hasta la medida de lo posible, auxiliándonos con los anamnésticos y con los resultados obtenidos mediante la terapéutica indicada.

Con relación a la población rural y al campesinado hay que verificar un pequeño aumento a las anteriores cifras que he dado, incluyendo entre los parásitos intestinales al *Necator americanus*.

La influencia que las parasitosis intestinales tienen en el curso de algunas enfermedades, así como determinadas complicaciones, se deben a las acciones expoliatrices, tóxicas, traumáticas e infecciosas, mecánicas e irritativas e inflamatorias. En mi estudio titulado **ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE LA EPIDEMIA DEL SARAMPION DE 1932-1933**, una de las conclusiones dice textualmente: "La ascariidiosis constituye un factor principal para la presencia de las enterocolitis en el sarampión."

Es muy raro encontrar que los niños alberguen un solo parásito y generalmente son dos o tres, que requieren sucesivamente distintos tratamientos para su restablecimiento. Estas parasitosis determinan diversidad de enterocolitis que ponen algunas veces en serio peligro la vida del infante.

Cómo se infectan los niños.—No se aparta de la forma general en que se efectúan los contagios parasitarios, pero predominando en las clases pobres de las ciudades y en el campesinado la falta de higiene, es a base de ésta que se hacen más numerosos los parasitados. Así por ejemplo, en su primer año de existencia, ya puede el niño que gatea, que toma los objetos y aun los alimentos dejados al descuido en el suelo, llevarse la infección a la boca y por ella penetrar los parásitos en forma de huevos embrionados; los geóforos; los que conviven con animales portadores de parásitos, y los que se alimentan a su vez de animales, pescados, etc., que llevan en sí la forma embrionaria.

La piel ofrece vasto campo para la infección parasitaria. Es así como adquieren la enfermedad los trabajadores de minas, los agricultores, etc., y como se propaga la anquilostomosis.

Naturalmente que los niños ofrecen un medio más favorable para el desarrollo parasitario que los adultos, por razones especiales que son muy conocidas, y que un medio inadecuado para el desarrollo de los parásitos puede transformarse en apto con sólo variar la temperatura, o sufrir ciertas reacciones químicas por las cuales encuentren condiciones de vida más abonables.

El gran vehículo de muchos gérmenes y parásitos no se escapa en las poblaciones del litoral ecuatoriano, de aumentar el número de los parasitados.

PROFILAXIS DE LAS PARASITOSIS INTESTINALES

No encontrándose agua potable en algunas localidades, o si existe el agua de bebida, no hallándose apta para la alimentación, porque ella recorre largos trayectos en que la infestan los pobladores de la vecindad, tienen que ser mayores las posibilidades para la adquisición de enfermedades infecciosas y parasitarias.

Cómo deberá lucharse contra las parasitosis intestinales en los niños.— Enseñando y difundiendo la higiene en la escuela, haciendo propaganda de sus máximas en el medio rural y urbano, vulgarizándolas por el cine, radio, etc.

Procurando ofrecerle al infante una alimentación sana y exenta de gérmenes y parásitos. Así por ejemplo, cuando su alimentación sea a base de leche de vaca, ésta deberá dársele pasteurizada, y si es de mayor edad y debe ingerir otros alimentos como las legumbres, por ejemplo, aconsejar a sus padres o encargados, que previamente debe rociárselas con agua hervida y caliente, en las mismas condiciones deberá presentársele las frutas.

Darle como agua de bebida la potable. Si no fuere posible ésta, aquélla que sirviere para el objeto deberá filtrársela.

No dejar que el niño lleve a su boca objetos que no ofrezcan limpieza y que fueren recogidos del suelo. Combatir la geofagia.

Asear siempre sus manos.

Proceder a exámenes coprológicos con frecuencia, a fin de que sea instituido el tratamiento precozmente. Recomendación a los padres.

En la edad escolar, intervenir en forma enérgica a conservar la higiene de los locales, de los útiles escolares y demás utensilios que estuvieren en contacto con los niños.

Obligar al niño a conservar su higiene individual.

Crear los dispensarios escolares que, aparte de otras actividades, se dediquen especialmente a la investigación de los parasitados mediante los exámenes de heces. Comprobada la infección, proceder a su tratamiento bajo la vigilancia del médico escolar. Corrección de todos los procesos orgánicos que hubieren sido alterados en su fisiología y que estén reflejándose sobre su psiquismo, por su intensidad o porque hubiere dejado secuelas.

Corresponde a los Municipios coadyuvar en sus comunas a toda labor de higienización del suelo, a proporcionar agua potable a sus habitantes, a ofrecer la leche en óptimas condiciones de higiene, gracias a su pureza o a su pasteurización. A conservar en sus mercados la higiene de los alimentos, y a vigilar en forma de lo más estricta y científica el desposte del ganado para el consumo, prohibiendo enérgicamente la venta y la matanza clandestina de los cerdos.

Los Municipios deberán contribuir a la lucha contra las parasitosis intestinales ofreciendo sus laboratorios para los exámenes de materias fecales correspondientes a las clases pobres y con la debida garantía o solicitud del médico tratante.

Los Municipios gracias a la vigilancia sobre los hoteles, fondas, etc., sobre los empleados que se encargan de la confección de comidas o su servicio, con exámenes y visitas repetidas y de improviso, disminuirán el porcentaje de los parasitados, transmisores de la infección a los indemes.

MEMORIA DEL VII CONGRESO PANAMERICANO DEL NIÑO

Los Municipios importarán artículos sanitarios con el objeto de ofrecerlos a precio de costo a los propietarios de edificios, etc., procurando así extender hasta los suburbios las debidas instalaciones de desagües por donde circulen las excretas.

Los Municipios, en sus correspondientes distritos territoriales, estimularán primeramente, luego impondrán a los propietarios la práctica de letrinas para la recolección de las materias fecales y su esterilización.

Los Municipios procurarán por todos los medios implantar una bien meditada y severa higiene industrial, procurando en forma integral la defensa de la salud de los trabajadores, especialmente de los que buscan en las entrañas de la tierra, metales, etc., para su explotación.

Los Municipios, por medio de su personal médico, establecerán en los territorios rurales, dispensarios que tratarán las parasitosis intestinales, principalmente las de la niñez.

Corresponde a los Gobiernos la dirección científica de la lucha a emprender contra las parasitosis intestinales, principalmente las de la niñez, estimulando a las fuerzas sociales que intervienen en la explotación de la riqueza nacional, ya sea de sus frutos o de sus minas, para una sentida preocupación por el capital humano que en forma de brazos contribuyen a su engrandecimiento colectivo.

CONCLUSIONES

1º—Siendo las parasitosis intestinales, afecciones que contribuyen a embarazar el desarrollo fisiológico de la niñez, por causa de los graves procesos patológicos que pueden tener cabida en su incipiente organismo, corresponde a los Gobiernos una preocupación más intensa por el problema que anotamos, en sus respectivas naciones, a fin de procurar una notable reducción en el porcentaje de los infectados por diversos seres vivientes, en su mayor parte animales que viven a expensas de otros seres organizados, principalmente el hombre. Por consiguiente, se incluirá en el Programa de Protección Social a la Infancia, la lucha antiparasitaria.

2º—Que la mejor forma de iniciar la lucha contra las parasitosis intestinales, es difundiendo los conocimientos que sean necesarios, dada la mentalidad de los oyentes, sobre los parásitos, su evolución y el modo como infestan el organismo humano. En consecuencia, dos veces a la semana, en los respectivos centros escolares, se dictarán conferencias sobre la materia, procurando ilustrarlas en la forma más adecuada.

Estas conferencias en los distritos rurales así como en los urbanos, serán públicas, a fin de que asistan los padres de familias y sus allegados. A la salida de ellas, se procederá al reparto de cartillas profilácticas.

3º—Que los Municipios, por sus Oficinas de Higiene, procuren una vigilancia estricta y enérgica de los artículos alimenticios, para que, al ser elementos para el sustento y la nutrición, no constituyan un inmediato peligro de infestación por los huevos de parásitos que pudieran albergar.

Que sea obligatoria la pasteurización de la leche.

PROFILAXIS DE LAS PARASITOSIS INTESTINALES

4º—Que los Gobiernos se preocupen de dotar de agua potable a las localidades del país, y en aquellas ciudades donde existiere y hubiere peligro de infestación por deficiencias en su funcionamiento o porque las tomas de agua se encontraren muy cerca de poblados o caseríos, recomendar su esterilización.

5º—Exigir a los hacendados la construcción de letrinas para la evacuación de las materias fecales y su desinfección. Esta obligación corresponderá a los Municipios en los territorios cuyos agricultores posean pequeñas propiedades.

6º—Instalación de dispensarios que luchen terapéuticamente contra las parasitosis intestinales, mediante la aplicación de vermífugos, parasiticidas, etc., agotando así las fuentes ambulatorias de la infección.

7º—Examen sistemático de las materias fecales, a fin de despistar con oportunidad a los parásitos en sus diversas fases.

CONCLUSIONS

1.—Being the sickness of the intestinal parasites in the tropics ailments that trouble the physiological development of childhood, because of the dangerous pathological process that come into its incipient organism, it is up to the Government to care about all this, in their own nations to banish this ailment, due to microscopic living beings that support their lives upon other organized beings, specially the man. Thus, in the Childhood Welfare it must be reported the struggle against parasites.

2.—The best way to start the plan is by means of a rational propaganda, giving rules to all peoples about parasites, and everything concerning to them. Then, twice a week, in the schools lectures must be given, with all kind of pictures, maps, etc.

These lectures in the cities and in the countryside must be free for everybody, so parents and representatives of children can attend them. When lectures are over, prophylactic handbooks must be given to assistants.

3.—The Municipal Hygienic Departments must watch strictly the foods to prevent that they contain parasite's eggs.

Milk must be pasteurized.

4.—Governments must stablish potable water installations to all places in the country and in the communities, where there is water for drinking; but if the source of the fountain is near villages or towns or installations do not go very well, water must be sterilized.

5.—Farmers must build sewers to expell the fecal substances and these places must be sterilized continuously. On small communities and elsewhere there are farmers with small states, the municipalities are compelled to do this.

6.—It must be opened Departments of Health being ruled by the Board of Health to struggle against intestinal parasites giving to all those sick, vermifuge, etc., to ruin the sources of infection.

- 7.—Sistematic examination of fecal substances to discover opportunely who takes parasites with them in different moments of infection.

CONCLUSIONS

1.—Etant les parasites intestinales affections qui contribuent a gener le developpement physiologique de l'enfance a cause des graves proces pathologiques qui peuvent avoir naissance dans son jeune organisme, il incombe aux gouvernements de se preoccuper d'une maniere plus intense du problème que nous signalons dans leur nation respective, a fin de procurer une notable reduction dans le pourcentage des infectés par des êtres vivants, en majeure partie animaux qui vivent au detriment d'autres êtres organisés, principalement l'homme. En conséquence, on ajoutera au programme de protection social de l'enfance, la lutte antiparasitaire.

2.—Que la meilleure forme de commencer la lutte contre les parasites intestinales, est de diffondre les connaissance que sont necesaires etant donné la mentalité du public, sur les parasites, leur évolution et de quelle manière ils infectent l'organisme humain. En conséquence, deux fois por semaine, dans les respectifs centres scolaires, devront avoir lieu des conférences sur la matiere suivies par des explications détaillés.

Ces conférences dans les centres urbains et ruraux auront lieu en public, a fin qu'ils puissent assister les parents et familiairs. A la fin de toute conférence, on distribuera des cartes prophylactiques.

3.—Les municipalités doivent par leur bureau d'hygiene surveiller d'une facon stricte et energyque tous les produits alimentaires, et cela pour eviter tout danger d'infection provoquée par les oeufs des parasites qui pourraient s'y trouver.

De meme le lait doit etre obligatoirement pasteurisé.

4.—Les autorités doivent se preoccuper de donner de l'eau potable a toute localité du pays, ou existerait le danger d'infection, par suite d'un mauvais fonctionnement et recommander la sterilisation des eaux qui se trouveraient près des fermes et agglomerations.

5.—Exiger des fermiers la construction des lieux-d'aisance par l'evacuation des matiers fécales et leur desinfection. Dans les régions ou les agriculteurs possèdent des petites propriétés, cette obligation reviendra au municipalités.

6.—Installer des dispensaires qui puissent lutter therapeutiquement contre les parasites intestinaux au moyen d'applications de vermifuges, neutralisant ainsi la source du mal.

7.—Examiner sistématiquement las matières fécales à fin d'eloigner à temps ceux qui porteraient des parasites dans leurs diverses phases.

PROFILAXIS DE ALGUNAS PARASITOSIS INTESTINALES

Dr. DEMOFILO GONZALEZ.
México, D. F.

V ENGO ante ustedes, señores, a exponer un asunto de utilidad práctica y sobre el cual descansa uno de los pilares de la higiene infantil en México: "La Parasitosis Intestinal."

Es bien sabido de los pediatras que ejercen en la ciudad de México y fuera de la capital principalmente que nos encontramos frecuentemente con problemas de esta índole y sea debido a la falta de un medicamento heroico unas veces, otras a que se da poca o ninguna importancia a las parasitosis intestinales, por el hecho, por cierto muy lamentable, de que se suponen que no acarreen graves consecuencias, nos cruzamos de brazos e instituimos otro tratamiento para combatir cualesquiera otra manifestación patológica, como es natural, sin ningún resultado, sin pensar que las infecciones parasitarias en el niño son la causa, en la mayoría de las veces, de trastornos serios y que dan una verdadera gama de síntomas que nos hacen confundirlas con muchas otras enfermedades.

Hay que tocar el timbre de alarma, hay que izar la bandera roja del peligro ante la invasión en la población infantil de México de estas traicioneras enfermedades, entre las cuales descuella admirablemente por su constancia y rebeldía la

TRICOCEFALOSIS

La mayoría de los investigadores y especialmente MUSGRAVE y CLEGG (1906), después de cuidadoso examen de la literatura sobre el tricocefalo y poniendo en conclusión sus numerosísimas investigaciones, afirman que este asunto tiene mucha mayor importancia en la patología humana de la que generalmente se le asigna.

Hace ya algún tiempo tuve el honor de ser comentarista de un trabajo del señor doctor Marín Ramos Contreras, presentado en nuestra Sociedad de Puericultura, acerca del tratamiento de la tricocefalosis por el tridaficus; los casos clínicos perfectamente bien llevados se obtuvieron en la ciudad de Villahermosa, Estado de Tabasco. Desde aquella vez me impresionaron grandemente los relatos gravísimos de Marín Ramos y he seguido tenazmente este padecimiento en

México, corroborando en gran parte los asertos del doctor Ramos, unas veces en la Casa de Cuna, otras en los Centros de Higiene del Departamento de Salubridad Pública y las más en mi clientela particular.

Casi rutinariamente he practicado análisis parasitológicos en las materias fecales (o he mandado practicar) de los niños que se presentan a la consulta con trastornos gastrointestinales crónicos y casi un 40 o 50 por ciento de los casos se deben a la presencia de parásitos intestinales, figurando en primer término el tricocéfalo o sus huevecillos. Entre este 50 por ciento casi en el 25 por ciento existe asociación con ascárides lumbricoides y a este respecto tengo halagadoramente que manifestar a ustedes de antemano, que el medicamento del que más adelante hago mención se ha portado invariablemente como un específico también contra las ascárides.

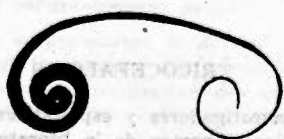
Son muchos los casos clínicos que traigo a ustedes y he agregado a mi baja las historias clínicas perfectamente documentadas del doctor Aguilar, que trabaja como médico puericultor en los centros escolares dependientes de la Secretaría de Educación Pública de esta ciudad.

Me ha animado el deseo de presentar a ustedes esta comunicación, el hecho, para mí muy satisfactorio, de haber encontrado últimamente un medicamento heroico; específico respaldado por casa muy seria de CALI, Colombia, y aprobado por el Departamento de Salubridad Pública de México. Se llama HIGUERONIA. Con este producto he llevado a cabo la mayoría de mis observaciones y anteriormente con el tridaficus.

LA HIGUERONIA o Leche de Higuierón, será presentada a ustedes en su debido tiempo; en este momento me ocuparé someramente del tricocéfalo y su enfermedad: la tricocefalosis que, aunque ya conocida ampliamente, vale la pena refrescar y asentar ciertos hechos indispensables para la buena marcha de esta exposición.



Tricocéfalo macho



Hembra



Huevecillo

El tricocéfalo, el TRICHURIS (BUTNER 1761), Trichocéfalos (GOZE 1782), Tricocéfalos hominis (SCHRANK 1788), Gusano Látigo, Trichuris Trichuris (LINNEO 1771), se conoce desde hace más de 100 años. Pertenece a la familia de los gusanos intestinales del género de los nemátodos, de los en que se dividen estos gusanos (Tremátodos, nemátodos y céstodos). Nemátodos quiere decir gusanos redondos.

PROFILAXIS DE LAS PARASITOSIS INTESTINALES

ROEDER y NAGLER lo determinaron clásicamente en la famosa fiebre tifoidea de GOTINGUE; entonces se dió al parásito el nombre de TRICHURIS (cabello y cola), creyendo que la parte afilada era el extremo caudal. En 1792 GOZE reconoció que este extremo, por el contrario, era la cabeza y dió al parásito el nombre de TRICOCEFALO.

Este parásito intestinal se encuentra extendido en todo el globo, y se comprueba sobre todo en las autopsias; por el descubrimiento de los huevos y apenas por la aparición de los gusanos en las mismas heces.

FARIA GOMEZ encontró el 67 por ciento de los casos en las autopsias de niños hasta la edad de 12 años.

ZIBELL en los niños de Rostock los encontró en el 90 por ciento; mediante la comprobación de los huevos en la preparación de las heces.

En la población infantil de México se ha podido comprobar que existe en el casi 70 por ciento de los casos, principalmente entre la edad de 5 a 12 años; y en la costa del Golfo, según estudios del doctor Ramos, hasta el 92 por ciento.

El tricocéfalo adulto es redondeado, de un color blanquecino, a menudo ligeramente pardo, y tiene un aspecto característico: su mitad posterior es abultada y la anterior es afilada como un cabello y en forma de látigo. La parte abultada contiene el intestino y el aparato genital.

Mide de 3 a 5 centímetros de longitud, su extremidad posterior está arrollada en espiral y de la cloaca terminal sale una especie de embudo con espinas que rodea la espícula. La hembra es más grande que el macho, y el extremo anterior es casi el doble de longitud que el posterior, casi siempre falsiforme.

CONTAGIOSIDAD

El CONTAGIO se realiza en los niños por el agua o productos alimenticios contaminados por contacto directo con la tierra (frutas, legumbres, etc., etc.) Se ha comprobado experimentalmente que desde el momento de la infestación hasta que salen los huevos por las heces pasan cuatro semanas.

El proceso es el siguiente: El HUEVO es expulsado en los excrementos y se desarrolla en el agua, pero este hecho es largo, pudiendo durar meses y aun años. La corteza es resistente, de modo que el embrión puede quedar en estado latente en el interior del huevo y no desarrollarse sino después de haber llegado al tubo digestivo, donde en presencia de los jugos del estómago, dicha corteza se disuelve y pone al embrión en libertad, necesitando para llegar a su madurez sexual 3 a 4 semanas (CALANDRUCIO).

LOCALIZACION

La localización del tricocéfalo es al nivel del intestino delgado en la última porción del ILEO, en el CIEGO y en el APENDICE, y muchas veces también en el intestino GRUESO. Anteriormente se creía que se alimentaban de materias fecales, hoy está demostrado que se nutren de SANGRE.

Los TRICOCEFALOS penetran por su extremo anterior en la MUCOSA, para chupar la sangre, pero no pasan de la capa muscular y entonces se ve al parásito con la mitad de su cuerpo dentro de la mucosa y la otra mitad fuera flotando; podríamos decir en la claridad del tubo digestivo.

TRICOCEFALOSIS

De una manera rápida pasaré revista al estado patológico que presenta un atacado de Tricocéfalosis, sin ser mi intención hacer una descripción completa, de esta enfermedad.

H. BRUNING y H. BISCHOFF dicen que con la presencia en el intestino de tricocéfalos en masa son posibles las anemias mortales por pérdida sanguínea continua (en el 92 por ciento de todos los portadores de tricocéfalos pueden comprobarse en el excremento hemorragias ocultas).

TOBLER vió a un niño de 4 años morir de diarrea grave con el cuadro clínico de INFANTILISMO DE HERTER, debido a la presencia, comprobada por la autopsia, de más de tres mil tricocéfalos.

Al desprenderse el parásito de la mucosa intestinal deja erosiones que pueden ser puertas de entrada de bacterias intestinales, y puede predisponer a una COLIBACILOSIS y quién sabe si favorecer infecciones tíficas y paratíficas.

El tricocéfalo produce también HEMOLISINAS, como el Anquilostoma Duodenalis, que provocan anemias graves. El tricocéfalo es factor de irritaciones intestinales, predisponiendo a la dispepsia. Se señalan también casos de apendicitis.

El doctor Ramos Contreras nos narra casos gravísimos en el Estado de Tabasco; en nuestra práctica de la costa del Golfo, en Pánuco, Estado de Veracruz, tuvimos también la oportunidad de comprobar casos de suma gravedad con cuadros de intoxicación aguda que en aquella época fueron tratados de una manera insuficiente, unos por el timol y otros por el tetracloruro de carbono sin resultados satisfactorios.

En la ciudad de México no han existido, que yo sepa; casos gravísimos, pero nos hemos encontrado, en cambio, en la mayoría de las veces, con estados crónicos rebeldes que poco a poco llevan al paciente sobre el camino de la DESNUTRICION y que es la consecuencia final de una tricocéfalosis oculta y traicionera.

En tesis general se observa lo siguiente:

Los niños empiezan a sufrir perturbaciones digestivas más o menos tenaces, que se repiten frecuentemente a intervalos de tiempo variable; llama la atención la ANOREXIA tenaz y la tendencia a hacerse GEOFAGOS. Vientre voluminoso y adelgazamiento cada vez más marcado. Tinte pálido y amarillento, anemia y la mayoría de las veces edemas de los pies y los párpados. Los dolores se localizan en la región peri-umbilical y hemos visto casos de verdaderos cólicos. La DIARREA es rebelde y reviste la forma de diarrea disenteriforme y de diarrea fétida. El cuadro no siempre es el mismo; casos hay en que el único síntoma es la DIARREA, pero eso sí rebelde a todo tratamiento; en estos casos puede ser una DIARREA SEROSA nada más.

El DIAGNOSTICO se establece por el examen parasitoscópico, de las materias fecales.

TRATAMIENTO

En Europa, según manifiestan BRUNING y H. BISCHOFF en la obra de SCHLOSMANN, el tratamiento de esta clase de parasitosis intestinal es por desgracia todavía un problema. En América y en México felizmente empuñamos una arma valiosísima contra este enemigo oculto que nos ha dado la victoria definitiva, casi lo aseguramos:

"La Leche de Higuerón."

Cabe la honra a Colombia y en esta a Antioquía de haber hallado el remedio específico contra la tricocéfalois.

Desde el año de 1877 el doctor Posada Arango, de Colombia, ensayó con el jugo de varias plantas del género FICUS, pero estos jugos eran fácilmente descompuestos por el aire. En Guatemala crece también un árbol frondoso del cual sirve el jugo. Me atrevo a afirmar que en los Estados de Tabasco y Chiapas, tan próximos a Guatemala, crece igualmente un corpulento árbol "el amate," que tiene las mismas propiedades medicinales, pues recuerdo todavía que en mi niñez nos daban nuestros progenitores "leche de amate" para combatir las lombrices. No sería remoto que ésta fuera la Leche de Higuerón de la América del Sur.

Esta planta pertenece botánicamente:

Al cuarto grupo fundamental, Espermatofitas; clase Angiospermas, subclase Dicotiledóneas, primera serie: Coripetalas, A) Monoclamideas; Orden, Urticinae; familia Moráceas; Género FICUS; Especie HIGUERON; nombre científico, FICUS Glabrata, nombre vulgar. Higuerón "AMARILLO;" principio activo: "Ficin" según Robbins.

Como he manifestado al principio de esta comunicación, nos ha llegado recientemente de Colombia el compuesto purísimo de Leche de Higuerón con el nombre de HIGUERONIA, conservado y estabilizado perfectamente. Con dicho producto he llevado a cabo experimentos verdaderamente satisfactorios y las historias clínicas que acompaño son pruebas fehacientes y recientes de lo que manifesté. Existe además otra bella propiedad como también ya dije, en este producto que se porta mejor dicho como un exterminador seguro de las ascárides lombricoides. Antes de la expulsión del tricocéfalo, causa satisfacción ver la salida de las lombrices repugnantes de los niños barrigones.

El producto HIGUERONIA se encuentra ya en el mercado de la capital distribuido en frascos de 30 gramos para una toma de adulto; en el prospecto que acompaña a cada frasco van bien claras las instrucciones para su administración.

CONCLUSIONES

1.—La tricocéfalois en México debe tomarse en consideración desde luego que puede causar daños serios en la población infantil, especialmente en nuestros niños pobres.

2.—En todas las instituciones de beneficencia, en las escuelas hogares, en centros industriales, en casas de cuna, en los hospitales, etc., etc., debe hacerse siempre al ingresar un niño un análisis parasitológico de sus materias fecales investigando principalmente tricocéfalos y sus huevecillos.

3.—A análisis positivo, administración "sine qua non" de HIGUERONIA.

CASOS CLINICOS

Van incluidos en seguida, resumidos según mis observaciones de cada caso y de cada institución o de las personas particularmente.

BIBLIOGRAFIA

1.—Tricocefalosis y su tratamiento (con leche de Higuerón). Doctores María Calle y Lázaro Uribe C. Academia de Medicina de Bogotá, Colombia.

2.—Tratado Enciclopédico de Enfermedades de la Infancia. SCHLOSMANN y FAUNDLERD.

3.—Clínica Moderna KLEMPERER.

4.—La Tricocefalosis en la Infancia. Doctor M. Ramos Contreras. Revista Mexicana de Puericultura, septiembre de 1932.

5.—Tratado de Medicina de los niños. P. Nobecourt.

6.—Boletín Sanitario de Guatemala. Julio de 1935.

7.—Estudio sobre la efectividad antihelmíntica de la leche de higuerón en el tratamiento de la tricocefalosis y su efectividad contra la infección de las ascárides, por Fred. C. Caldwell y Alfredo L. Caldwell.

8.—Statement of International Health Division of the Rockefeller Foundation. Schapiro L. 1925.

9.—Pathogenic role of trichocephalus dispar. Arch. Inter. Med. (Chicago). Fernan Nuñez M.

10.—Note on the present status of anthelmintic medication. United States Naval Med. Bull. 1923. Hall Maurice C.

11.—Medicina y Cirugía. Doctor José M. Montoya y doctor Julio Manrique. Mayo 1920. Bogotá.

12.—Tricocefalosis y su tratamiento con jugo de Higuerón. Miguel María Calle.

13.—Ictericia Hemolítica causada por Tricocéfalos. Boletín y Memorias de la Sociedad Médica de los Hospitales de París. Junio de 1931.

14.—Tratado de Patología de Enríquez.

15.—Tratamiento de la tricocefalosis. American Journal of Medical Sciences, Philadelphia, abril 1927.

16.—Raros síntomas en la parasitosis intestinal. Ranieri. Riforma Medica, Junio de 1930.

CONCLUSIONS

1.—Trichuriasis infestation in Mexico, must be seriously studied at once, since it may cause grave damage in our child population, specially among our poor children.

2.—In all our orphanatories, hospitals childrens, childrens homes, industrial centers and foundlings hospitals, immediately upon admission of every child patient, his stools should be submitted to a parasitoscopic analysis particularly to investigate the presence of trichocephalus and its ova.

3.—If the analysis turns out to be positive the proper dose of "Higueronia" should immediately be administered.

Nombre	Edad	Diagnóstico	Ascárides	Tomas	Resultado	Origen de la Observación
F. H.	3 años	Tricoc.	sí sí y	1	Positivo Positivo y	Casa Cuna
G. H.	12 "	T.	tenia	2	expul. de tenia	Part.
G. K.	6 "	T.	no	1	Positivo	Centro Higiene
F. J.	4 "	T.	no	1	Id.	Part.
H. K.	3 "	T.	sí	1	Id.	C. C.
F. T.	8 "	T.	sí	2	Id.	Part.
F. Y.	12 "	T.	no	2	Id.	Part.
F. S.	4 "	T.	sí	1	Id.	C. C.
A. L.	9 "	T.	sí	1	Id.	C. H.
C. U.	4 "	T.	no	2	Id.	C. C.
F. H.	11 "	T.	no	1	Id.	Part.
G. K.	5 "	T.	sí	1	Id.	Part.
R. T.	7 "	T.	no	2	Id.	Part.
G. H.	8 "	T.	no sí y	1	Id. Positivo y	C. H.
T. U.	11 "	T.	tenia	2	exp. de tenia	Part.
J. L.	18 "	T.	no	2	Postivo	Part.
D. G.	5 "	T.	sí	1	Id.	C. C.
A. H.	8 "	T.	no	1	Id.	Part.
F. H.	6 "	T.	sí	1	Id.	C. C.
S. P.	4 "	T.	no	1	Id.	C. C.
F. G.	9 "	T.	no	2	Id.	Part.
G. D.	4 "	T.	no no pero	1	Id.	C. H.
W. T.	10 "	T.	tricomonas	2	Id.	Part.
G. K.	9 "	T.	no	2	Id.	Part.
D. H.	3 "	T.	no	1	Id.	C. C.
F. D.	7 "	T.	sí	1	Id.	Part.
A. E.	5 "	T.	sí	2	Id.	C. C.
B. T.	4 "	T.	sí	1	Id.	Cuna.

MEMORIA DEL VII CONGRESO PANAMERICANO DEL NIÑO

Nombre	Edad	Diagnóstico	Ascárides	Temas	Resultado	Origen de la observación
A. V.	6 "	H. de T.	si	1	Positivo	Cuna.
H. T.	8 "	Tri.	no	1	Id.	Particular
M. B.	8 "	Huevos	no	2	Id.	Particular
H. P.	14 "	H.	no	2	Id.	C. H.
F. P.	24 "	T. y H.	si	2	Id.	Part.
M. P.	9 "	T.	si	1	Id.	C. H.
P. H.	3 "	H.	no	1	Id.	Cuna.
D. G.	5 "	T.	si	1	Id.	Cuna.
L. P.	30 "	H. y T.	no	3	Id.	Part.
T. S.	6 "	H.	si	1	Id.	Cuna.
O. G.	12 "	T. y H.	si	2	Id.	Part.
M. D.	11 "	T.	no	2	Id.	Part.
N. D.	6 "	H.	si	1	Id.	Cuna.
G. K.	4 "	T. y H.	no	1	Id.	Part.
F. I.	12 "	T.	si	2	Id.	Part.
G. K.	9 "	H.	si	1	Id.	Part.
G. H.	3 "	T. y H.	no	1	Id.	Cuna.
R. T.	4 "	H.	si	1	Id.	Part.
D. J.	6 "	T.	no	2	Id.	Part.
C. K.	7 "	T.	no	1	Id.	Part.
G. H.	3 "	H. y T.	si	1	Id.	Cuna.
F. E.	12 "	T.	no	2	Id.	Part.
H. U.	14 "	H.	no	2	Id.	Part.
E. Y.	3 "	H.	si	1	Id.	C. H.
F. J.	2 "	H. y T.	si	1	Id.	Part.
T. O.	6 "	T.	no	2	Id.	Part.

MORTALIDAD EN LOS NIÑOS CON PARASITOS INTESTINALES

Dr. HORACIO RUBIO.
Pachuca, Hgo., México.

ME ha llamado fuertemente la atención desde hace varios años la frecuencia con que niños de diversas edades, atacados de padecimientos diferentes, expulsan metazoarios intestinales; unas veces espontáneamente, al parecer; otras bajo la acción de tratamientos que contengan algún vermífugo, por ejemplo el calomel, aun cuando aplicado con otro objeto.

Niños muy pequeños han evacuado helmintos que no se sospecharía tuvieran. Observé un niño de nueve meses, alimentado exclusivamente con la leche materna, que arrojó un ascaris. Puede explicarse la infestación porque el niño, que ya gateaba, se hubiese llevado a la boca un objeto contaminado con huevos de helminto, o que la madre, al tocar el pecho para darlo a su hijo, lo haya contaminado con las manos sucias.

De los padecimientos febriles el sarampión es aquel en que se puede observar con mayor frecuencia la evacuación de los ascaris lumbricoides. Naturalmente, la observación es más frecuente en los niños proletarios, lo cual se explica con facilidad, ya que en ellos hay pocos cuidados de aseo personal y menor educación higiénica que en las familias de posición desahogada.

Creí observar también que muy diversas dolencias adquirían caracteres de gravedad y terminaban por la muerte en los niños parasitados, con mayor frecuencia que en los no portadores de helmintos.

Impresionado por tales hechos me propuse hacer observaciones durante varios años y así lo he realizado durante los cuatro últimos, aplicando vermífugos a los niños con dolencias de índole diversa, siempre que no hubiera contraindicación para ello, ni se pudiera retardar la curación con la aplicación del medicamento parasiticida. En los 361 casos observados pude seguir la evolución de la enfermedad hasta su terminación.

En la mayoría de los pacientes usé la santonina en dosis de uno o dos centigramos diarios por año de edad durante un día y a veces dos, acompañada casi siempre de calomel o seguida de otro evacuante, sobre todo de aceite de ricino o magnesia calcinada. Pocos casos traté con ascaridol en perlas o en solución oleosa y todavía más escasa fué la aplicación de helmitol. El extracto de helecho sólo fué usado en casos de tenias.

Con la santonina no he observado ningún caso severo de síntomas de intoxicación. Pocas veces advertí jantopsia y en dos ocasiones ictericia. Su acción es, en general, lenta. Los niños duran expulsando parásitos hasta cuatro días y observé una niña que arrojó un ascaris quince días después de tomar la santonina. En este caso se debe pensar que la expulsión probablemente no fué debida al vermífugo.

El ascárido ha ocasionado con frecuencia ardor epigástrico y en sólo un caso angustia, excitación nerviosa y un estado lipotímico en una niña muy impresionable.

Pocas dolencias hay que puedan presentar síntomas tan variados como las parasitosis intestinales; celialgias pre o post-prandiales, o que se presentan de un modo completamente irregular; anorexia, hiperorexia, geofagia, gastritis, enteritis o disenterías agudas, meteorismo, prurito nasal o anal, vulvitis, anemia, adelgazamiento, debilidad, pereza física y mental, excitabilidad nerviosa, insomnio, ataques epileptiformes, meningismo, disnea y taquicardia. Fiebres de forma paratifoidea han desaparecido un día o dos después de que los pacientes expulsaron ascárides.

En algunos casos, la muerte pareció debida a la acción mecánica directa de los parásitos. Una niña con sarampión, sin gravedad aparente, murió al estar arrojando, por boca y nariz, ascaris lumbricoides. Presumo que la muerte fué causada por asfixia, mediante un espasmo originado por la penetración de los helmintos a la glotis.

Numerosos pacientes he visto, entre niños y mujeres adultas, en quienes los síntomas principales de la parasitosis intestinal son insomnio, excitación nerviosa, inquietud y temor inexplicables. En presencia de tales casos conviene pensar siempre en la posibilidad de que existan parásitos y aplicar un tratamiento de prueba.

Recuerdo a una señora con cefalalgia, insomnio pertinaz, excitación nerviosa, que la llevaba hasta tener alucinaciones del oído; cuadro sintomático que desapareció definitivamente al saber que la enferma daba albergue a una tenia y aplicarle con éxito el tratamiento para expulsarla. Los niños que presentan sueño intranquilo, que hablan dormidos o tienen tendencia a levantarse mientras duermen, deben ser sospechosos de albergar helmintos, si no se encuentran otras causas que expliquen tales síntomas.

Está ahora averiguado por los médicos de nuestro servicio médico escolar, que los niños con metazoarios intestinales no progresan en sus estudios de un modo regular, lo cual es ya motivo poderoso para hacer una guerra continua a los helmintos. De mis observaciones se desprende que éstos ejercen una influencia indudable y acentuada sobre el incremento de la mortalidad infantil, que hacen aumentar casi al doble y que el sarampión, si está acompañado de helmintiasis, causa una mortalidad entre tres y cuatro veces mayor que en los niños sin parásitos intestinales.

De los 361 niños, en quienes busqué metazoarios intestinales, prescribiendo algún vermífugo, se pudo observar la expulsión de helmintos en 124, es decir, en 34.3% de ellos. Cuatro expulsaron tenias, trece tenían oxiuros y tanto algu-

MORTALIDAD POR PARASITOS INTESTINALES

nos entre éstos, como todos los demás, daban alojamiento a ascaris lumbricoides. No encontré uncinarias, no obstante ser Pachuca un lugar con sus minas infestadas y ser muy probable que los mineros extraigan de ellas larvas en su ropa y calzado. Si he observado las uncinariasis en varias señoras, familiares o no de los mineros.

Probablemente hay algún error por defecto en el número de niños parasitados, porque en varios casos no se hizo la investigación del helminto en las heces, bien por olvido de los familiares, ora porque el paciente evacuó en fosas sépticas.

La parasitación por edades fué como sigue: hasta de 1 año: enfermos observados, 21; con parásitos, 1; de 1 a 2 años; enfermos, 67; parasitados, 13; de 2 a 3 años, 64 y 25; de 3 a 4 años, 43 y 19; de 4 a 5 años, 30 y 13; de 5 a 6 años, 29 y 10; de 6 a 7 años, 30 y 13; de 7 a 8 años, 15 y 4; de 8 a 9 años, 18 y 6; de 9 a 10 años, 17 y 7; de 10 a 11 años, 10 y 4; de 11 a 12 años, 5 y 2; de 12 a 13 años, 7 y 3; y de 13 a 14 años, 5 enfermos y 4 parasitados. Aun cuando en números tan pequeños no se debe hablar de tanto por ciento, se observa que la proporción de niños con helmintos fué aumentando con la edad, desde 5% en los menores de un año, hasta el 80% en los cercanos a 14 años.

De los 361 niños anotados murieron 34, es decir, la mortalidad global fué de 9.4%. Comparando la mortalidad entre los niños que no expulsaron parásitos, con la de aquellos que sí arrojaron, tenemos: 237 niños sin helmintos, fallecieron 13, que arroja una mortalidad de 5.48%; en tanto que de los 124 que tenían parásitos, fallecieron 21, lo que da una mortalidad de 16.93%, más del triple que en los primeros.

Examinando las cifras que dan los enfermos de sarampión obtenemos: de 95 sarampionosos fallecieron 15, con una mortalidad de 15.78%; estos enfermos fueron observados principalmente durante la epidemia de 1932, que fué singularmente mortífera. Entre ellos hubo 67 que no tenían parásitos intestinales y de ellos fallecieron 6, con una mortalidad de 8.95%; los 28 sarampionosos con parásitos dieron una mortalidad de 9, es decir, de 32.14%, casi cuádruple que en los no infestados. Las dolencias agudas inflamatorias del aparato digestivo fueron en su mayor parte las causas de defunción en los sarampionosos con helmintos. Así, pues, tanto la letalidad en el total de los niños observados, como la ocasionada por el sarampión, son tres veces superiores entre los niños con metazoarios intestinales, que entre quienes no los albergaban.

Surge desde luego la cuestión de saber si entre las helmintiasis intestinales y el aumento de mortalidad infantil, hay simplemente coexistencia o existe entre ellas una relación de causalidad. Anotamos ya que las parasitosis son más frecuentes entre los niños de clase humilde, lo cual puede explicarse, porque en ellos la alimentación no se verifica tomando en cuenta reglas higiénicas y están, por tanto, más expuestos a las causas de contaminación. La alimentación defectuosa en cantidad y calidad, los pone en condiciones de menor resistencia orgánica para las enfermedades en general. Tanto las parasitosis, como la mortalidad, pueden ser en ellos más acentuadas, por depender de una misma causa y no porque las helmintiasis ocasionen aumento de la mortalidad. Puede dilucidarse esta cuestión, haciendo una pesquisa en las es-

cuelas particulares, adonde concurren niños de familias acomodadas, o realizándola sobre varios miles de niños para alejar la influencia de un régimen alimenticio diverso. Yo creo que si hay relación de causa a efecto, entre las helmintiasis intestinales y el aumento de la mortalidad infantil, porque he realizado mis observaciones, principalmente sobre niños proletarios, que se encuentran sensiblemente sometidos a la misma alimentación.

En el caso de que los metazoarios intestinales ejerzan acción real sobre el incremento de la mortalidad infantil, ¿cómo puede explicarse su acción nociva? He aquí amplio campo abierto a las hipótesis: pueden elaborar sustancias tóxicas, ya hemolíticas, ya neurótropas, que hagan el organismo infantil más frágil a las causas morbigenas; podría acontecer también que los helmintos lleven en sí gérmenes infecciosos que agreguen un nuevo factor morbozo; o bien, que obrando mecánicamente, provoquen por vía refleja trastornos nerviosos inhibidores de funciones orgánicas que son importantes medios de defensa. En realidad, el mecanismo de su acción morbosa es menos importante que el conocimiento de que ella existe, pues éste nos permitirá influir favorablemente sobre la mortalidad infantil, si procuramos disminuir las parasitosis.

Los hechos recogidos señalan una orientación para investigaciones posteriores más numerosas e indican desde luego la necesidad urgente de emprender una campaña general contra los parásitos intestinales, para atacar uno de los factores que contribuyen a elevar la mortalidad infantil.

Si se lograra que los niños permanecieran indemnes de metazoarios intestinales, de acuerdo con las cifras anteriores, disminuiría la letalidad, por ese solo hecho, casi a la mitad. En los lugares de clima tropical, donde la infestación de los niños llega hasta el 90 ó el 100%, la disminución de la mortalidad llegaría a la tercera parte de la cifra actual.

La campaña contra los metazoarios intestinales no encontrará obstáculos serios. Los médicos podemos usar de una manera sistemática el tratamiento anti-vermíneo en todos los niños de más de un año de edad, siempre que no haya contraindicación alguna, y recomendar a los familiares la aplicación del tratamiento a los demás niños, cada año. Los médicos de hospicios dispensarios y hospitales para niños, podrían aplicar los vermífugos periódicamente. En cuanto a los escolares, las autoridades sanitarias federales o locales, principiarían por una labor de propaganda para lograr la persuasión de los padres de familia y exigir después que los niños reciban anualmente la aplicación de algún vermífugo a su ingreso a la escuela, al principiar los cursos anuales.

La civilización actual tiene entre sus características la lucha intensa contra todos los parásitos del hombre. Los habitantes del centro del Africa, que ocupan los peldaños más bajos de la escala humana, son quienes albergan mayor número de parásitos. A medida que el hombre se eleva en el nivel de cultura, se esfuerza cada vez más por librarse de los parásitos que continuamente le amenazan.

Para preservar a los niños de los peligros que para ellos representan los helmintos, deberemos emprender una lucha sistemática iniciada desde el segundo año de la vida, sostenida año tras año. Esta lucha debe consistir principal-

mente, en la aplicación anual de vermífugos. La dotación de agua potable en las diversas agrupaciones humanas, será otro factor de mucha importancia. Como sabemos que el sarampión es enfermedad habitualmente observada en primavera con carácter epidémico, y las parasitosis casi cuadruplican la mortalidad ocasionada por la pirexia, sería conveniente aplicar dos antihelmínticos al iniciarse el año. De esta manera, al comenzar las epidemias de sarampión, se habrá eliminado o, por lo menos, abatido uno de los factores que elevan la mortalidad infantil.

He observado también que los niños con helmintos intestinales enferman con más frecuencia que aquellos que no los albergan: una niña de catorce años, próxima ya a la pubertad, padeció con frecuencia de accesos febriles atribuidos a trastornos digestivos y casi en cada uno de ellos expulsaba ascárides; cuando terminó la expulsión dejaron de presentarse las pirexias. Otros niños adquieren amigdalitis o bronquitis agudas de repetición, que cesan cuando se ha desahogado su intestino de los helmintos. Esto puede comprobarse examinando los niños de las escuelas y comparando las asistencias de los parasitados y los indemnes. La campaña tendría también, por consecuencia, una disminución de la morbilidad infantil con aumento de la robustez y del aprovechamiento escolar de los niños.

Como resumen creo que hay fundamento para establecer las siguientes conclusiones:

1º En Pachuca el 34% de los niños enfermos tienen metazoarios intestinales. En lugares de clima tropical, la proporción es mucho mayor.

2º La mortalidad observada en Pachuca en los niños con helmintos intestinales, es más del triple de la anotada en niños sin parásitos.

3º La mortalidad ocasionada por el sarampión en niños con parásitos de las vías digestivas, es casi cuádruple de la observada en niños sin parásitos.

4º Los metazoarios intestinales deben ser considerados, por tanto, como un factor importante de incremento en la mortalidad infantil. Contribuyen también a preparar el organismo para adquirir con mayor frecuencia diversas enfermedades.

5º En consecuencia, es indispensable emprender una campaña intensa contra las zoonosis intestinales de los niños. Los médicos debemos recomendar a nuestros clientes la ventaja de aplicar vermífugos a los niños, desde el segundo año de la vida, por lo menos una vez anualmente. Las autoridades sanitarias podrían hacer primero una campaña de persuasión, no muy difícil por cierto, entre los padres de familia y realizar después, en masa, tratamiento de los escolares, o recabar constancia médica de que cada niño ha sido sometido al principiar el año a un tratamiento antihelmíntico, antes de ingresar a la escuela. En los hospicios, hospitales y dispensarios para niños, fácilmente se aplicará el tratamiento a los mayores de dos años.

Para terminar me permito someter a este H. Congreso la proposición que sigue:

Expóngase ante las autoridades sanitarias de los países neocontinentales la conveniencia de emprender o redoblar la campaña contra los metazoarios intestinales, como un medio de atenuar la elevada cifra de la mortalidad infantil.

MORTALITY IN CHILDREN WITH INTESTINAL WORMS SUMMARY:

The author has used anthelmintic treatment in 361 children attacked by any kind of diseases, with the purpose of finding the mortality in parasitized children and non parasitized ones.

In Pachuca, 2,425 meters above the level of the sea, there were 124 parasitized children —most of them with round worms— that is, 34 per cent. In tropical climate the per cent of parasitized children, is 90 o 100.

The mortality in 237 non parasitized children was 13, that is, 5.48 per cent.; 21 of the 124 parasitized ones were dead, that is, 16.93 per cent, thrice as large that in non parasitized ones.

95 children were measles sick and among them there were 15 deaths, a mortality of 15.78 per cent. 28 children were attacked at the same time by measles and intestinal worms and died 9 of them, 32.14 per cent. 67 non parasitized children wich suffered measles had a mortality of 8.95 per cent, corresponding to 6 deaths among them, less than one third of those in parasitized ones.

The total mortality in 361 children observed was 34, that is, almost 10 per cent.

It seems that intestinal metazoa have an important action in the increasing of mortality due to all diseases in children. Or course, it is necessary to start or to strengthen a campaign against intestinal metazoa.

This Panamerican Congress should invite the Sanitary Authorities of all the American countries as to strengthen the campaign against intestinal metazoa as a means of decreasing them mortality in children.

EL TETRACLORETILENO EN LA UNCINARIASIS

Dr. AGUSTIN HERNANDEZ MEJIA.
México, D. F.

ANTECEDENTES

POR demás está expresar en este modesto resumen, los estragos que la uncinariasis ocasiona en las costas del Golfo de México, tanto entre los niños, como en los adultos y muy especialmente entre los primeros.

Miles de adultos son imposibilitados por esta enfermedad para el trabajo, y mayor cantidad de niños son atacados por ella anemiándolos, deteniendo el crecimiento de su organismo e inutilizándolos por completo, en muchísimas ocasiones, para aprovecharse de las enseñanzas escolares.

En un gran número de las poblaciones del litoral del Golfo de México, el ciento por ciento de sus habitantes se encuentran parasitados.

Es la uncinariasis una enfermedad verdaderamente cruel, pues otros padecimientos terminan rápidamente su tarea matando a sus víctimas, mientras ella parece que se complace en prolongar los suplicios a que sujeta a los pacientes, inutilizándolos para el trabajo, arruinando la riqueza pública, y hasta degenerando la raza.

Por eso es de tanta importancia y trascendencia la solución de este grande problema sanitario, tanto para nuestro país como para aquellas naciones hermanas que tengan problemas semejantes.

Entre las medidas de dominio de esta enfermedad entra con carácter de obvia, la desparasitación de los enfermos, pues cada uno de ellos es una fuente de infestación de este padecimiento.

De aquí que con verdadero anhelo y tesón, se busquen las drogas que contribuyan a la solución del arduo problema.

Cuando en 1927 se comenzó a tratar a los enfermos de uncinariasis en la Unidad Sanitaria Cooperativa de "Puerto México-Minatitlán," se usó la esencia de quenopodio, no sin dificultades y peligros por lo tóxica que es esta droga.

En las clínicas establecidas con este objeto, los médicos encargados de ellas, siempre estuvieron atentos a los accidentes de intoxicación que con frecuencia se presentaron, ya en los niños o bien en los adultos en tratamiento, y de seguro que buen número de ellos hubieran terminado de modo trágico sin las atenciones que inmediatamente se les prestaron.

De aquí que durante estas clínicas no se permitiera ausentarse a las personas en tratamiento, sino después de haber eliminado por la vía intestinal, la mayor parte de la dosis de esencia de quenopodio ingerida.

Por otra parte, la sintomatología ocasionada por la absorción ordinaria de la esencia de quenopodio, es por demás penosa para la generalidad de las personas, pues consiste en cefalalgia intensa, vértigo, náuseas, sensación de quemadura en las manos, pies y estómago. Y en los casos graves, pérdida del conocimiento, pulso frecuente y filiforme, colapso y muerte, si no se atendía a los pacientes inmediata y enérgicamente.

Así pues, ni los enfermos, ni los médicos disfrutaban siquiera de relativa tranquilidad durante estos trabajos.

No obstante lo anterior, las clínicas se encontraron siempre rebosantes de enfermos, muchos de ellos procedentes de poblaciones lejanas, lo que demostraba su abundancia y el cambio radical, satisfactorio y benéfico, que esta clase de pacientes experimentaban en sus organismos, después de expulsados los parásitos.

Pero los antihelmínticos son mejores, mientras son más inocuos para el hombre y más mortíferos para los parásitos, papel que por ahora llena del mejor modo el Tetracloretileno.

TETRACLORETEILENO

El Tetracloretileno es un líquido incoloro, de olor que recuerda el del cloroformo y de sabor algo dulce, lo que permite a los niños ingerirlo mezclado con agua. Su fórmula es C_2Cl_4 .

En los meses de mayo, junio, julio y agosto de 1931 el suscrito estudió sus propiedades antihelmínticas en la sala de medicina interna del Hospital Civil de Jalapa, Estado de Veracruz.

Desde luego se procedió a investigar la tolerancia de los adultos al Tetracloretileno y con este objeto se escogieron 4 individuos, sujetándolos a un examen clínico y de laboratorio minucioso, especialmente respecto al hígado y riñones. Habiéndose encontrado normales las personas de referencia, se ministró a cada una de ellas en ayunas 5 c. c. de Tetracloretileno en cápsulas.

Esta dosis produjo cefalalgia moderada, embriaguez, sensación de calor en el estómago y náuseas, habiéndose disipado la cefalalgia después de 6 u 8 horas y los tres últimos síntomas después de 2 ó 3 horas.

El pulso, la respiración y la temperatura no sufrieron modificación alguna. Estos individuos fueron observados durante un mes, sin presentar nada anormal.

Hay que hacer notar, que el Tetracloretileno fué ministrado solo, sin acompañarlo de purgante.

Se pasó después a buscar la dosis útil del medicamento, principiando por administrar 2 c. c. a los adultos en ayunas y sin purgante; encontrándose que esta dosis era útil, es decir, que expulsaba los parásitos y además que sólo producía sensación de calor en el estómago y en algunos enfermos, ligera ce-

falalgia que desaparecía en 2 ó 3 horas después de ingerido el medicamento. Muy pocos fueron los enfermos en los que produjo náuseas y ligera sensación de borrachera.

Se usó también en niños de 9 a 10 años, a la dosis de 1 c. c., sin producir en ellos trastorno alguno.

Encontrado lo anterior, se trató a un grupo de enfermos en la siguiente forma:

1º Investigación de huevecillos en los excrementos, por el método de flotación en solución saturada de cloruro de sodio, anotando los resultados con una cruz, cuando fué necesario recorrer varios campos del microscopio, para encontrar los huevecillos; con dos cruces, cuando se encontraron huevecillos en todos los campos, y con tres cruces, cuando se encontraron con abundancia en cada campo.

2º La búsqueda de huevecillos se hizo no sólo por lo que respecta a los de la uncinaria, sino también a los de ascárides, tricocéfalos, oxiuros y otros que pudieran encontrarse.

3º Examen médico de los individuos que resultaron parasitados y análisis de sus orinas, para investigar si dichos individuos se encontraban en buenas condiciones, a fin de recibir el Tetracloreileno.

4º Los enfermos que se encontraron con funciones hepáticas y renales normales y sin fiebre, fueron tratados como sigue:

En ayunas se ministró a cada uno de ellos 2 c. c. de Tetracloreileno en 4 cápsulas, dándoseles una cada media hora. Una hora después tomaron un purgante de sulfato de sosa; más tarde se les dió a tomar una infusión de hojas de naranjo o de limón en abundancia y cada vez que lo desearon.

A medio día se permitió a los enfermos tomar alimento.

Todas las deyecciones de estos pacientes, fueron recogidas durante el día de la aplicación de la droga y el siguiente, contándose en ellas con todo cuidado y minuciosidad, los parásitos expulsados.

Las dosis del medicamento fueron dadas a los enfermos durante esta primera experiencia, un día sí y dos no, con la esperanza de reducir la duración del tratamiento; pero hubo de abandonarse este método, porque los enfermos fueron atacados por una cefalalgia intensísima y pertinaz, además de arritmia y taquicardia alarmantes.

Ministrando el medicamento cada semana, no se observaron estos fenómenos, sino que fué perfectamente tolerado sin molestias ni peligros para los enfermos.

De modo definitivo se aceptó el método seminario de tratamiento, naturalmente que sujeto a las modificaciones que la práctica y la observación indicaran como necesarios en lo sucesivo.

Los fenómenos observados fueron los siguientes:

APARATO DIGESTIVO

- a). Sensación de calor en el epigastrio, rara vez de quemadura, con 2 c. c.
- b). Náuseas con dosis de 5 c. c.
- c). El Tetracloretileno no tuvo acción laxante por sí solo.

SISTEMA NERVIOSO

- a). Algunos enfermos experimentaron muy ligera y efímera sensación de embriaguez con 2 c. c. Los que tomaron 5 c. c. sintieron sensación de embriaguez.
- b). Con 2 c. c. hubo en algunos pacientes ligera cefalalgia. Con dosis repetidas de esta misma cantidad, pero ministradas a cortos intervalos, la cefalalgia fué intensísima y duradera. Con dosis de 5 c. c., la cefalalgia fué considerable y duró de 6 a 8 horas.

APARATO RESPIRATORIO

No se observó nada de particular en la función respiratoria.

APARATO CIRCULATORIO

Con dosis semanales de 2 c. c., el Tetracloretileno no tuvo acción alguna sobre el aparato circulatorio así como las dosis de 5 c. c. que se ministraron; pero con dosis repetidas de 2 c. c. se presentó en los enfermos notable arritmia y taquicardia, que sólo desaparecieron cuando se dejó de ministrar el medicamento.

RESULTADOS DEL METODO

Los resultados obtenidos con este método, tanto en niños como en adultos, fueron todos semejantes a los dos casos que en seguida se consignan:

Nº 1.

Carmelo González, de Celaya. Edad: 30 años. peso 44.600 Ks.

Estatura: 1.54 m. Hemoglobina 42%.

Examen de orina: contiene bilis e indicán aumentado.

Examen de excremento: huevecillos de uncinaria: x x x.

Examen de excremento: huevecillos de tricocéfalos: x.

Tratamiento.—Dos centímetros cúbicos en cuatro cápsulas tomadas en ayunas y repartidas una cada media hora. Después de haber transcurrido una hora de haber tomado la última cápsula, se dió un purgante de sulfato de sosa ordinario, de 35 gramos de sal por 200 de agua, permitiéndose tomar alimento al enfermo a medio día.

Resultado:

Primer tratamiento: El día 10 de mayo.

El enfermo tuvo: 6 evacuaciones y se recogieron de los excrementos, 1,113 uncinarias.

EL TETRACLORETILENO EN LA UNCINARIASIS

Segundo tratamiento: Ocho evacuaciones y 156 uncinarias.
Tercer tratamiento: Ocho evacuaciones y 48 uncinarias.
Cuarto tratamiento: Ocho evacuaciones y 6 uncinarias.
Quinto tratamiento: Seis evacuaciones y 12 uncinarias.
Sexto tratamiento: Ocho evacuaciones y 0 uncinarias.
Séptimo tratamiento: Seis evacuaciones y 0 uncinarias.
Examen de las materias fecales para investigación de huevecillos de uncinaria: NEGATIVO.

Al darse de alta este enfermo pesó 50.500 Kgs. y tuvo de hemoglobina 70%.

Totales:

Tetracloretileno ministrado: 14 c. c.

Evacuaciones: 50.

Uncinarias: 1,335.

Nº 2.

Pedro Fierro, de Misantla, Ver. Edad 18 años. Peso 46.150 Kgs.

Estatura: 1.64 mts. Hemoglobina: menos de 10%.

Examen de orina: urobilina e indicán aumentado.

Examen de excremento: huevecillos de uncinaria: x x x.

Examen de excremento: tricocéfalos: x.

Resultado:

Primer tratamiento:

Tuvo el enfermo seis evacuaciones, recogiendo 1,082 uncinarias.

Segundo tratamiento: Tuvo 6 evacuaciones y 280 uncinarias.

Tercer tratamiento: Tuvo 7 evacuaciones y 0 uncinarias.

Cuarto tratamiento: Tuvo 7 evacuaciones y 1 uncinaria.

Quinto tratamiento: Tuvo 4 evacuaciones y 8 uncinarias.

Sexto tratamiento: Tuvo 10 evacuaciones y 3 uncinarias.

Séptimo tratamiento: Tuvo 12 evacuaciones y 0 uncinarias.

Octavo tratamiento: Tuvo 8 evacuaciones y 1 uncinaria.

Noveno tratamiento: Tuvo 6 evacuaciones y 0 uncinarias.

Examen de las materias fecales para investigación de Huevecillos de Uncinaria: NEGATIVO.

Al darse de alta el enfermo, su peso fué de 50.400 Kgs. y tuvo de hemoglobina 60%.

Totales:

Tetracloretileno ministrado: 18 c. c.

Evacuaciones: 66.

Uncinarias: 1,375.

Las personas parasitadas al mismo tiempo con uncinarias, ascárides y tricocéfalos, en ningún caso arrojan estos dos últimos parásitos bajo la acción del

Tetracloretileno, de lo que se respresenta que esta droga es un antihelmíntico poderoso contra la uncinaria, pero sin acción alguna contra los ascárides y quizá muy escasa contra los tricocéfalos.

Estos fueron los trabajos que se ejecutaron con el Tetracloretileno en enfermos hospitalizados.

Durante el mismo año de 1931, en la Unidad Sanitaria Cooperativa de Tierra Blanca, Ver., y bajo la dirección del Sr. Dr. H. P. Carr, con toda la inteligencia y prudencia necesarias, se hicieron al mismo tiempo que los trabajos anteriores, observaciones metódicas y cuidadosas con el Tetracloretileno en enfermos no hospitalizados, las que demostraron igualmente la inocuidad de la droga para los pacientes y su efectividad como antihelmíntico, puesta de manifiesto por el conteo de huevecillos de uncinaria.

Posteriormente y a partir de los años de 1932 a la fecha, el Tetracloretileno substituyó totalmente, en las Unidades Sanitarias del Servicio de Higiene Rural, a la esencia de quenopodio en el tratamiento de la uncinariasis, por su inocuidad para niños y adultos y por sus excelentes resultados como antihelmíntico.

Hasta el segundo semestre del presente año, en las Unidades Sanitarias arriba mencionadas, dependientes de la Oficina Cooperativa de Especialización Sanitaria y de Higiene Rural (antes Servicio de Higiene Rural), cuatro de las cuales se encuentran precisamente en las costas del Golfo de México, en donde la infestación parasitaria intestinal alcanza su más alto porcentaje, se han ministrado 134,196 dosis de Tetracloretileno a niños y adultos, lo que es ya un número de consideración y más si se tiene en cuenta que no se ha presentado hasta hoy un solo accidente de carácter serio entre los miles de personas tratadas.

Las dosis de Tetracloretileno usadas actualmente en las Unidades Sanitarias de Minatitlán, Puerto México, Tierra Blanca y Tuxtepec, son las siguientes:

DOSIS DE TETRACLORETEILENO

De 3 a 4 años	0.30 a 0.40 de c.c.
De 5 a 6 años	0.40 a 0.50 de c.c.
De 7 a 8 años	0.50 a 0.75 de c.c.
De 9 a 10 años	0.75 a 1.00 de c.c.
De 11 a 12 años	1.00 a 1.25 de cc.
De 14 a 15 años	1.75 a 2.00 de c.c.
De 16 en adelante	2.00 a 2.50 de c.c.

A ninguna persona se trata sin previo examen médico y de sus excrementos.

Cuando las personas resultan al mismo tiempo parasitadas por ascárides y uncinarias, antes de tratarlas contra estos últimos parásitos, se desaloja el intestino de los ascárides que contenga por medio de la esencia de quenopodio, porque estos parásitos bajo la influencia del Tetracloretileno se apolotonan y cuando la parasitación es intensa, pueden ocasionar obstrucción intestinal y la muerte.

No está por demás indicar en este lugar, la dosificación de esencia de quenopodio con 75 % aproximadamente de ascaridol, que se usa para el tratamiento de los ascárides y que es como sigue:

EL TETRACLORETILENO EN LA UNCINARIASIS

De 3 a 4 años.....	0.10 a 0.12 de c.c.
De 5 a 6 años.....	0.12 a 0.15 de c.c.
De 7 a 8 años.....	0.15 a 0.20 de c.c.
De 9 a 11 años.....	0.20 a 0.30 de c.c.
De 12 a 13 años.....	0.30 a 0.40 de c.c.
De 12 a 15 años.....	0.40 a 0.50 de c.c.
De 15 en adelante.....	0.50 a 0.75 de c.c.

En estos casos se usan como purgantes ya sea el aceite de ricino o el sulfato de sodio.

Para la dosificación tanto del Tetracloretileno como del quenopodio, se tiene muy en cuenta el estado general de los pacientes y en los niños su edad física.

La esencia de quenopodio se ministra en cápsulas y a los niños pequeños se les da mezclado con aceite de ricino.

El Tetracloretileno igualmente se da en cápsulas y a los niños de corta edad, mezclado en una cucharada de agua.

En las clínicas, no obstante lo inocuo del Tetracloretileno, el médico encargado de ellas vigila constantemente a los pacientes tratados con el Tetracloretileno, así como a los que ministra esencia de quenopodio por ascaridosis, no permitiéndoles ausentarse, sino después de que el purgante ha provocado en ellos tres evacuaciones, lo que tiene lugar más o menos después de transcurridas tres horas, tiempo suficiente para que pase a través del intestino una parte considerable de la esencia de quenopodio.

Cuando transcurren tres horas y los pacientes no evacúan, o antes si fuere necesario, se aplican lavados intestinales con agua hervida y un poco de glicerina o sulfato de sodio, para provocar la defecación.

CONTRAINDICACIONES

- 1° Lesiones hepáticas y renales.
- 2° Ascaridosis intensa.
- 3° Estados febriles.

CONCLUSIONES:

1° El Tetracloretileno es un medicamento específico y heroico contra la uncinariasis, tanto en los niños como en los adultos.

2° Este medicamento no tiene acción alguna sobre los ascárides y quizá muy ligera contra los tricocéfalos.

3° No debe ministrarse el Tetracloretileno a los enfermos del hígado o del riñón, ni a los febricitantes.

4° 2 c. c. de Tetracloretileno es una dosis útil, inocua y perfectamente tolerada por los adultos.

5° Las dosis de 0.30 a 0.40 de c.c. usadas en niños de 3 años, así como las anotadas para niños de más edad, son inocuos, muy bien toleradas y desparasitan completamente a los pequeños pacientes.

PROPOSICION UNICA

En vista de la acción tan segura del Tetracloretileno contra la uncinariasis, así como de su notable y casi completa inocuidad en los niños y en los adultos, si sus señorías los señores congresistas aquí presentes lo juzgan conveniente, sería de recomendarse el uso de esta droga a los países que desgraciadamente tengan que luchar contra la aniquiladora plaga, por lo menos mientras no se encuentre otro medicamento mejor.

SUBSECCION
DE
HIGIENE PRENATAL

RESECCION
DE
HIGIENE PRENATAL

LOS NIÑOS QUE POBLARAN LA AMERICA Y SU SELECCION RACIAL

Dr. CARLOS ENRIQUE PAZ SOLDAN.
Lima, Perú.

CERRADO sería el horizonte de estas Asambleas internacionales, que con el nombre de Congresos Panamericanos del Niño viene celebrando periódicamente la América, con brillante éxito, cada vez más acentuado, si lo limitaran los linderos que ofrecen los problemas de la infancia que ya alienta vida en el haz del Nuevo Mundo. No sólo sería reducir el campo posible para nuestros consejos y acciones previsoras, en otro orden de ideas, sino que tal limitación constituiría desconocimiento de las nuevas verdades fecundas que vienen iluminando el camino, hasta ayer misterioso e incongnoscible, de la ESPECIE, en su devenir progresivo hacia la obtención de mejores productos humanos seleccionados.

La Medicina Social que ha visto enriquecer su patrimonio científico con las fecundas vías abiertas por la Genética, que han convertido el término vago de RAZA, no en un mito más o menos susceptible de permitir sectarismos sociales o políticos, sino en un hecho biológico concreto, expresión de las calidades físicas, intelectuales y éticas de los grupos de población; que gracias a la EUGENICA y a la BIOMETRIA, está en condiciones de proyectar destellos de claridad sobre la ruta en tinieblas por donde se efectúa la transmisión eterna de la vida, de unas generaciones a otras, debe dejar escuchar su palabra en estos certámenes consagrados a la infancia, indicando aquellas normas que son susceptibles de condicionar útilmente, desde antes del nacimiento, el destino vital de las generaciones venideras.

Amplísimo es el campo así brindado a las especulaciones e indagaciones científicas. En este momento tan sólo vamos a limitarnos a llamar la atención de este VII Congreso del Niño, sobre un inquietante problema de genética racial, digno de merecer un voto particular de esta sabia asamblea.

En la complejísima evolución racial de nuestros grupos pobladores, con mayor o menor intensidad, pero con realidad efectiva, está hoy interviniendo el ASIA, representada por ese aluvión de emigrantes que desde el Imperio del Sol Levante, está irrumpiendo sobre América. Hay una asiaticización racial en el Continente que cuidadosa y deliberadamente fomentada, urge que sea objeto de estudio, para pesar con cuidado sus efectos y para prevenir que la orienten

intereses y sentimientos extraños a la personalidad nacional e internacional de los pueblos americanos. No hacerlo así, sería tolerar una mediatización racial, cuyas consecuencias pueden ser deplorables.

A principios de este año, estudiando el fenómeno en Lima, donde cada día nace un niño japonés de pura raza, hijo de padre y madre nipones, presentamos a la PRIMERA JORNADA PERUANA DE NIPIOLOGIA, reunida con motivo del IV Centenario de la fundación de la Ciudad de los Reyes, una ponencia sintética, en la que pedíamos que se estudiara la influencia de las razas amarillas en el fenómeno, primordial en toda la América luso-hispánica, del poblamiento actual del Perú. Ese pedido mereció un largo y cálido aplauso consagratorio.

Ahora, ante esta asamblea de los pueblos del Continente reunidos para conversar sobre las grandes cosas perdurables de su evolución venidera, que no otra cosa es hablar de los problemas de la infancia —con idéntico espíritu objetivo y alerta, sin fobias, ni filias— que la Medicina social no justificaría y con clara percepción de los alcances y responsabilidades que implica el debate amplio de tan apasionante tema, lo traemos nuevamente a examen, para que sobre él recaiga un voto concreto del Congreso; recomendación y advertencia para los distraídos pueblos que componemos esta hermandad continental.

En nuestro mencionado trabajo enfocamos el asunto con objetividad, demostrando con datos demográficos evidentes que la fertilidad de la mujer nipona, en Lima, era superior a la fertilidad de las nativas; que el 4% de la población que brotaba del seno del amor, venía teñida de amarillo, con ojos oblicuos que mal podían mirar más tarde el alma de la vieja y romántica Urbe, con la misma emoción racial con que la vemos los que tenemos otros mestizajes fijados por la continuidad histórica y política y por afinidades consagradas por los siglos y que esta colonización por el vientre oriental era necesario que atrajera las atenciones todas, para prevenir que, silenciosamente, en un porvenir no muy lejano, un neo-autoctonismo gobernado desde la otra banda del Océano Pacífico, viniera a complicar aún más la compleja realidad de nuestro problema racial, con esos dos grandes núcleos originales: el indio y el español, entre los cuales, la cupidez de otrora de los negociantes de "ébano" y fatales urgencias del laboreo agrícola, habían introducido la cuña, colmada de personalidad irreductible, del poblador negro.

Y no nos limitábamos a estas meras comprobaciones y enunciados, sino que pedíamos que se examinara, con serena visión anticipada, este fenómeno de asiaticación, advirtiendo al mismo tiempo, que en la hora actual del mundo, las conquistas de la soberanía se lograban por dos medios igualmente poderosos: por el poblamiento vital, el bios, gobernado por la fertilidad de los vientres y por la aportación de masas migratorias, y por la expansión de los capitales, con sus secuelas del comercio y de la industria, el cremastis. Población y Capital, concluíamos tales los factores para dominar la Tierra.

El Japón con un excedente de más de 1.000.000 de almas por año, con una presión, demográfica intensa en sus islas estériles, con un desarrollo fabril y

capitalista prodigioso, pero carente de materias primas, con una armada de guerra que dispone de más de 800,000 toneladas, fanatizado por su progreso material al que anima un espíritu nacionalista que arranca de hondísimos cauces, elementos imponderables, pero decisivos a los que presta refulgencias misteriosas y trágicas, un pasado milenario que se pierde en leyendas y que mira en la América del Sur, pueblos ribereños de este nuevo Océano de la civilización, que es el Pacífico, posibles zonas de influencia, como con patriótica angustia lo han denunciado, en cruzada de previsión y de saber, el inolvidable Miguel Couto, gloria del Brasil y de la Medicina americana, se brinda como un motivo para nuestras más graves meditaciones.

La participación creciente del Japón, en estas condiciones que señalamos, por el bios y por el cremastis en la formación de la futura raza aborigen americana, las exploraciones cautelosas de índole sanitaria que desde años efectúa en las comarcas vírgenes del Continente —como tuvimos ocasión de advertirlo en un trabajo que tuvo largo eco continental— estudiando las condiciones de habitabilidad del hinterland desolado del Nuevo Mundo meridional, el valor innegable de este factor humano por su sobriedad, su disciplina, su hermetismo y sus virtudes cívicas orientadas hacia un ideal nacionalista y por tanto imperialista, lo imponen a nuestras miradas como un elemento del que hay que tener cuenta al vislumbrar el devenir racial del Nuevo Mundo.

Ignoramos la intensidad del fenómeno que nos ocupa en otros países distintos del Perú. A juzgar, sin embargo, por algunos trabajos dispersos, esta colonización japonesa —hecho que recién ha cobrado relieve con la post-guerra— se deja sentir ya en feraces zonas del Continente. El VII Congreso Panamericano del Niño no está evidentemente en aptitud de estudiar por ahora este fenómeno de tan angustiosa importancia pobladora, pero si no está informado para hacerlo, sí creemos que está en el deber de indicar que se haga este estudio como asunto central de las futuras asambleas, en favor del niño.

Por esto, sin pronunciarnos ni favorable, ni adversamente sobre el fondo mismo de tan delicada materia raciogénica, con nobilísimo anhelo de acierto, guiados por el instinto que incontenible nos impone este grito de angustia que brota de nuestro corazón de americanos, abierto a las grandes cosas del porvenir de este Continente bendito, de nuestros abuelos y todavía para nuestros hijos y cuyo devenir estamos en el deber sagrado de guiar hacia cumbres de bienaventuranza y de pureza racial, proponemos el voto siguiente, para el que humildemente solicitamos el beneplácito de la asamblea:

EL VII CONGRESO PANAMERICANO DEL NIÑO

Consciente de sus deberes biotipológicos para con las futuras generaciones que poblarán el Continente;

Atento a los progresos alcanzados por la Genética humana, con el conocimiento de las leyes de la herencia y con el avance prodigioso de la Eugénica;

Informado de la influencia, evidente ya en algunos puntos de la América, de la migración japonesa y del brote de niños asiáticos nacidos en sus territorios;

MEMORIA DEL VII CONGRESO PANAMERICANO DEL NIÑO

Celoso por defender las características raciales del Nuevo Mundo y considerando: que dentro de las complejidades del poblamiento de las Américas hispánica y lusitana, cuya desolación actual es invitación vehemente a migraciones masivas y peligrosas para la estabilidad étnica y por consecuencia para el alma nacional de sus diversos pueblos, hermanados por común origen histórico y político.

RECOMIENDA:

Que la VII Asamblea Panamericana Pro-Infancia, estudie, documentada y cuidadosamente, las influencias de las razas del Oriente en la mutación y en el acrecentamiento de la población de estos países, procurando al mismo tiempo indicar las normas más efectivas para condicionar este fenómeno.

METABOLISMO DEL CALCIO EN EL EMBARAZO Y EN EL PUERPERIO

Dr. JUAN A. SAN BARTOLOME.
Lima, Perú.

Al presentar una síntesis de este tema al CONGRESO PANAMERICANO, he tenido en cuenta las íntimas relaciones que este problema tiene para el obstetra y para el odontólogo.

Las alteraciones que sufre el organismo a consecuencia de la irregularidad en el metabolismo del calcio, reviste suma importancia para el odontólogo, puesto que su profesión se roza tanto con la parte ósea del organismo humano, en lo que se refiere a las alteraciones del calcio.

Para entrar de lleno en el estudio del metabolismo del calcio en el organismo materno, debemos tener en cuenta los estudios modernos que se han practicado sobre Endocrinología, estudios que, por otra parte, han puesto en claro muchos problemas científicos que hasta hace poco eran considerados como insolubles y cuyo estudio estaba basado en simples teorías que en muchos casos no resistirían el análisis más somero.

El estudio de las glándulas de secreción interna es muy interesante; en él se basan muchas de las cuestiones científicas que más han interesado últimamente la atención del mundo científico.

Las relaciones que tienen entre sí las glándulas de secreción interna es muy complicada y la sinergia en el funcionamiento de ellas produce la marcha armónica del organismo humano. De ellas depende el crecimiento, la perfecta asimilación de las grasas, la distribución del calcio en los huesos, innervación, presión sanguínea, etc., etc. En todos estos fenómenos intervienen las glándulas endócrinas, con su funcionamiento armónico y cuando éste se rompe, viene la disociación, la inarmonía en las funciones y como consecuencia inmediata de esta disfunción endócrina, la alteración de la salud y en muchas ocasiones la muerte.

Los estudios modernos practicados en Endocrinología, ponen de manifiesto que en el organismo materno, el centro de actividad es el ovario, y todas las demás glándulas de secreción interna sirven para favorecerla en su funcionamiento; en cambio la glándula genital femenina frena todas las demás, favoreciendo la función normal del organismo, y cuando ella se altera, viene la disfunción y, como consecuencia, la enfermedad.

Al comienzo del embarazo, y siempre regladas por el ovario, las glándulas endócrinas activan su funcionamiento armónico; así se ve desde el comienzo del embarazo, a la hipófisis activar su función secretora que permite a Aschheim presentar su trabajo científicamente aceptado, que asegura el diagnóstico del embarazo en los primeros días. Si la armonía en el funcionamiento glandular endócrino es perfecta, la salud de la mujer embarazada es también manifiesta; aumenta de peso, aumenta la cantidad de sangre, el pulso se mantiene equilibrado, los huesos conservan su volumen y composición exacta, y la salud en general es perfecta, porque la simbiosis materno-fetal se ha equilibrado gracias al perfecto funcionamiento del sistema endócrino. En cambio, cuando la armonía endócrina se ha roto, vemos esos cuadros tan saltantes y manifiestos como son: el acromegaloide, pómulos salientes, engrosamiento de los dedos de manos y pies, propio del trastorno hipofisario; el addisonoide con su acumulación de pigmentos, trastornos de la función capilar y las alteraciones en la composición de la sangre y la de los huesos que están bajo la acción de las glándulas paratiroides, que son las únicas que vamos a estudiar y describir, porque son ellas las encargadas de regir el metabolismo del calcio en el organismo materno, materia del presente trabajo que tengo el honor de presentar a este Congreso.

Las glándulas paratiroides fueron descritas por primera vez en el hombre, por Sandstrom en 1880. Existen cuatro glándulas principales, dos de ellas situadas en la vecindad del polo superior del lóbulo tiroideo de cada lado, y dos en la profundidad del tejido tiroideo. Los lóbulos superiores provienen de la porción dorsal de la cuarta branquia, y, los inferiores de la tercera. Además, en casi todos los individuos hay islotes de tejido paratiroideo en el cuello y en el mediastino, englobados con frecuencia en el timo, y que obran como glándulas accesorias; las paratiroides se encuentran profusamente irrigadas por una red sanguínea, a tal extremo que cada una de sus células posee un capilar; las glándulas poseen filetes nerviosos muy finos, cuyo papel aún no está bien estudiado. Estas glándulas llenan la condición anatómica, para ser consideradas como glándulas de secreción interna, pues están constituidas por tejido epitelial diferenciado, en el sentido de la secreción, y dispuestas alrededor de los capilares, como si estos fueran su conducto excretor. Llenan, pues, estas glándulas, las condiciones exigidas por el profesor Gley, para ser consideradas como de secreción interna.

La extirpación total de la paratiroides produce trastornos intensos en el organismo, tales como la tetania; el tono muscular aumenta, el animal se pone rígido, su marcha se hace insegura; vienen después convulsiones generalizadas, violentas y generalmente muere el animal antes de ocho días, si es que las glándulas accesorias no intervienen, o no se trata oportunamente al paciente.

Cuando la extirpación de las glándulas paratiroides no es completa, sobrevienen los mismos accidentes, pero más atenuados; existe siempre la tetania, pero en forma latente, que bajo la influencia de un régimen ligeramente intoxicante, o, bajo la influencia de cualquier causa intercurrente, estalla y mata al animal violentamente.

Cuando la insuficiencia paratiroidea es parcial, sufre el organismo intensamente; el sujeto crece inferiormente, la piel se ulcera, el pelo se cae; hay en una palabra, trastornos tróficos importantes.

Pero en donde las alteraciones son más intensas, es en el sistema óseo del individuo; los huesos se descalcifican intensamente, sufren alteraciones en su forma y consistencia, fracturándose fácilmente y siendo muy difícil la formación del callo y la consolidación tardía, y a veces imposible.

Donde son más características las lesiones por insuficiencia paratiroidea, es en los dientes, que sufren alteraciones intensas en sus elementos constitutivos; en efecto, en el esmalte se observarán manchas blancas y rugosidades, en muchos casos erosiones o hipoplasia del esmalte, que a veces desaparece en la pieza dentaria; la dentina está mal calcificada, persisten los calcoferitos y la zona dentinógena es ancha y sinuosa; la pulpa está ensanchada y vascularizada. Los dientes son muy frágiles y la fractura de ellos se hace fácilmente, aun por causas banales, como lo prueban los estudios de Cohen. No es raro que en el hombre se formen cataratas y aun depósitos calcáreos en los tejidos blandos del organismo, según los estudios del profesor Hanunet.

Hemos dicho que la tetania es el síndrome del hipo-paratiroidismo; se le observa en el raquitismo, originando la tetania infantil. En la mujer embarazada, en la puerpera y aun en la mujer que lacta, no es raro observar la tetania materna por la misma causa. La tetania idiopática, es sintomática de la carencia por insuficiencia paratiroidea.

La tetania que es debida a hiper-excitabilidad del sistema nervioso, se debe a una modificación humoral producida por carencia. Los estudios del Profesor Mac Callum, sobre este punto, son muy interesantes, pues tratando a un animal sano con sangre de animal paratiro-privo, comprobó la disminución del umbral galvánico.

En el aparato digestivo influye poderosamente la insuficiencia paratiroidea; el individuo es inapetente y sufre de sed intensa, hay sialorrea, pero debido a los espamos de los conductos glandulares. La secreción pancreática, gastrointestinal, biliar, están sumamente alteradas y es frecuente observar la constipación rebelde a todo tratamiento.

Cuando los trastornos por insuficiencia paratiroidea no son tratados convenientemente, se presenta la hipertermia, la polípnea, que trae consigo la alteración del equilibrio ácido-básico del organismo, con todos los trastornos consiguientes al metabolismo de los proteídos. El metabolismo de los hidrocarburos y el de las grasas, está ligeramente disminuido.

Mac Callum ha hecho estudios importantísimos sobre la hipo-calcemia en la sangre, en la insuficiencia paratiroidea. Este autor ha observado que el calcio disminuye en la sangre al 50% de la cifra inicial. Cuando la calcemia baja a 60.7 miligramos por ciento, los trastornos tetánicos se presentan. En los casos en los cuales la insuficiencia paratiroidea no disminuye el umbral cálcico en la sangre, no se presenta la tetania.

El calcio difusible del plasma disminuye rápidamente con la extirpación de la paratiroides. Es digno de notar que, mientras el calcio disminuye, el fós-

foro aumenta en el tejido sanguíneo. La excreción de calcio disminuye, pues es retenido en los tejidos, pero no en los huesos.

En los individuos a los cuales se ha extirpado la paratiroides, se observa una sensación de equilibrio, de mejoría, suministrándoles calcio en forma alimenticia o medicamentosa.

La excitabilidad nerviosa se debe al desequilibrio del calcio en el tejido sanguíneo, y los estudios de Frodin lo prueban así; pues suministrando calcio al organismo, se mantiene el equilibrio, lo mismo que injertando glándulas paratiroides, aunque sin conocer la hormona que los produce.

Con el objeto de tratar los trastornos producidos por la hipofunción paratiroidea, y como consecuencia la hipocalcemia, se han hecho numerosos estudios para la preparación de extractos activos paratiroideos: Hanson, Galip y otros, han preparado extractos activos que equilibran la normalidad del calcio orgánico. Estos autores, han denominado unidad paratiroidea, a la cantidad de extracto necesario para elevar en 5 miligramos por ciento, el calcio sanguíneo.

Cuando en un individuo cuyo funcionamiento paratiroideo es normal, se inyecta extracto paratiroideo para producir la hiper-calcemia, se originan trastornos intensos tales como náuseas, vómitos, hematemesis, hemorragias gastro-intestinales y temblores intensos, que sólo cesan cuando el equilibrio se ha restablecido, inyectando en la vena solución de cloruro de sodio al 10%, o de glucosa al 25%.

El hiper-tiroidismo, o sea la alteración anatómica o fisiológica de las glándulas, ocasiona la osteo-distrofia fibrosa o enfermedad de Recklinghausen, que consiste en la decalcificación progresiva de los huesos que quedan reblanecidos.

La esclerodermia, el reumatismo crónico esclerosante, son considerados por Oppel, como producidos por el hiper-paratiroidismo.

Muchas son las teorías y muchas también las discusiones que se han producido para explicar el funcionamiento de las glándulas paratiroideas, y vamos a estudiarlas someramente.

Con respecto al metabolismo del calcio, tanto en el organismo materno, como en el fetal, se han suscitado serias discusiones que vamos a tomar en cuenta para la ilustración de este trabajo.

Sherman sostiene que el feto toma el calcio que necesita para su desarrollo, de la reserva materna, y fija esta cantidad en 70 centigramos diarios; cantidad que la madre obtiene de su alimentación. Cuando ésta es pobre en calcio, se encuentra la madre en condiciones de inferioridad, como sucede en una alimentación rica en cloruro de sodio, que aumenta la fijación del calcio, o rica en substancias alcalinas, que disminuye el aporte de calcio en el organismo.

Es muy probable que ciertos temperamentos son más capacitados que otros para la asimilación del calcio, y así se explica las variantes que encontramos en nuestro medio hospitalario, con respecto a la asimilación del calcio.

Kirk sostiene que el feto obtiene el calcio que le precisa, de las reservas de la madre. El Profesor Bar, que ha hecho experimentos en animales, ha comprobado que la eliminación del calcio por la orina, es mayor que la cantidad

ingerida y que en estas condiciones el feto toma el calcio que necesita del esqueleto o de los dientes maternos, ya sea en forma de carbonato o de cloruro de cal y en pequeña cantidad de fosfatos.

Las caries dentarias y los diversos trastornos que se observan en la mujer gravídica, en su armazón óseo, apoyan muy bien esta teoría.

El Profesor Bar sostiene que las reservas maternas son movilizadas en cuanto hay amenaza de hipo-calcemia en el organismo, y así explican ellos, en sus estudios, el aumento de cal en la sangre hasta llegar al doble de su cantidad normal.

Lamers sostiene que para movilizar la reservas del calcio de la madre, la sangre se acidifica, como lo comprueba con sus experimentos que expondremos ligeramente. En las mujeres no embarazadas, ha encontrado Lamers, en 100 centímetros cúbicos de plasma, 10.81 miligramos, y en la embarazada 11.67 miligramos de calcio. En los primeros meses del embarazo, ha observado que la cantidad de calcio es casi constante, pero a partir del cuarto mes, el calcio aumenta notablemente debido a las necesidades del feto para su desarrollo.

Ya hemos dicho que las caries dentarias, la osteo-porosis y otras afecciones por carencia cálcica, son el patrimonio de la mujer embarazada y por ilustración recordaremos aquí, las dos leyes de Gallippe.

La primera ley dice: "El coeficiente de resistencias de los dientes, está en razón directa de su densidad." Segunda ley; esta es propia y aplicable a la gestación solamente, y dice: "La gestación disminuye la densidad de los dientes, haciéndoles perder una notable proporción de sus elementos minerales." Los ensayos hechos por Gautrelet, analizando piezas dentarias, prueban la disminución que ésta sufre en sus componentes, tales como el fosfato de cal, cloruro de cal, etc., etc.

La movilización del calcio durante el embarazo, tiene diversos fines que es necesario tener en cuenta. Cuando la mujer es joven, a la decalcificación producida para el desarrollo del feto, hay que agregar la necesaria para el completo desarrollo del esqueleto materno.

En la mujer en gestación, es frecuente observar la presencia de osteófitos formados por una substancia parecida al sistema óseo.

Según Dreiffus, esta osteofitosis iría en aumento a medida que el embarazo avanza, presentándose en el 50% de los casos.

Los depósitos calcáreos de fosfatos y carbonato de calcio en la proximidad de las vellosidades coriales de la caduca placentaria, son bastante frecuentes, y revelan claramente, los aportes que tiene que hacer el organismo para evitar la decalcificación materna.

Los estudios de Marquis, ponen de manifiesto la frecuencia con que en la embarazada se producen afecciones tales como la osteoamalacia, lesiones de relajamiento en las articulaciones y en muchas ocasiones se ha comprobado el reblandecimiento de las vértebras del organismo materno. Los factores que intervienen produciendo estos trastornos, nos son absolutamente desconocidos en su causa íntima, pero sí se observa el aumento de calcio en la sangre, en relación a las necesidades del organismo materno en calcio, para contribuir a la

formación del sistema óseo del niño. Además, si se agrega a esto, la frecuencia de la tuberculosis y la exacerbación de las lesiones durante el embarazo y el puerperio, como lo prueban los estudios de Sergent, es necesario aceptar que el desequilibrio que sufre el organismo por el metabolismo del calcio es considerable, y lo prueban las alteraciones profundas que sufre cuando no se interviene a tiempo, para reglar su proporción en los diversos órganos y tejidos del organismo humano.

El calcio, no solamente influye durante la gestación, sino sobre la misma función del parto, originando las inercias primitivas del útero, que son muy dignas de tomarse en cuenta por las alteraciones que produce en esta gran función de la mujer.

Los estudios de Blair Bell, ponen de manifiesto que en los casos en que la hipo-calcemia se manifiesta, el útero es difícil de contraerse, aun bajo la influencia de estímulos; cosa que se comprueba también por la disminución de la presión arterial, que está baja al final del embarazo y no aumentada como en casos normales.

La hipo-calcemia trae como consecuencia la dificultad para la contracción de la fibra uterina, y esta es la razón por la que se suministra el calcio, en el último trimestre del embarazo, para luchar contra estos fenómenos que traen como consecuencia muchas intervenciones evitables en Obstetricia, y sobre todo, las hemorragias intensas que se producen muchas veces antes del parto y más frecuentemente durante el alumbramiento. Como vemos, pues, son muchos y numerosos los accidentes capaces de producirse en el organismo humano por alteración en el metabolismo del calcio, y de allí, el severo control que tienen que ejercer tanto el partero, como el odontólogo, cuando la paciente gestada se presenta a consultarle estos casos que están controlados por el exceso o defecto de funcionamiento de las glándulas paratiroides, eslabón principal en la cadena endócrina, en el organismo de la mujer que va a ser madre.

El Profesor Dresman sostiene la íntima relación que existe entre la hipo-calcemia y la eclampsia, y aunque estos estudios son generalmente aceptados, están todavía en observación; lo mismo diremos de la atrofia amarilla del hígado; se cree que la infiltración grasosa del hígado, que se presenta en los casos de hipo-calcemia, trae un trastorno completo en las funciones del hígado, que se encuentra incapacitado para destruir las toxinas que el organismo materno-fetal elabora, así como también para la digestión proteica.

Las grasas solubles que van a servir para el desarrollo fetal, se encuentran también alteradas en su cantidad y calidad.

Hemos dicho ya que la cantidad normal de calcio, es de 10 miligramos por cada 100 gramos de suero, habiendo en el cuerpo en su totalidad, tres gramos, siete miligramos de calcio. Hemos dicho también, que los huesos maternos contienen el 85% de calcio. Sabemos también que el feto necesita seis miligramos de calcio por día, para su desarrollo en los primeros meses, y de allí, deduciremos la importancia que tiene la alimentación rica en calcio. En la mujer embarazada la alimentación debe ser a base de leche, grasas, etc., para poder compensar estas pérdidas; también debe tenerse en cuenta la importancia de las

vitaminas C y D, en la alimentación de la embarazada, y para ello suministraremos en especial, las naranjas, así como para la D, recomendaremos el ergosterol, el bacalao, teniendo en cuenta que el calcio es necesario al organismo, que sólo se fija en presencia de la vitamina D.

El metabolismo materno fetal, debe ser, pues, un equilibrio entre lo que el feto necesita y lo que la madre suministra para su crecimiento y desarrollo; cuando esto no se verifica normalmente, viene la hipo-calcemia con todo su cortejo, a alterar el sistema materno fetal.

Bar estima que el feto requiere 6.38 miligramos de calcio por día, para su perfecto desarrollo. Cuando las demandas de calcio por el feto para su desarrollo, no son suficientemente suministradas por la madre, ya sea porque ésta está mal alimentada, porque carece de las reservas necesarias para ello, entonces el feto las tomará del sistema óseo de la madre, dejándola expuesta a todas aquellas afecciones que hemos señalado, en el organismo materno fetal, por carencia de calcio.

Después de todo lo expuesto, podemos asegurar que las paratiroides producen una incrota, que influye en el metabolismo del calcio en sentido asimilatorio y que estimula la normal destrucción albuminoidea.

El empobrecimiento del calcio ionizado de la sangre y del plasma, trae como consecuencia síntomas irritativos neuro-musculares, tales como la tetania, por más que éstas mismas manifestaciones puedan obtenerse por la concentración de los fosfatos. La insuficiente capacidad del calcio, trae como consecuencia el empobrecimiento del sistema óseo, con todas sus consecuencias.

Hemos detallado los trastornos que la hipo o hiper-calcemia producen en el organismo materno-fetal, cuando la simbiosis se pierde, y de ello vamos a atrevernos a sacar las siguientes conclusiones:

1º Las glándulas paratiroides de la red endócrina, son las encargadas de reglar el metabolismo del calcio en el organismo materno-fetal.

2º Cuando la sinergia funcional se rompe por alteración en el funcionamiento de esta glándula, ya sea por defecto o por exceso de su secreción interna, sobrevienen los fenómenos que hemos estudiado.

3º En la hipo-calcemia se observan trastornos tróficos, ulceraciones en la piel, caída del pelo, disminución de peso, los dientes sufren, el esmalte presenta manchas blancas, hay hipoplasia del esmalte, que aun puede faltar; la dentrina está mal calcificada, los calcoferitos y la zona dentinógena es ancha y sinuosa, la pulpa está ensanchada y vascularizada, y los dientes se pican o se fracturan fácilmente.

4º La hipo-calcemia altera la excitabilidad neuro-muscular por modificación del equilibrio iónico del suero, y puede estallar la tetania; estos trastornos se modifican favorablemente suministrando calcio, y favoreciendo su fijación en el organismo, para lo cual se dará buena alimentación al paciente, rica en vitaminas C y D, siendo como base de ellas el aceite de bacalao, el jugo de naranjas, etc., o restableciendo el equilibrio iónico con sucedáneos del calcio, tales como la magnesia, el bario, etc.

5° En los casos en que los fenómenos hipo-calcémicos amenacen a la vida del paciente, puede recurrirse a las inyecciones de extractos paratiroideos o a injertos de la misma glándula.

6° El hiper-paratiroidismo agudo se observa cuando se hace uso excesivo de la hormona paratiroidea, que trae como consecuencia la hiper-calcemia, que cuando es crónica, es debida a trastornos de la glándula por adenoma.

En este caso, el paciente puede sufrir de osteo-distrofia fibrosa, y en circunstancias especiales, de osteo-petrosis o enfermedad de Schonberg; ambas por decalcificación progresiva de los huesos.

Con estas conclusiones dejamos sentado que el equilibrio calcémico del organismo, tiene como factor único la hormona paratiroidea que es la encargada del metabolismo del calcio.

Debemos también dejar aclarada la situación del odontólogo y del obstetra en presencia de la paciente gestada, que debe merecer un cuidado especialísimo, tanto en la investigación científica de su calcio, como en la alimentación a que debe ser sometida durante los diversos periodos de su gestación, que debe ser siempre rica en calcio, para evitar los trastornos que hemos señalado en el presente trabajo.

COMO CORREGIR LA ALIMENTACION DEFICIENTE O VICIOSA DURANTE EL EMBARAZO

Dr. AMBROSIO VARGAS VALENCIA.
México, D. F.

SIENDO un deber el atender al mejoramiento de la vida desde su origen, es inconcuso que debemos recordar, aunque sea someramente, las principales reglas que deben observarse en la cópula; desde luego ni el hombre, ni la mujer deben estar en estado de embriaguez y ni aun en estado de estímulo accidental por el alcohol, pues las funciones son más violentas, pero menos eficaces; tampoco debe efectuarse este acto en las personas de trabajo físico o intelectual, en el momento de acostarse, por haber cansancio en ese momento, y el agotamiento intelectual hace que los hombres de ciencia y dotados de grande inteligencia, cuando cumplen el acto conyugal en dicho estado, la reproducción cerebral se hace en malas condiciones, con detrimento de la materia pensante, lo que da lugar a seres dotados de corta inteligencia y es, como se puede explicar, que de lumbreras intelectuales salgan cerebros más que medianos, lo mismo que de hombres fuertes físicamente, nazcan seres endebles. Es pues, indispensable, primero descansar, luego efectuar la cópula, procurando concentrar toda la atención en el fin del acto que se efectúa, con el objeto de que la función fisiológica tenga lugar en las mejores condiciones para el futuro ser, y el médico higienista debe indicar a su cliente el gran beneficio que resultará para el hijo, llenando correctamente este acto, al cual no se le da la importancia que tiene. Después de que se efectúa el acto, ambos cónyuges deben descansar, el hombre por su conveniencia personal y la mujer por conveniencia doble.

Efectuada así la fecundación, la mujer desde ese instante tiene una misión tan noble y levantada para la salud del pedazo de su alma, que todo lo que la rodea debe ser apropiado al estado que guarda. Sobre este asunto de vital importancia, se podría escribir no un pequeño e insignificante trabajo, como éste, sino un trabajo extenso que estableciera las reglas completas para este caso, del que depende la felicidad del hogar, con la salud de los niños y más tarde, el bienestar de la patria, con la robustez del ciudadano. Pero con el deseo de escribir algo en beneficio de mi suelo, lo hago, a pesar de mi ineptitud, aprovechando la poca experiencia que me dan los años, lo que he leído en autores serios y lo que he visto practicar en la Maternidad de Columbia de Washington.

En una gráfica formada con datos proporcionados por el Dr. Jesús Monjarás, durante el período de 25 años, esto es, de 1900 a 1925, se ve que el núme-

ro de defunciones efectuadas en los niños durante los quinquenios, oscila entre 10,710 y 15,846. ¿Cuáles son las causas que motivan estas defunciones? Son dos las principales que podemos invocar, descartando las motivadas por lo que dijimos arriba respecto a la cópula; una de ellas es la ignorancia grande de la madre respecto a las condiciones higiénicas en que debió estar colocada durante su gestación y otra, también de sumo interés, respecto a la defectuosa ignorancia de la alimentación y forma de ella, que debe emplear con su hijo. De esta última, a pesar de ser muy importante, no nos ocuparemos, por no ser el objeto de este trabajo y solamente trataremos lo que constituye la alimentación viciosa o deficiente de la madre durante el estado de embarazo, lo que hace que el producto no tenga toda la vitalidad necesaria y por lo mismo ofrezca más tarde poca resistencia a la lucha de las causas que tienden a aniquilar la existencia de los pequeños seres humanos. Preocupémonos, pues, de la alimentación de la madre en ciernes, porque cuando se quiere levantar un edificio firme, se comienza por abrir buena cepa y formar buenos cimientos con buen material y solamente después atendemos a los muros debidamente, y a los techos; esta comparación me parece bastante exacta en el presente caso, dada la índole del trabajo que me he propuesto desarrollar.

Comenzaremos por establecer el diagnóstico prematuro del embarazo, pero no con signos de presunción, como se hacía antes, sino con los medios que actualmente se usan para alcanzar este fin. Después de suspendida la regla, se hace el diagnóstico prematuro del embarazo. Paul Bar en su tratado "La Práctica del Arte de los Partos," recomienda para el diagnóstico prematuro del embarazo, la desviación del complemento por los anticuerpos placentarios, conforme a los procedimientos de Bordet y Gengou; por los anticuerpos fetales, método de Bar y Daunay, por el antígeno amniótico de Lemaire y Lafont; pero estos procedimientos no son tan exactos como el diagnóstico biológico del embarazo de Ascheim y Zondeck, que han demostrado que en la orina de la mujer embarazada se encuentra una hormona, producida por la parte anterior de la hipófisis, la glándula y no el cuerpo nervioso posterior que produce la pituitrina; pues bien, esta hormona aparece en la orina de la mujer embarazada, desde el principio del embarazo y provoca fenómenos que vamos a estudiar. La orina de la mujer en este estado, después del décimo quinto día de gestación, produce inyectada, a ratas impúberes, el desarrollo muy rápido del tractus genital, una congestión del útero y, punto el más importante, una ovulación acompañada de hemorragia ovárica, siendo estas reacciones obtenidas en 99% de los casos. En 1929 Brouha, Hingais y Simonnet, mostraron que la inyección de orina de una embarazada a un ratón provoca la brusca aparición de la pubertad, desarrollo enorme de los testículos y sobre todo de las vesículas seminales. En 401, los autores han obtenido 400 demostraciones exactas, siendo debida la única falsa, a un error de técnica. La comprobación del brote sexual en el ratón macho, es mucho más importante, que en el mismo animal hembra, la apreciación es más fácil, pero reclama un plazo de ocho días. Friedman y Adela Brouha, inyectando 5 c. c. de orina de mujer embarazada, a un conejo hembra, al cabo de 12 a 24 horas se comprueba a la simple vista y con suma facilidad, la hipertrofia de los ovarios y la

aparición de folículos hemorrágicos del tamaño de un guisante, no siendo necesario sacrificar al animal, pues una simple incisión en la piel permite ver la región ovárica. A. Brohua, entre 190 ensayos controlados por la clínica no ha obtenido más que una sola prueba fallida, debida a que el conejo hembra empleado estaba enfermo. Brindeau, H. Hinglais y M. del mismo apellido, deducen conclusiones análogas de 130 experimentos clínicamente comprobados. Servantie no ha visto fallar en cincuenta casos este método y Luis Gervez, en 86 casos, formula las mismas conclusiones. La reacción se hace negativa durante los dos o tres días siguientes al parto. Puede persistir durante mucho tiempo en caso de retención del feto, y sobre todo cuando se forma un tumor de origen fetal (mola hidatiforme, corio-epitelioma). Recientemente Brindeau y los señores Hinglais han llegado a las mismas conclusiones, empleando, no ya la orina, sino el suero de mujer embarazada, habiendo podido apreciar, dosificando el humor hipofisiario que en él se encuentra, la cantidad mínima que se debe inyectar para producir la ovulación en el conejo hembra.

En resumen, se trata de un método que en un plazo de 48 horas da un diagnóstico precoz del embarazo, cuatro a diez días después de faltar la menstruación con un resultado de 99 a 100 por ciento de los casos.

Después de lo dicho se debe concluir, que pudiendo establecerse el diagnóstico prematuro del embarazo, se impone el establecimiento de reglas higiénicas de alimentación y vida, para que ellas repercutan en el nuevo organismo que se está formando; pero cuántas veces estas pobres gentes, para tener con que erogar los gastos de su enfermedad, como le llaman, o sea el alumbramiento, procuran economizar, y por lo mismo no se nutren lo que es debido; cuántas otras ocasiones, el marido disgustado por el estado de gestación, pues prevé mayores cargas, o porque su nefasta costumbre del alcoholismo le exige gastos que no tiene, obliga a la pobre mujer a pasar ayunando, cuando debiera tener alimentación sana, nutritiva y de fácil digestión; por todo esto, se impone el establecer por disposición de Salubridad, el examen médico de toda persona unida a un hombre, y cuyo período se haya pasado en un establecimiento *ad hoc*, en donde se haga el diagnóstico del embarazo, pero las personas que pueden hacerlo particularmente, lo hagan, pero con la obligación de participarlo al departamento de examen, con la dirección de la interesada, para los fines que vamos a decir. Pasados de ocho a doce días, o quince a lo más, se hace una visita domiciliaria y se da cuenta el médico de las condiciones higiénicas en que se encuentra la mujer, tanto en habitación como en alimentación. Si ambas son buenas, puede permanecer en su hogar; si la habitación es buena, pero la alimentación insuficiente o defectuosa y no se puede corregir por falta de medios, entonces se debe obligar a la interesada, por la fuerza moral o aun física, a que tome los alimentos en el establecimiento especial, donde haya comedores adecuados al caso; y si ninguna de las condiciones es buena, esto es, si ni la habitación, ni la comida, entonces debe hacer su ingreso en un hospital de maternidad donde haya todo eso, pues solamente de esta manera, el producto desde su origen, por las circunstancias higiénicas, podrá llegar a su término en buenas condiciones. Esto debe ser extensivo a toda la República, para que no se dé el caso, como ha visto el que habla,

que en alguna fábrica, no sé si habrá otras y en algunos pueblos, que en una misma pieza, que llaman habitación, duerme el matrimonio con los hijos, los abuelos, los sobrinos, etcétera, y hasta perros y gatos, gallinas y aun puercos, casi una arca de Noé. Esto, señores, es un verdadero crimen de salubridad y debe ser corregido, aunque sea poco a poco, como se vaya pudiendo, pues de esta manera mejorará la salud de los mexicanos, y la Patria sin duda alguna, mejorará. Habiendo también de esta manera más contacto con el pueblo pobre, podrá Salubridad ejercer su bienhechora influencia contra el alcoholismo y demás lacras, que tanto perjudican a la humanidad o más bien dicho, circunscribiéndonos a lo que nosotros debemos atender, a nuestro pueblo mexicano.

Como resumen de este trabajo, propongo a ustedes las siguientes conclusiones:

1ª Establézcase un centro en que se haga el diagnóstico prematuro del embarazo en las personas pobres.

2ª Ese mismo centro haga, en la quincena siguiente a lo más, visita domiciliaria a la mujer en gestación, a fin de ver si vive en condiciones higiénicas y tiene la alimentación debida.

3ª En el caso de falta de higiene en la habitación, y mala alimentación, recójase en un establecimiento *ad hoc* que se funde para ello; en el caso de que las circunstancias económicas sólo impidan la buena alimentación, en el mismo establecimiento, dense los alimentos debidos a las mujeres embarazadas pobres.

LAS ALIMENTACIONES INSUFICIENTES O VICIOSAS DURANTE EL EMBARAZO

Partera MARGARITA G. DE LOZANO GARZA.
México, D. F.

ANTES de entrar en materia, creo indispensable hacer dos observaciones: una se refiere a que siendo mis propósitos acerca del tema que ya anuncié, sociales, más que científicos, no se hallará en el fondo de este trabajo ningún tesoro de índole médica o tocológica; la otra se refiere a que, dentro de mis propósitos en pro de la colectividad, y tal vez, de la raza, mi estudio se circunscribe a mujeres de la clase popular mexicana, porque las de la clase acomodada, con un poco de juicio no más, pueden resolver las posibles dificultades del bien comer durante la gestación.

El criterio utilizable fuera del estado puerperal, más precisamente en tiempo que no sea la gestación, para determinar si una dieta es escasa o carente de equilibrio, no puede servir, en la mayor parte de las veces, para juzgar, a esos respectos, la alimentación que está usando una embarazada, en un momento dado.

En efecto, si en términos generales y por múltiples razones, puede admitirse que la gestación no constituye un estado patológico, es el caso real que cuando se examinan con detenimiento grandes cantidades de mujeres encinta, especialmente de la clase popular, como ocurre en los Centros de Higiene Infantil de nuestro Departamento de Salubridad Pública, se convence quien examina de que las gestantes, en una importante mayoría, son víctimas de estados morbosos de índole varia, que requieren regímenes muy diferentes de los que corresponden a la normalidad.

Si hemos de referirnos a enfermedades, sobre todo crónicas, que aparecieron antes del embarazo, la lista no es breve. La sífilis (evolutiva, y por lo mismo, con determinaciones en diversos aparatos) y las tuberculosis (médica o quirúrgica), entre las infecciones; el paludismo y las amibiasis, entre las parasitosis; la diabetes, la gota, la obesidad y la hiponutrición, entre los padecimientos metabólicos; las anemias, entre las enfermedades de la sangre; y las cardiopatías, las nefropatías, las insuficiencias hepáticas y múltiples estados gastro-enterícos, entre lo que no pertenece a los capítulos antes citados, integran lo más importante.

Y en lo que toca a accidentes patológicos precisamente adquiridos durante la gestación, los vómitos incoercibles, la hiperclorhidria, la constipación intestinal,

la hipertensión arterial, forman un grupo de no poco valor en relación con la dieta.

Si se tiene en cuenta que las condiciones morbosas antes referidas son las que han registrado en el curso de varios años en los Centros de Higiene Infantil, se comprenderá cuán interesante resulta el problema de alimentar debidamente a nuestras consultantes embarazadas, si de veras existe el propósito de hacer higiene a virtud de medidas prenatales.

Sin ir muy lejos; una mujer con vómitos tenaces a quien no se le arregla una dieta conveniente, aparte de cumplirse otros muchos requisitos, está condenada a muerte con todo y producto de la concepción; igualmente pasará con una hipertensa cuya máxima ha llegado a cierta altura, con una insuficiente hepática grave o con una tuberculosa, en determinadas circunstancias.

Cierto es que muchas veces las agudizaciones de los males anteriores al embarazo, o a los accidentes sobrevenidos durante él, no culminan con la muerte de la gestante, pero sí conducen a la interrupción de la preñez, unas veces antes de la viabilidad del producto, y otras después de esa viabilidad, pero antes de término, o bien dan lugar al nacimiento de niños débiles, enfermos o muertos: cosas todas muy contrarias a los fines de la Higiene Prenatal.

Son de recordarse, en relación con lo que se acaba de expresar: la tuberculosis, la hiponutrición, la diabetes, la obesidad, la gota y los estados gastroentéricos.

Así las cosas, es obvio que la higiene prenatal auténtica descansa, aparte la copiosa medicación de todos los estados patológicos presentes durante la gestación, y un sin fin de medidas ajenas a la dieta (aire, luz, ejercicio físico moderado, sol, sueño, descanso mental, etc.), sobre la base muy firme de los regímenes alimenticios adecuados.

Y bien, yo afirmo categóricamente que ese último aspecto de la higiene prenatal sienta todo un problema para nuestros Centros Infantiles, tan grande, que puede equipararse con los que dimanen del resto de la obra del Departamento de Salubridad Pública, relativa a las embarazadas.

Es que la categoría de las personas que concurren a consultarnos es, a menudo, la de las demasiado pobres, tanto, que les resulta imposible, según lo que tenemos averiguado durante un tiempo bastante largo, confeccionarse una comida especial. Tienen que ingerir, so pena de aumentar sus erogaciones en forma incompatible con sus ingresos, la misma dieta familiar a la que jamás le falta, ni el pésimo condimento del chile, ni el acompañamiento de las bebidas alcohólicas, esto último a costa de la cantidad y de la calidad de los alimentos nutritivos.

Muy posiblemente se lograría, de no tratarse de personas tan indiferentes ante la profilaxis, y tan cargadas de prejuicios, mejorar los regímenes alimenticios domiciliarios de nuestras gestantes, mediante las indicaciones que es costumbre hacerles en los tantas veces referidos Centros de Higiene Infantil; pero prácticamente, ante nuestra experiencia, nunca se llega a tal resultado.

Es evidente, entonces, que los responsables ante la sociedad de que se cumplan los fines de la Higiene Prenatal, deben evitar, gracias a la adopción de

ALIMENTACION DURANTE EL EMBARAZO

procedimientos activos, que se vuelvan poco útiles las demás medidas (exámenes periódicos, recomendación de algunos tratamientos y ejecución directa de otros, envío a maternidades especiales) de aplicación corriente desde hace varios años, sólo por no atender al detalle de la alimentación, fácil de resolver de la siguiente manera:

1º Establézcanse, próximos a los Centros de Higiene Infantil, refectorios costeados por el Departamento de Salubridad Pública, destinados exclusivamente a embarazadas inscritas a dichos Centros, e imposibilitadas para seguir a domicilio un régimen alimenticio adecuado.

2º Minístrense los alimentos del caso a las beneficiarias, precisamente en tales refectorios, y bajo la vigilancia de personal competente.

3º Prescribanse los regímenes alimenticios, con toda exactitud, en los Centros respectivos, haciéndolos constar en cédulas especiales.

4º Averígüese la imposibilidad de las embarazadas, para alimentarse convenientemente en sus casas, por medio de las enfermeras visitadoras de Salubridad Pública.

5º Que los Centros de Higiene Infantil, previos estudios médico y social de cada caso, sean los únicos autorizados para hacer envíos de enfermas a los refectorios.

6º Procúrese ministrar alimentos a quienes lo necesiten en la forma que señalan las conclusiones anteriores, tres veces al día, pero si ello no es posible, por lo menos minístrese la comida principal al mediodía.

7º Los refectorios que propone este escrito pueden aprovecharse para prestar, a mujeres lactantes mal alimentadas, el mismo servicio que a las encinta.

CONCLUSIONS

1st.—The establishments of refectories in the Infantile Hygienic Centers, or near to them, by the Health Department, exclusively destined for pregnant women, belonging to these Centers and that are not in possibility to follow an adequated food regimen at their homes.

2nd.—To provide the adequated food only in these refectories and under the vigilance of competent persons.

3th.—To prescribe the food regimes with exactitude in the respective Centers, and schedule them in special cards.

4th.—To be sure of the real impossibility of pregnant women to be conveniently fooded at their homes, making a whole investigation through visitor nurses from the Bureau of Sanitation and Health.

5th.—That only the Infantile Hygienic Centers be authorized to send pregnant women to the refectories, having made a previous medical and social studies of each case.

6th.—To provide food to persons who really need them, 3 times per day, but if it is not possible, to provide at least, the main dinner.

7th.—These refectories can give the same service to bad fooded women who are in lactation period.

SIFILIS DE LA EMBARAZADA Y DEL RECIEN NACIDO

Dr. JOSE RABAGO.
México, D. F.

DE las tres funciones principales de una consulta pre-natal, que son: lucha contra la sífilis, lucha contra las toxemias gravídicas y diagnósticos de las estenosis pélvicas y de las presentaciones viciosas, es, indudablemente la primera, la que reviste una importancia capital.

Sobre los resultados inmediatos de esta lucha versa el presente trabajo, fundándose en los datos recopilados en la Casa de Maternidad, dependiente del Servicio de Higiene Infantil del Departamento de Salubridad Pública.

En las consultas pre-natales de los Centros de Higiene Infantil se hace, de una manera sistemática, la investigación de antecedentes y estigmas de sífilis en las embarazadas, así como la reacción de Wassermann. Cuando existen datos clínicos que hagan sospechar la sífilis o cuando el resultado del Wassermann es positivo, se procede a iniciar el tratamiento. Sin embargo, en muchas ocasiones y por diversas circunstancias, pero principalmente por negligencia de la mujer, no se hace dicho tratamiento, o se hace de un modo insuficiente; es decir, que no se llega a administrar una serie completa de la medicación anti-luética.

Del contingente de 3,561 mujeres atendidas hasta mediados de 1914 en la Casa de Maternidad, se encontraron datos para suponer la sífilis en 1,016 casos o sea en el 28% del total. Esta cifra, vista aisladamente, podría dar una idea errónea acerca de la frecuencia de la sífilis en la ciudad de México, pero hay que tomar en cuenta que un gran número de mujeres concurren a los Centros de Higiene, precisamente por ser sifilíticas y haber perdido sus embarazos anteriores a consecuencia de ello. Esto se demuestra por el hecho de que en los 1,016 casos a que me refiero, se encontraron antecedentes de abortos, partos prematuros, fetos muertos o recién nacidos muertos por sífilis en 631 mujeres, o sea en el 62% de estos casos.

De los otros datos que han servido de base para instituir el tratamiento antisifilítico merece lugar principal la reacción de Wassermann, pues si bien es cierto que en las presuntas sifilíticas el porcentaje de reacciones positivas fué solamente de 42%, en cambio en 134 mujeres el único dato para establecer el tratamiento, fué una reacción serológica positiva. Bastan estas cifras para demostrar la necesidad de practicar dichas reacciones a todas las gestantes que concurren a las consultas pre-natales. Sería deseable que a la reacción de des-

viación del complemento se agregara una reacción de floculación, pues varios autores, entre ellos Marcel Pinard, opinan que el embarazo disminuye la proporción de reacciones positivas.

Otra fuente de información en nuestro medio, acerca de la sífilis, es el conocimiento de los antecedentes del progenitor; ya sea que éste haya confesado su enfermedad a la mujer o que ella se haya dado cuenta de que su marido esté recibiendo tratamiento arsenical intravenoso. Este antecedente fué proporcionado en doscientos treinta y cuatro casos, o sea en el 2%.

En cambio, el diagnóstico directo de la sífilis, por antecedentes luéticos propiamente dichos o por la ausencia de accidentes o estigmas sifilíticos, solamente pudo hacerse en 126 casos, o sea en el 12%. Este bajo porcentaje se debe en primer lugar a que la sífilis femenina suele ser muy discreta en sus manifestaciones, las que, además, son ocultadas por la mujer; en segundo lugar el gran número de consultas que el médico tiene que dar en los Centros de Higiene Infantil, no le permite dedicar todo el tiempo que sería necesario para hacer una exploración cuidadosa de cada embarazada, desde el punto de vista que estamos tratando.

De las 1,016 mujeres en las que se encontraron datos para suponer la existencia de sífilis, 316 no fueron tratadas o recibieron un tratamiento notoriamente tardío o insuficiente, es decir, tan sólo dos inyecciones de dosis bajas de neo-salvarsán o unas cuantas inyecciones de bismuto. Las 700 mujeres restantes recibieron cuando menos una serie completa de arsénico o bismuto, y en muchos ocasiones dos series de neo-salvarsán o tratamiento mixto de bismuto y neo-salvarsán.

Vamos ahora a analizar los efectos de estos tratamientos, tomando en cuenta el resultado del parto y las manifestaciones específicas que presentaron los recién nacidos durante los diez días que por término medio permanecieron en la Maternidad.

En primer lugar, tomaremos en cuenta los partos prematuros. (No mencionamos los abortos; pues solamente acuden a la Maternidad mujeres con embarazos de más de siete meses). Con referencia a este capítulo, es indudable que no todos los partos prematuros deben atribuirse a la sífilis, sobre todo los de las dos últimas semanas del octavo mes, pues en mi concepto son provocados frecuentemente por el abrumador trabajo doméstico de las mujeres de nuestro pueblo. Sin embargo, en mi estadística encontré que el porcentaje de partos prematuros en las embarazadas sifilíticas sometidas al tratamiento fué de 11%, y llegó al 23% en las mujeres no tratadas.

En lo que se refiere a la mortinatalidad, la diferencia es todavía mayor, pues en las mujeres que recibieron tratamiento, la proporción de niños nacidos muertos fué solamente de 2.5%, alcanzando la cifra de 17% en las que no recibieron tratamiento.

En lo referente a los niños que nacieron vivos, cabe distinguir los casos de heredo-sífilis precoz con manifestaciones típicas como son el pénfigo, la coriza específica, las hipértrofias viscerales, y aquellos en que tan sólo se encontraron las pequeñas manifestaciones o las distrofias, en las que la sífilis se considera

MEMORIA DEL VII CONGRESO PANAMERICANO DEL NIÑO

como factor etiológico más frecuente. El cuadro siguiente nos da una idea de la frecuencia con que estas manifestaciones se presentaron en los niños nacidos en la Maternidad.

Osificación defectuosa del cráneo.....	16 casos
Hipertrofias viscerales.....	111 "
Niños con peso estacionario o con tendencia al descenso..	111 "
Pénfigo palmo-plantar.	10 "
Hidrocele unilateral.....	7 "
Distrofias óseas.....	9 "
Ictericia grave.....	6 "
Ectopia testicular.....	6 "
Hemorragias múltiples.....	6 "
Pie bot.	3 "
Testículo grande y duro.....	3 "
Hidrocefalia.	3 "
Coriza específico.....	3 "
Estrabismo convergente.....	1 "
Enfermedad de Roger.....	1 "
Hidrocele bilateral.....	1 "

Como puede verse, el pénfigo y la coriza, que se consideran como las manifestaciones más típicas, se presentaron en muy contados casos. Las hipertrofias hepáticas o esplénica, principalmente esta última, si se presentan en porcentaje bastante elevado, 28%. En la misma proporción encontramos las alteraciones de la curva de peso en los recién nacidos, haciendo naturalmente la salvedad de que en parte de los casos el descenso o el estacionamiento de peso de los recién nacidos, fué debido a dificultades de la lactancia.

La osificación deficiente de los huesos de la bóveda craneana, manifestada por una mayor amplitud de las fontanelas, si se encontró en un gran número de casos; pero hay que descontar todos los casos de prematuros no sifilíticos, en los que esta amplitud de las fontanelas puede considerarse como normal,

Las demás manifestaciones o distrofias que pudieran atribuirse a la sífilis, se presentaron solamente en muy contadas ocasiones. Para los fines de nuestra estadística, consideramos como heredo-sifilíticos aquellos niños en que se encontraron, ya sea una manifestación típica o más de una de las que no pueden considerarse como características.

Es en este capítulo donde la influencia del tratamiento antisifilítico de la madre se manifiesta de una manera más clara; pues si bien en las mujeres sometidas al tratamiento se encontraron tan sólo el 72% de niños exentos de taras apreciables, en las mujeres sifilíticas no sometidas a tratamiento, tan sólo el 14% de los niños pudieron considerarse como aparentemente sanos.

En lo que se refiere al tipo de tratamiento empleado en la mujer, encontramos que una gran mayoría de mujeres recibieron exclusivamente inyecciones de neosalvarsán, en series de seis inyecciones de 0.15 a 0.90 ó de 0.15 a 0.60, repitiéndose esta dosis tres veces.

SÍFILIS DE LA EMBARAZADA Y DEL RECIÉN NACIDO

En las mujeres refractarias a los arsenicales se empleó el tratamiento bismútico, en series de 12 inyecciones, aplicadas dos veces a la semana.

Por último, en casos de reacción de Wassermann intensamente positiva, se combinó el tratamiento arsenical con el de bismuto, intercalando una serie de bismuto entre dos de neo-salvarsán.

Tan sólo en contadas ocasiones se asoció el arsénico al mercurio en inyecciones intravenosas de 0.01 de cianuro de mercurio.

Para nuestra estadística dividimos los casos en los tipos siguientes:

I.—Mujeres tratadas con dos series o más de neo-salvarsán.

II.—Mujeres tratadas con menos de dos series de neo-salvarsán.

III.—Mujeres tratadas exclusivamente con bismuto.

IV.—Mujeres tratadas con arsénico y bismuto.

Los resultados de estos tratamientos van consignados en el cuadro siguiente:

	Neosalvarsán 2 series	Neosalvarsán menos de 2 series	Bismuto	Bismuto y Neosalvarsán
Total de casos.....	143	285	78	194
Nacidos.	98%	96%	97%	100%
Aparentemente sanos. . .	79%	71%	73%	83%

Como puede verse, es el tratamiento mixto arsénico-bismútico el que da mejores resultados, pues se obtuvo un porcentaje de 100% de niños vivos y un 83% de niños aparentemente sanos.

En segundo lugar viene el tratamiento por el neo-salvarsán, siempre que puedan aplicarse dos series o más del medicamento. El porcentaje de fetos muertos es prácticamente idéntico al del tratamiento mixto, pues se obtuvo un 99% de partos con niño vivo, siendo el porcentaje de niños aparentemente sanos de 79%, es decir, ligeramente inferior al de tratamiento mixto.

El tratamiento por el bismuto únicamente da cifras ligeramente inferiores y, por último, el tratamiento con menos de dos series de neo-salvarsán, nos proporciona ya cifras bastante altas, sobre todo en lo que se refiere a la existencia de taras o estigmas sífilíticos en el recién nacido, que se presentan en un 25% de los casos.

Esta estadística, aunque no comprende un número muy grande de casos, nos permite sin embargo asentar algunas conclusiones.

CONCLUSIONES

1º Las reacciones serológicas de la sífilis deben practicarse sistemáticamente a todas las gestantes que concurren a las consultas pre-natales.

2º Es indiscutible el beneficio que se obtiene, para el producto de la concepción, con el tratamiento antisifilítico, precoz y enérgico de la gestante.

3º Los mejores resultados en el tratamiento antisifilítico de la embarazada, se obtienen con el tratamiento mixto de neo-salvarsán y bismuto.

LA MORTALIDAD ENTRE LOS NIÑOS QUE NACEN PREMATURAMENTE

Doctora ETHEL C. DUMHAN.
Washington, D. C., U. S. A.

LA alta mortalidad registrada entre los niños prematuros, constituye en la actualidad y en gran parte, el problema de la mortalidad infantil en los Estados Unidos. Cuando menos la mitad de las defunciones de niños de menos de un año, ocurre durante su primer mes de vida, y de estas defunciones neonatales, cerca de la mitad son ocasionadas por nacimientos prematuros.

En años anteriores y recientes el coeficiente total de mortalidad infantil ha venido disminuyendo, cuando menos en tratándose de los dos últimos años, en que esta disminución cedió su lugar a un pequeño aumento.

El coeficiente de mortalidad por nacimientos prematuros, ha declinado solamente un 50% del total de la declinación del coeficiente total de mortalidad neo-natal, y tan sólo una tercera parte del coeficiente total de mortalidad infantil. Es obvio que la reducción de la mortalidad neo-natal se debe en gran parte a la disminución de la mortalidad por nacimientos prematuros.

La importancia del problema de nacimientos prematuros en los Estados Unidos sólo puede apreciarse aproximadamente.

Es probable que exista considerable variación en diferentes comunidades y diferentes secciones del país, así como entre los nacimientos registrados en los hospitales y en los hogares. Woodbury encontró que en cerca de 23,000 niños nacidos vivos en ocho ciudades, el 5% nacieron prematuramente después de un período de gestación de ocho meses o menos.

En el Estado de Nueva York, en 1933, el 4% de los nacidos vivos fueron reportados como prematuros. Schwarz y Kohn encontraron que entre más de 11,000 niños nacidos en el hogar, cerca de 3% fueron considerados por ellos como prematuros, atendiendo a que su peso al nacer fué de 2,500 gramos o menos. Por último, recientes reportes de los hospitales indican un 6 ó 7% de nacimientos prematuros.

Cuando se considera la forma en que pueda producirse la mortalidad entre los niños prematuros, sería de desearse que se analizaran las causas que ocasionan los nacimientos prematuros; que se investiguen los coeficientes de mortalidad y las causas de defunción entre los niños prematuros; que se trate de valorizar

los esfuerzos hechos o que se estén llevando a la práctica para disminuir esta mortalidad y, finalmente, que se estimen los resultados obtenidos.

En este trabajo la discusión de los estudios que se han hecho con los propósitos antes indicados se limitará, principalmente, a los que se han llevado a cabo en los Estados Unidos.

La importancia del nacimiento prematuro como factor de la mortalidad infantil, ha sido citada frecuentemente durante un período de muchos años en la literatura médica de los Estados Unidos y otros países. Las investigaciones practicadas con este motivo en los Estados Unidos, han sido menos numerosas y menos adecuadas que las hechas en otros países. Y como los investigadores de los Estados Unidos tienen como regla no usar de un criterio uniforme acerca del nacimiento prematuro, ni de métodos similares para analizar las estadísticas, no es siempre posible comparar los resultados.

Los estudios de las causas del nacimiento prematuro, llevados a cabo hasta la fecha, muestran que en cerca de la mitad de los casos investigados, dichas causas no han sido determinadas. Salta a la vista, por lo tanto, que son necesarias futuras investigaciones sobre este asunto.

De las causas conocidas que provocan el nacimiento prematuro, la que se cita con más frecuencia es la preñez múltiple. Otras causas importantes que también se citan por diversos autores son: las toxemias de la preñez, la sífilis, las enfermedades crónicas de la madre, como nefritis y enfermedades del corazón, y también las hemorragias debidas a anomalías de la placenta (placenta previa y desprendimiento prematuro).

Aunque la preñez múltiple es considerada como la causa más frecuente del nacimiento prematuro, la mortalidad infantil en este grupo de casos probablemente no es muy alta, ya que muchos de ellos no son tan prematuros como lo indicaría únicamente el peso del niño.

Las toxemias de la preñez, aunque aparentemente no pueden prevenirse, en muchos casos se puede modificar su gravedad por medio de cuidados pre-natales apropiados. En esta forma la necesidad de provocar el parto puede con frecuencia ser evitada o dilatada hasta que el feto haya alcanzado un período más viable. No hay necesidad de hacer hincapié en que no obstante ser la sífilis una de las causas principales del parto prematuro, éste puede prevenirse. Sin embargo, es un hecho que aún en las comunidades mejor preparadas se reporte todavía a la sífilis como una de las causas más frecuentes de parto prematuro. Cuando en una embarazada existen enfermedades graves del corazón o de los riñones, la prolongación del embarazo puede ser impracticable. Lo mismo sucede en ciertas condiciones, tales como las ocasionadas por hemorragias debidas a anomalías de la placenta, pues poco se puede hacer, dados los conocimientos de que se dispone actualmente, para evitar el parto prematuro.

Algunas influencias causales que parecen afectar la ocurrencia de nacimientos prematuros, fueron señaladas en el estudio de las causas de mortalidad infantil publicado en 1925 por el Children's Bureau. Se demostró que los nacimientos prematuros ocurrieron en más alta proporción entre los nacimientos múltiples que en los sencillos, y entre los niños del sexo masculino que entre

los del sexo femenino. La proporción fué alta entre los hijos de primíparas y de madres jóvenes, y de niños nacidos a cortos intervalos de partos anteriores, y fué especialmente alta esta proporción entre los niños nacidos de empleadas que trabajan fuera del hogar durante el embarazo. Más aún, la relación directa que existe entre la salud de la madre y el parto prematuro, se demostró por la alta proporción (39%) de niños vivos prematuros, nacidos de madres que murieron al momento del parto o después de transcurrido un mes.

Además de los estudios ya señalados sobre las causas del parto prematuro, deben estudiarse los métodos para prolongar, sin peligros, el período de preñez cuando se presentan complicaciones, y también deben aplicarse los conocimientos de que ya se dispone de modo más general y en un esfuerzo que tienda a reducir la morbilidad de los partos prematuros.

Hay una gran variación en los informes de la mortalidad registrada entre niños prematuros, y también hay algo por resolver en lo que se refiere a los mejores métodos para cuidar de estos niños.

Un miembro del personal del Children's Bureau visitó recientemente más de cien hospitales en 27 grandes ciudades de los Estados Unidos, para obtener una idea general de los métodos más comúnmente usados para cuidar de los niños prematuros y saber los resultados obtenidos.

Aunque estaban usándose una gran variedad de métodos en los diferentes hospitales visitados, solamente en cuatro se encontró un método basado en las estadísticas de morbilidad y mortalidad. Como quiera que sea, más tarde algunos hospitales recopilaron sus estadísticas e informaron acerca de un coeficiente de mortalidad que varía de 18 a 94%.

En los informes de los estudios hechos sobre la mortalidad de niños prematuros y publicados entre 1921 y 1934, se calificó a los niños nacidos con un peso de 2,500 gramos como prematuros; y por los estudios hechos en los Estados Unidos se encontró un coeficiente de esta mortalidad que varía del 27 al 77%, mientras que en los países europeos es de 13 a 55%. Además, estudios inéditos recientes hechos en cuatro grandes hospitales de los Estados Unidos, dan un coeficiente de mortalidad entre el 25 y 34%, con un promedio un poco menos alto que el mostrado en informes anteriores.

Sin embargo, al tiempo de formar estas cifras, deben tomarse en consideración ciertos factores. Todos los informes disponibles han mostrado que, cuando se estudia tomando como base el peso del recién nacido, la mortalidad es inversamente proporcional a este peso. Por ejemplo: en los cuatro hospitales a que ya se ha hecho referencia, la mortalidad entre los niños que pesaron menos de 1,000 gramos al nacer fué alta, variando entre el 93 y 100%, mientras que para aquellos que pesaron entre 2,000 y 2,500 gramos, la mortalidad fué baja, variando entre 6 y 14%. La mortalidad entre niños de otros dos grupos de peso intermedio, disminuyó a medida que el peso aumentaba. Las comparaciones de mortalidad entre niños prematuros, deben hacerse únicamente cuando los pesos de los niños incluidos en los grupos que van a ser comparados, queden dentro de ciertos límites especificados.

Más aún, ya que se sabe que la mortalidad de niños prematuros nacidos en el hogar y llevados después a los hospitales para su cuidado, es por regla general mayor que la de aquellos que nacen y se cuidan en el hospital, deberían considerarse separadamente estos dos grupos al tratar de conocer el resultado de los cuidados impartidos.

Como se ha mencionado antes, deben considerarse también los nacimientos múltiples, pues cuando se toma el peso del niño como base para el estudio del nacimiento prematuro, hay cierta evidencia de que la mortalidad de los mellizos prematuros es menor que la de los nacimientos sencillos.

Los esfuerzos que se han hecho o que se están haciendo para reducir la mortalidad entre los niños prematuros son difíciles de valorizar, ya que, como se ha indicado antes, los informes y opiniones sobre el nacimiento prematuro, así como los métodos de investigación de los casos, han diferido en manos de los diversos investigadores. En los informes que dan a conocer los métodos para el cuidado de estos niños, rara vez se han demostrado sus resultados por medio de la estadística.

Aunque el peso del niño al nacer probablemente no es una medida exacta para determinar el nacimiento prematuro, para fines clínicos y de estadística un peso de 2,500 gramos o menos, como base para el diagnóstico de nacimiento prematuro sería ventajoso, ya que así se establecería un juicio uniforme. La adopción de esta medida en los Estados Unidos permitiría la comparación con los resultados de investigadores extranjeros, quien con raras excepciones dejan de usarla.

Las causas de defunción de niños prematuros son frecuentemente muy difíciles de determinar, como lo muestra el hecho de que el "nacimiento prematuro" por sí solo se toma como la causa más frecuentemente reconocida. Si se hicieran estudios patológicos y otros de laboratorio en estos casos, se encontraría hemorragia intracraneal y septicemia como determinantes de la muerte de algunos de ellos.

Hay pocas dudas respecto a que los niños prematuros son particularmente susceptibles al traumatismo intracraneano durante el nacimiento y a que la hemorragia, también intracraneana, es una de las causas más importantes de defunción registrada. La infección, particularmente la septicemia, aun cuando frecuentemente no se registra como tal, por razón de no reconocércele, es, a pesar de todo, otra importante causa de defunción.

En estudios especiales de la sangre de los niños por medio de cultivos rutinarios se ha encontrado que en cierto número de casos con diagnósticos oscuros, había infección de la sangre, no obstante la ausencia de evidencias clínicas del padecimiento. La atelectasia, condición que es naturalmente fisiológica durante la vida intrauterina, también se registra frecuentemente como causa de defunción, pero probablemente no debiera considerarse como la causa principal en los niños poco desarrollados, sino simplemente como el resultado de la falta de desarrollo.

La ausencia de padecimientos patológicos demostrables en muchos niños prematuros que mueren, sugiere que pueden sucumbir por falta de ciertas hormonas

u otras substancias que a los niños, a término, les son probablemente transferidas de la madre por vía placentaria en las últimas semanas del embarazo. Algunos informes clínicos tienden a confirmar estas teorías, ofreciéndose aquí un campo de estudio cuyos resultados pueden proporcionar un aliciente mayor para reducir la mortalidad entre los niños que nacen con poco peso, lo que los métodos clínicos no han aportado hasta ahora.

Ciertas reglas fundamentales para el cuidado de niños prematuros han llegado a ser firmemente establecidas por el uso, tales como la conservación de la temperatura normal del cuerpo, el aislamiento como esfuerzo para prevenir la infección, y el tratamiento de los ataques de asfixia.

No se han establecido todavía buenos métodos para la alimentación del niño prematuro, ya que algunas personas autorizadas recomiendan la leche materna como el único alimento para estos niños, mientras que otras consideran con resultados igualmente favorables la alimentación artificial.

Algunos sostienen que es conveniente alimentar al niño con frecuencia y por medio de cortas cantidades; otros que las cantidades deben ser mayores y menos frecuentes; otros lo alimentan únicamente con biberón, gotero o alimentador de Breck; otros solamente por la sonda, y todavía hay algunos que usan combinaciones de estos métodos.

La defensa de los métodos para el tratamiento de la asfixia y de la atelectasia, por la inhalación de dióxido de carbono, del oxígeno o de ambos; la administración parenteral de flúidos; las transfusiones de sangre, etc., varían de clínica a clínica.

Todas estas cuestiones se aclararán cuando estudios y resultados más exactos hayan sido hechos.

La valorización por análisis estadísticos de los métodos empleados para cuidar a los niños prematuros, ha sido llevada a la práctica por cierto número de investigadores en este campo. Hess, por ejemplo, ha mostrado que para un período de doce años ha habido una disminución de la mortalidad en la Estación de Niños Prematuros del Hospital de Sarah Morris, de Chicago.

Hess atribuye parte de esta disminución a la educación de los médicos y de los padres de los niños, la que ha dado por resultado un aumento del número de niños prematuros enviados de sus hogares al hospital, dentro de las primeras veinticuatro horas de su nacimiento, usándose de la "ambulancia" (especial) de mano para trasladar algunos de estos niños. Esta "ambulancia" de mano se calienta eléctricamente para proteger a los niños del enfriamiento durante el transporte. Blackfan y Yaglou han presentado estadísticas que demuestran una baja en la morbilidad y mortalidad, debida al acondicionamiento del aire de la habitación del niño, de manera que ciertos estados de humedad y de temperatura fueron mantenidos. Clifford ha señalado el valor del rayo Roentgen en el desarrollo fetal en el útero y su aplicación práctica para disminuir la mortalidad del mismo feto por medio del control del tiempo en que el embarazo termina.

Una vigorosa campaña a través de la ciudad de Chicago, se inauguró recientemente por Bundesen para reducir el coeficiente de mortalidad por parte

MORTALIDAD ENTRE LOS NIÑOS PREMATUROS

premature, que encontró tan bajo como 5 por mil en algunas instituciones, pero tan alto como 500 por mil en otras. La Sociedad Americana de Pediatría, en 1934, designó un comité para el estudio de los problemas de la mortalidad y morbilidad neo-natal, particularmente debidas al parto prematuro. El Children's Bureau, bajo el Acta de Seguridad Nacional, está proyectando iniciar como parte de su programa, un intenso estudio de los niños prematuros, como esfuerzo para reducir la alta mortalidad que por ahora prevalece en este grupo.

CONCLUSIONES

1.—La reducción de la mortalidad entre los niños nacidos prematuramente, constituye en el momento actual una gran parte del problema de la mortalidad infantil general en los Estados Unidos.

2.—Aunque la cantidad de información de que se dispone respecto a las causas del nacimiento prematuro es considerable, el conocimiento que de dichas informaciones se desprende, debiera aplicarse más generalmente en un esfuerzo para llevar el embarazo a su término. Es necesario llevar a cabo otros trabajos para determinar las causas de los nacimientos prematuros, puesto que en muchos casos se registran como debidos a causas desconocidas.

3.—Los métodos aprobados para el cuidado del niño prematuro, deberían ser usados más extensamente. El valor de estos métodos, así como el de otros nuevos, debe estar basado en estudios sobre la mortalidad.

4.—Las causas de defunción de los niños prematuros deben seguir siendo estudiadas, ya que en casi la mitad de los casos las causas son desconocidas.

5.—Como la mortalidad es más alta entre los niños que nacen con poco peso, debe ponerse especial empeño en el desarrollo de métodos apropiados para el cuidado de éstos. Cuando la profesión médica y el público se den cuenta del problema que encierra el niño prematuro y hasta que ambos coordinen sus esfuerzos para resolverlo, será cuando la mortalidad de los niños prematuros sea reducida.

MORTALITY AMONG PREMATURELY BORN INFANTS

Ethel C. Dunham, M. D.

Reduction of mortality among prematurely born infants constitutes the major part of the problem of reduction of infant mortality in the United States today. The important role played by premature birth as a cause of death is shown by the fact that about one-half of the deaths in the first year of life occur in the first month and that nearly half of these are ascribed to premature birth. Moreover, although in the last 12 years mortality rates in the first year of life have shown a marked downward trend, mortality rates in the first month of life have shown only a slight decline while those for prematurely born infants have shown an even slighter one.

In an attempt to determine the types of care given to prematurely born infants and the results obtained, a member of the Children's Bureau staff has

visited more than 100 hospitals in a number of the larger cities of the United States, and found that in only a very few of these hospitals were any figures available in regard to the mortality from premature birth.

An analysis has also been made of a number of clinical reports of results of care of prematurely born infants which have appeared in medical literature in the past 18 years, in an attempt to determine whether there is any evidence that the mortality from premature births has been reduced in recent years and to relate mortality to different methods of caring for these infants. A comparative analysis of these reports was difficult to make because different criteria for diagnosis and different methods of collecting the material were used by various investigators. Those analyzing their records of infants weighing at birth 2,500 grams or less, reported a total mortality that varied between 31 and 85 percent. In a few reports in which the cases were divided into four subdivisions by birth weight so that the mortality could be determined in each of these groups, it was found to vary greatly but to be usually inversely proportional to the birth weight. Recent studies, as yet unpublished, made in four large hospitals, show a total mortality from premature birth somewhat lower than that given in earlier reports. This slight decrease is, however, apparently due to reduction of mortality in the higher weight groups rather than in the lower ones.

In efforts to further reduce mortality from premature birth, the conditions during the mother's pregnancy that bring about premature onset of labor should be given further consideration in the hope that some of them, if better understood, may be prevented and that pregnancy may be prolonged with improved methods of care of the mother. It is obvious that at present many of the causes of premature labor are not well understood since in nearly half of the cases the cause is reported as "unknown." In addition, methods of caring for premature infants, particularly those of low birth weight, should be more carefully evaluated to determine ways for improving them. Research methods should be applied to devising new methods of care. A definite relationship between the method of care used and the survival or death of the infant will be apparent only when careful statistical analyses are made of results of many methods of care used in large series of premature infants.

LA HORMONA FOLICULAR EN EL TRATAMIENTO DE LOS PREMATUROS

Dr. ERNESTO EGO AGUIRRE,
Lima, Perú.

LA prematurez es una de las causas más destacadas de la mortalidad infantil. Arrebata, todos los años, un número apreciable de vidas. Y es, sin duda, el principal motivo de la mortalidad infantil precoz.

Los fallecimientos por prematurez, no siempre se aislan en guarismos demográficos especiales. Entre los abortos fetales van considerados unas veces. Otras, pasan incorporados entre las enfermedades capaces de interrumpir la gestación y ocasionar la pérdida de una vida que se gestaba. Esto es todo. Y, por lo tanto, ahí está el motivo de que los médicos se detengan un poco en la revisión de un asunto que, en nuestro sentir, encierra positiva importancia eugénica, doctrinaria y práctica.

Sería innecesario el decir que las normas de la Puericultura pre-natal son el atajo del parto prematuro. Pero, hay que convenir también, que al quebrarse la simbiosis de que hablara el profesor Bar, tendrá que estarse en disposición de defender al ser inmaduro por los medios médicos.

EL TRATAMIENTO CLASICO DE LOS PREMATUROS

En todos los tratados que se ocupan de la materia, aparece a veces en letra pequeña, como si se quisiera expresar de esa manera el poco valor que se les concede a las cosas, el sistema al uso para la asistencia de los prematuros. Las estufas e incubadoras son la base del tratamiento. Unos consejos sobre alimentación y determinadas normas higiénicas constituyen, con el calentamiento, todo lo que, obstetras y puericultores, pueden ofrecer al "sietemesino."

Los fervores del práctico pueden aminorarse, y se aminoran con tal rutina, falta de perspectivas y justificación de que el progreso es la antípoda de la tradición. Cualquier espíritu observador tiene que estar disconforme. Y de aquí ha resultado que se pongan a esclarecer los aspectos más importantes del asunto.

¿Cómo convertir en maduros los frutos aún no en sazón? ¿No hay más que los mecanismos conocidos para dotarlos artificialmente de los factores que carecen? ¿Se puede, por medios biológicos, imitar, en algo, el estado del niño in utero?

El progreso de la Opoterapia enciende una luz. Está averiguado que las fuerzas vitales del prematuro pueden ser un tanto apuntaladas. Esta inmensa labor fué realizada en los últimos años. Los estudios, todavía incompletos, tienen el celo germánico y les falta alcanzar el área de difusión que ya tienen otros descubrimientos.

EL FUNDAMENTO DEL USO DE LA HORMONA FOLICULAR

La sangre de la mujer grávida y la del feto contienen determinada proporción de hormona ovárica. La recién parida expele por la orina dicha substancia. El nacido, también tiene, hasta el 4º día de la vida, trazas de foliculina en su orina. Los análisis químicos así lo evidencian.

Hormona indispensable para el desarrollo del feto en el útero, los nacidos antes del 9º mes, muestran, igualmente, en las investigaciones de laboratorio, el producto hormonal en sus orinas. Bien pronto después del nacimiento, la pierden. Y por faltar en la sangre, su ausencia en la orina pone de relieve, una vez más, que esta excreción es el espejo del tejido hemático.

Martin de Elberfeld fué el primero en administrar a los prematuros la hormona folicular. Los resultados del suministro están pormenorizados en su publicación "Undén en el tratamiento de los prematuros" (*Monatsschrift für Gynäkologie und Geburtshilfe*. 1929).

Sin apresurarse a dar conclusiones sobre un sistema terapéutico en ensayo, incita al lector a su uso. Y con esa sencilla verdad que es el patrimonio del verdadero hombre de ciencia, Martin consigna en su trabajo el motivo de su decisión para experimentar la hormona ovárica. Ese motivo lo constituyó las recomendaciones del Congreso de Obstetricia de Bon y los consejos de Ascheim. Ambos coinciden al considerar la foliculina como apropiada para los prematuros. Posteriormente, Mugel, del Instituto de Obstetricia de Ergut, y Reichfe, de Brunswick, escuchando los decires de Martin, utilizaron la hormona en forma halagadora.

Todos los investigadores citados han utilizado el producto denominado Undén (Bayer).

LA TECNICA HORMAL Y SUS RESULTADOS

El momento en que la orina del niño deja de tener foliculina, es el elegido para iniciar la cura. Ya se sabe que ese instante corresponde al 4º día, posterior al nacimiento.

Diariamente se tiene que administrar el producto (Undén) cuyo principio activo es una substancia todavía mal definida químicamente y que se extrae de la placenta animal. La dosis correspondiente es de 100 unidades-rata por cada 1,000 gramos de peso del cuerpo. Y aquí debemos decir que se entiende por unidad-rata, la cantidad mínima de substancia que, inyectada, despierta el celo en una rata castrada. La solución debe ser oleosa. Se administra por ingesta, no teniendo ningún inconveniente, salvo la intolerancia —hecho excepcional— de ciertos niños por el aceite.

Desde el instante en que los creadores del método emplearon la hormona, han abandonado las incubadoras y las camas calentadas. Únicamente utilizan las ropas necesarias para proporcionar al niño el abrigo conveniente y recomiendan, para ello, el edredón de plumas.

Practicando la cura en esa forma, se ha observado que la caída del peso, ese descenso inicial tan acusado, está disminuida. Algo más, no se prolonga muchos días, permitiendo la buena evolución orgánica del prematuro. La parte desfavorable y peligrosa en los primeros días de la vida, resulta vencida, con relativa facilidad, con este sistema curativo hormonal, afirmando Martin que los prematuros fallecidos, entre los casos que ha tratado, tienen como causa de su muerte procesos morbosos particulares y nunca la misma prematuridad.

Comparando la curva de peso de los niños medicados por Martin con las respectivas gráficas ponderales de otros prematuros a los que dejó de administrárseles Undén, pudo notar señaladas diferencias. Mientras que los primeros ofrecieron una curva ascendente muy parecida a la de los niños a término, los últimos tenían unas líneas absolutamente desemejante a la fisiológica. Por eso ha podido decir que el crecimiento es igual al logrado en el vientre de la madre.

Alentados por los resultados en cuestión, los experimentadores hicieron ingerir a los prematuros el Undén, desde el momento mismo del nacimiento. Las dosis fueron invariables. Siempre 1/10 de unidad-rata por gramo, de peso corporal.

La innovación permitió a Martin la obtención de datos más ilustrativos. Efectivamente, la disminución del peso ya no es la regla. Casi todos los niños tratados pierden muy poco de su peso y no son raros los que permanecieron estacionarios para en seguida aumentar sin haber ofrecido, en ningún momento, disminución.

Este acontecimiento se ha incrustado de tal modo en el espíritu, que ha llevado a aconsejar el uso del Undén en cuantos niños se distinguen por una pérdida considerable del peso. Y, también, a decir —aunque todavía no con esa firmeza que da la amplia investigación científica, no lograda por aquel autor, ya que los casos observados recién alcanzaban al centenar— que la resistencia a las infecciones se acrece en los prematuros, sin que influya decisivamente en la evitación del raquitismo y de la anemia, hechos ambos de común observación.

NUESTROS ENSAYOS CAUSAS APARENTES Y REALES

El poder de sugestión que tienen las ideas ajenas, que es lo que realiza su difusión en las ciencias médicas, nos determinó a repetir en los prematuros confiados a nuestro cuidado en la Maternidad de Lima, el tratamiento hormonal. Incrédulos de cuanto tiene la etiqueta de lo novedoso, esta vez, con entusiasmo, hemos realizado y realizamos la tarea. La lectura de un trabajo del Dr. Carlos Carreño, de Buenos Aires, nos indujo a tratar los prematuros con hormona folicular. Y en una comunicación a las Jornadas Médicas, habidas en Lima en julio de

1933 con motivo del centenario de Hipólito Unanue, hicimos públicos los resultados de nuestros ensayos. Este trabajo representa un resumen de nuestra doctrina y de nuestra práctica.

BREVE NOTICIA DEL PROCEDIMIENTO

Por no existir en Lima, en los primeros momentos de nuestra tarea, la solución oleosa de Undén, administramos a nuestros prematuros de esos días (junio de 1933) el opoterápico en comprimidos. Estos comprimidos fueron finamente pulverizados y se administraron en solución oleosa. Para este fin nos servimos del aceite de olivo puro, un centímetro cúbico por cada 100 unidades de Undén. El producto, bastante denso, ofrecía algunas dificultades a la ingestión. Fué preciso adicionar uno o dos centímetros cúbicos de agua de azahar para obtener la fluidez necesaria de la solución. Un miligramo de sacarina por toma, hace que el prematuro acepte sin rechazo el medicamento.

Cefidos exactamente a los consejos de los experimentadores hemos tratado, hasta hoy, 46 prematuros con tres decesos. Pero ya no con el opoterápico en aquella forma, sino con la solución, gentilmente remitida a nosotros por la firma fabricante, mediante su representante en Lima. Esta solución está dosificada así: 200 unidades por centímetro o sean treinta gotas. Dando cien unidades por kilo, la dosis por 24 horas la damos dividida en tres partes.

Como complemento higiénico suprimimos el baño, haciéndose el aseo de la piel con vaselina líquida esterilizada; cubrimos a los niños con una capa de algodón antes de vestirlos, les ponemos botellas calientes permanentes y les hacemos dar leche de mujer cada dos horas. Las necesidades hídricas se satisfacen con pequeñas cantidades de agua azucarada y, en ocasiones, con hipodermocclisis de suero glucosado.

La administración de la hormona folicular se continúa hasta que el niño pese tres kilos.

ESQUEMAS CLINICOS

Tomados al azar, van aquí unos pocos casos de nuestro historial clínico.

R. S. Múltipara. Fecha probable del parto, el 20 de agosto de 1933. Nacimiento del niño: el 8 de junio, en el Servicio N° 3, cama 5 de la Maternidad de Lima. Se hace una versión profiláctica por prolapso del útero (Dr. Franco). El prematuro es varón, mestizo, pesa 1,700 gramos, talla 38 centímetros y las circunferencias craneal y torácica son iguales: 30 cm. El 4º día de vida (12 junio) empieza a tomar Undén, 150 unidades por dosis interdiaria, que acepta muy bien. Luego, 200 por día. La caída fisiológica del peso fué de 80 gramos a las 48 horas del nacimiento, cuando todavía no había ingerido la foliculina. En cuanto comenzó a tomar Undén el peso subió, pesando el día 20 de junio. 1,820 gramos, prosiguiendo el ascenso en forma halagadora.

E. P. Ingresa al Servicio N° 3, cama 3. Secundípara, fecha probable del parto, alrededor del 15 de diciembre de 1935. Nacimiento del niño: el 6 de octu-

bre. Parto gemelar, varones, mestizos. Las condiciones biométricas del segundo niño (porque el primero fué un nati-muerto) son: talla 36, peso 1,780 gramos, circunferencia craneal 31, torácica 30. Al día siguiente del nacimiento se empieza a dar Undén; 200 unidades diarias los diez primeros días, interdiarias después. El peso no descendió en ningún momento. A los siete días de vida pesaba 2,080 gramos.

M. S. Ocupó la cama 1 del Servicio N° 1. Multipara, la cuenta de su embarazo termina el 12 de agosto de 1934. Pero el parto, espontáneo, ocurre el 8 de junio. El prematuro es varón, indio, pesa 1,600 gramos, mide de talla 35 cms., de circunferencia craneana 31 y torácica 30. Toma 150 unidades de Undén diarias, desde el día mismo del nacimiento. El peso nunca descendió. Estabilizado, en seguida, en 1,650 por cuatro días, fué aumentando a razón de 30 gms. por día. Tomaba el seno con avidez.

Z. R. Servicio de Mutualistas. Primípara que ignora la fecha de su última regla. El parto ocurre el 3 de julio en cefálica. La bebé pesa 1,810 gms. Talla 36 cms., circunferencia craneana 30 y torácica 29. Hay tendencia acentuada a la hipotermia, edema supra-púbico, escaso desarrollo ungueal, delgadez marcada de los miembros (niño-araña), etc. La madre, obrera en una fábrica de tejidos, escasamente alimentada, fatigada, acude a la Maternidad con los primeros dolores que experimenta. El niño es, pues, prematuro y débil congénito. 200 unidades diarias de Undén y los cuidados del caso aseguraron el peso del niño. El movimiento ascensional de éste fué inusitado, ganando 450 gms. en 10 días, evidenciando la vieja afirmación del rápido crecimiento de los prematuros.

C. G. Sección de Pagantes de la Maternidad. Secundípara. Tiene exactamente a las 28 semanas de su última regla un niño blanco, nacido por desprendimiento precoz de la placenta (inserción baja). Pesa 1,800 gramos. Talla 40 cms., circunferencia craneal 30, torácica 30. Está hipotérmico, no hay llanto y la salida del meconio hay que provocarla a las 24 horas. Toma Undén desde el nacimiento y hay que alimentarlo a la sonda por vía nasal. Le hidratamos con suero de Ringer, subcutáneo. A los cinco días del nacimiento hay icteria febril y, también, fenómenos dispépticos. Se le da Undén hasta que pasa de 300 gramos de peso, lo que se logra a los quince días de nacido, quizás por haberse enriquecido la leche de mujer de Larosan y por tomar una vez al día ba-beurre (Eledon).

C. R. C. Multipara. Ocupa la cama 14 del Servicio N° 3. En parto fisiológico tiene un varón, mestizo, el 10 de enero de 1933, debiendo haber nacido, según los conmemorativos, en la segunda quincena de marzo. Pesa 1,300 gramos y la talla y medidas cráneo-torácicas son de 36, 28 y 27 cms., respectivamente. Sin reflejo de succión, hipotérmico y en las peores condiciones de viabilidad, se llenan todas las indicaciones del caso. Toma 150 unidades de Undén con gran esfuerzo, pero fallece a las 24 horas. Hay en la madre un Wassermann en sangre, fuertemente positivo. Se trató aquí de prematuridad por sífilis congénita y la muerte cabe incriminarla a la infección fundamental, antes que a la inmadurez, la cual, acaso, fué también la causa del parto prematuro.

DEFENSA BIOLOGICA DEL PREMATURO

Aún se discrepa por algunos en la ciencia, respecto de la utilidad de la defensa del prematuro. Consideran su crianza como un esfuerzo improductivo. Y dicen, los que así piensan, que los prematuros que sobreviven a los percances del pos-partum, nunca serán sujetos normales. Se diría que van a integrar la décima de población en que René Sand agrupa los desechos raciales.

Contra esta idea, nacida quién sabe donde, se han alzado otros tantos autores. Se destaca en el empeño de lavar la afrenta Eckstein, de Düsseldorf. Para él, un prematuro sano es un ser dotado biológicamente de facultades de adaptación para la vida, superiores a las del hombre adulto. En nuestro modesto plano profesional, podemos asegurar la verdad del pensamiento de Eckstein. No hay audacia en la declaración. Todos los que por razones de especialización profesional tienen que hacer con los prematuros, pueden confirmar cómo sus funciones se realizan dentro de condiciones, muchas veces, inferiores al mínimo de la resistencia vital. La ciencia ya cuenta con los recursos para vencer esta etapa. La hormona folicular es uno de ellos. Y cuando más tarde el crecimiento estatural y ponderal, el desenvolvimiento de la inteligencia y el ningún rastro del cuadro constitucional del prematuro dejen asidero para pensar que el ser frente al que nos encontramos ha venido a la vida precozmente, tendrá que aceptarse que es necesario agotar todos los medios de defensa del prematuro.

Como conclusión de la presente comunicación, se puede formular el siguiente

VOTO

El VII Congreso Panamericano del Niño recomienda a los médicos puericultores ensayar el tratamiento de los prematuros y de los débiles congénitos por la hormona folicular, con el fin de confirmar la necesidad de que dicha sustancia sea incorporada a la terapéutica biológica.

LA PROFILAXIS DE LA OFTALMIA PURULENTA DEL RECIEN NACIDO

Partera FELIPA RAMIREZ,
México, D. F.

ES la conjuntivitis purulenta siempre de origen infeccioso. La contaminación de los ojos puede hacerse al pasar el niño por el canal vaginal, en el acto del parto, o después, por el agua del baño, las manos de la partera, las esponjas, algodones o lienzos no bien esterilizados; el más ligero descuido basta para ocasionar tan grave mal.

El agente que más comúnmente la determina, es el **gonococo**; aunque también se han encontrado **neumococos** y otros microbios.

La aparición del mal empieza dos o tres días después del nacimiento (**Oftalmía primitiva**) u ocho o diez días después del parto (**Oftalmía secundaria**). Casos los ha habido, muy raros, es verdad, en los cuales el mal comienza desde antes del parto (**Oftalmía amniótica**); el hecho es muy excepcional, sin duda. Comienza por un escurrimiento de color amarillo, espeso, que se concreta en costras, y por el intermedio del cual los párpados se pegan; el flujo aumenta rápidamente, se torna en opalino y purulento, por último. Los párpados en un principio se ponen rojos y se hinchan más y más, hasta llegar a convertirse en los casos agudos, en verdaderas bolsas de pus; su cara interna está tan inflamada e hinchada, que no permite ver la conjuntiva ocular, ni la córnea. A veces la mucosa del globo del ojo también se pone muy roja y está tan abultada, tan hinchada, que al tratar de separar los párpados, salta un chorro de pus, que puede ocasionar un accidente serio, y, por lo mismo, conviene prever el caso.

La duración y marcha del proceso es muy variable; en casos ligeros dura pocos días, en otros, la duración es una o dos semanas y hasta de un mes o más.

COMPLICACIONES

Las principales son las manchas de la córnea y las ulceraciones.

Las manchas pueden llegar a opacar el ojo, según su extensión y espesor. Las ulceraciones pueden determinar hasta la evacuación completa del ojo; en tal caso, la ceguera es inevitable.

DIAGNOSTICO

No ofrece dificultades, se impone desde luego por la hinchazón de los párpados y el escurrimiento.

PRONOSTICO

Hay que recurrir sin demora a remediar el mal, que es siempre serio. La gravedad será mayor cuando haya complicaciones.

PROFILAXIS

Es el punto de mayor interés para la partera. El caso es serio y reviste capital importancia, pues de la conducta observada por la asistente depende siempre el mejor éxito.

Para realizar la profilaxis, hay que proceder en todo caso con la mayor cordura, poniendo todo empeño y obrando bajo la asepsia más exquisita. La conducta seguida en la asistencia, demanda amplios lavados vaginales y desinfección completa del canal, cuando hay escurrimiento; con mucha mayor razón si el flujo fuera sospechoso (blenorragia vaginal). No hay que dejar pasar inadvertido ningún escurrimiento, por ligero que parezca, y siempre deberá practicarse después del nacimiento el lavado inmediato de los ojos del niño, con agua esterilizada, haciendo en seguida instilaciones de una solución de nitrato de plata al 1 ó 2 por ciento, cuyos efectos se neutralizan mediante el empleo de otra solución de cloruro de sodio al 1 por mil. (Método de Credé.)

TRATAMIENTO

Es del dominio del médico; pero si no lo hubiere en el acto, a la partera cabe desempeñarlo desde luego, pues en tal caso ella es la inmediata responsable.

Se harán lavados con solución de ácido bórico, si el caso fuera simple; cuando no, estos lavados se practicarán dos veces al día, con una solución de cianuro de mercurio al 1 X 4000, evitando las fricciones, pues la piel de los niños es muy delicada y podrían producirse eritemas que, además de ser un defecto en el recién nacido, tardan en desaparecer. Luego de efectuado el lavado, se pondrán en el ojo tres o cuatro gotas de una solución de nitrato de plata al 1 ó 2 por ciento; en el intervalo de las curaciones se harán lavados cada hora o cada dos horas, con agua hervida o solución de ácido bórico; en las noches, por lo menos, se harán uno o dos lavados, disponiendo en seguida de compresas húmedas calientes sobre el ojo enfermo, mantenidas con un vendaje oclusivo, para impedir la propagación del mal al ojo sano, y se untarán de vaselina las regiones circunvecinas para evitar que las maltrate el pus. También es necesario el aislamiento del niño si la madre tiene algún padecimiento gonocócico, porque después del parto bien podría presentársele alguna complicación.

El método de Credé, al cual me he referido ya, me parece ser el mejor, el verdaderamente ideal; aunque no hay que neutralizar la aplicación del nitrato

de plata, ya que según lo enseñaba el eminente Sr. Dr. Vélez, basta con las lágrimas del niño para lograrlo.

En los laboratorios Min hay ámpulas de solución de nitrato, pero que no dan la suficiente garantía, porque tiene solamente una punta afilada; se debe corregir este defecto, dando a las ámpulas dos extremidades afiladas, a fin de hacerlas adaptables a un gotero. En los laboratorios Isis, me parece, que así ya vienen dispuestas.

En nuestros días se puede emplear el metafén al 1 $\times$ 500, el mercurio-cromo al 2 por ciento y desechar absolutamente el argirol, el protargol y el jugo de limón, etc.

Y ante este H. Congreso yo estimo que conviene protestar enérgicamente contra tales prácticas viciosas. Yo así lo hago desde luego y exhorto a todas mis compañeras a que se eximan de aplicar esos medicamentos.

Hay un Decreto expedido el año de 1933 por el Ejecutivo de la Unión, en la época que lo tenía a su cargo el Sr. Gral. D. Abelardo L. Rodríguez. Dicho Decreto, que a mi modo de ver no es bastante conocido aún, conviene tenerlo presente, y en tal virtud estimo que ahora es la ocasión de divulgarlo, ya que en dicho Decreto se expone la necesidad y conveniencia de emplear la solución de nitrato de plata, conforme al método de Credé, para evitar la ceguera. El Decreto nos impone la obligación de usar el tratamiento y establecer la debida sanción.

He aquí dicho Decreto:

En la página 244 del Diario Oficial, del sábado 22 de julio de 1933.

Departamento de Salubridad Pública.

Decreto que declara obligatoria la aplicación del método "Credé" en el tratamiento de los recién nacidos.

Al margen un sello que dice: Poder Ejecutivo Federal.—Estados Unidos Mexicanos.—México.—Secretaría de Gobernación.

El C. Presidente Substituto Constitucional de los Estados Unidos Mexicanos, se ha servido dirigirme el siguiente Decreto:

"Abelardo L. Rodríguez, Presidente Substituto Constitucional de los Estados Unidos Mexicanos a sus habitantes, sabed:

"Que teniendo en cuenta los artículos 110, fracción VI, y 464 del Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos, a propuesta del Departamento de Salubridad, y

"Considerando: que la oftalmía purulenta es una enfermedad transmisible, cuya frecuencia ha aumentado en forma alarmante en todas las entidades de la República y que el dominio de esta enfermedad es práctico y sencillo por la aplicación correcta del método "Credé" detallado después.

"Que, además, el método "Credé" es una práctica preventiva eficaz e inofensiva, como profiláctico de la oftalmía purulenta y que las consecuencias de esta enfermedad pueden ser peligrosas y funestas para el sentido de la visión en los niños, he tenido a bien expedir el siguiente

DECRETO

"Artículo 1º—Toda persona que, ejerciendo la medicina, asista a un parto en el Distrito Federal, Territorios y Estados de la República, está obligada a aplicar el método "Credé" al recién nacido, como profiláctico de la oftalmía purulenta. Este método debe ser usado inmediatamente después del nacimiento del niño.

"Artículo 2º—La infracción del artículo anterior será castigada con multa de \$ 5.00 a \$ 500.00.

"Artículo 3º—Los directores de hospitales, asilos, maternidades, políclínicas oficiales o particulares, sanatorios, etc., serán mancomunadamente responsables con el directamente obligado, en la omisión de la aplicación del método "Credé."

"Artículo 4º—El Departamento de Salubridad, juzgando de cada caso particular, aplicará a las personas a que se refiere el artículo anterior, las penas que establece el artículo 2º

TRANSITORIO

"UNICO.—Este Decreto entrará en vigor en toda la República un mes después de la fecha de su publicación en el "Diario Oficial."

"En cumplimiento de lo dispuesto por la fracción I del artículo 89 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y para su publicación y observancia, promulgo este Decreto en la residencia del Poder Ejecutivo Federal, en la Ciudad de México, a los siete días del mes de julio de mil novecientos treinta y tres.—A. L. Rodríguez.—Rúbrica.—El Jefe Interino del Departamento de Salubridad Pública. —Manuel F. Madrazo.—Rúbrica.—"Al C. Secretario de Gobernación.—Presente."

Lo que comunico a usted para su publicación y demás fines.

SUFRAGIO EFECTIVO. NO REELECCION.

México, D. F., a 14 de julio de 1933.— El Secretario de Gobernación.—
Eduardo Vasconcelos.—Rúbrica.

Al C....."

Forma en que debe aplicarse el método "Credé."—Debe aplicarse el método "Credé," al recién nacido, en el momento mismo del nacimiento, ANTES DE LA LIGADURA DEL CORDON, comprendiendo los siguientes tiempos:

I. Se limpian cuidadosamente, mediante una torunda de algodón seco y estéril, todas las mucosidades depositadas sobre los párpados y entre los bordes de los mismos.

PROFILAXIS DE LA OFTALMIA PURULENTA

II. Un ayudante, con las manos perfectamente desinfectadas, entreabre los ojos del recién nacido, uno después de otro, mediante el siguiente procedimiento: coloca los extremos de los dedos pulgares frente a frente, apoyando delicada y suavemente sobre cada uno de los dos párpados y ejerce una ligera tracción en sentido inverso, como si tratara de separarlos. Una vez entreabiertos los ojos del recién nacido, la persona encargada directamente de la aplicación del método, hace un lavado con una jeringa o gotero estériles, de las superficies corneal y conjuntival, empleando una solución tibbia de ácido bórico al 4%, tantas veces cuantas sean necesarias para barrer por completo las mucosidades retenidas.

III. Después de limpiar con una torunda estéril de algodón el exceso de solución boricada que escurra, valiéndose de un gotero, se deposita suavemente, cuidando de no traumatizar la córnea con el extremo del mismo, una solución de nitrato de plata al 1 ó 2 por ciento al nivel del borde del párpado inferior, que el ayudante mantiene retraído hacia abajo, cuidando de que quede colocada en el fondo del saco interior de la conjuntiva.

IV. El ayudante desprende de los párpados el extremo de sus dedos pulgares que tiraban de ellos, de manera que el movimiento mismo del párpado inferior, al ocluirse el ojo, esparza la gota de la solución del nitrato de plata por toda la extensión de la superficie de la córnea y de la conjuntiva.

V. Se mantiene cerrado el ojo por espacio de un minuto, porque la solución de nitrato de plata no debe obrar sobre las superficies corneal y conjuntival, más de un minuto, y se coloca frente al mismo ojo, por encima de los párpados, así unidos, una torunda de algodón estéril, a manera de protección.

VI. Se entreabren nuevamente por la maniobra descrita los párpados del ojo, primeramente tratado, y se deja escurrir en él, valiéndose de un gotero hervido, una solución estéril de cloruro de sodio en agua, al siete por mil (suero fisiológico), la que irá a neutralizar el exceso de nitrato de plata que haya quedado retenido.

VII. Se limpian los líquidos que escurren del ojo, valiéndose de una nueva torunda de algodón estéril y seco.

VIII. Se coloca frente al ojo del niño ocluido un poco de algodón estéril, para protegerlo contra contaminaciones ulteriores, que puedan producirse durante las demás maniobras inherentes a la atención de un recién nacido.

IX. Se repiten todas las maniobras anteriores, en el mismo orden, en el otro ojo del niño.

Por último, séame permitido agregar a todo lo expuesto la siguiente observación correspondiente a un hecho ocurrido en mi propia práctica. Es referente a un caso de oftalmía purulenta amniótica.

En el año de 1915, atendí a una señora en una de las calles del 5 de Febrero, de esta ciudad de México. Era el quinto embarazo, tenía un escurrimiento muy abundante y sospechoso; por este antecedente hube de prepararla para su alum-

bramiento, mediante una desinfección rigurosa, pero no obstante las precauciones adoptadas el niño nació con sus ojitos que eran verdaderas bolsas de pus. Inmediatamente lo sometí al tratamiento conveniente; haciéndole, previo abundante lavado, instilaciones de una solución de nitrato de plata al 2%, que era neutralizada después con otra solución de cloruro de sodio al 1 por mil. El tratamiento se siguió por varios días, dos semanas aproximadamente. Más tarde, recomendé a la madre que consultara con un oculista, para que le hiciera al niño un reconocimiento minucioso. El médico dijo encontrarlo muy bien curado, y únicamente le recetó unas gotas de solución de argirol. Actualmente, el niño, que vive con sus padres en los Estados Unidos, ya es un hombre, y está dedicado al cultivo del arte del canto.

El Sr. Dr. Torres Estrada, eminente oculista, ha tenido también un caso de oftalmía purulenta amniótica, idéntico al anterior, que fué combatido igualmente con el mejor éxito.

EL PROBLEMA DE LA PARTERA EMPIRICA EN LA ZONA RURAL

Dres. PILAR HERNANDEZ LIRA
y FELIPE GARCIA SANCHEZ,
Xochimilco, D. F.

UNO de los problemas de Higiene Maternal e Infantil que por la trascendencia que tiene para nuestro país debe ser estudiado con todo detenimiento para buscarle la solución más apropiada a nuestro medio, es el que se relaciona con la actuación, en las zonas rurales, de las llamadas "comadronas" o "parteras empíricas."

No existen en los Departamentos de Salubridad, de la Nación o de los Estados, datos exactos, ni siquiera aproximados, que nos den a conocer los resultados, en su mayoría funestos, de la labor que en el campo lleva a cabo la "partera empírica" y que nos informarian de todo el horror de la situación en las zonas rurales, no tan sólo en lo que se refiere a la atención de la mujer embarazada o de la parturiente, sino también a la de infelices niños que se ven perseguidos por la "partera empírica" más allá de su nacimiento.

Sólo de vez en cuando llega a nosotros, envuelto en un oleaje de indignación, el comentario de lo hecho por una "partera empírica" en tal o cual lugar, como sucedió hace unos meses cerca de Toluca, donde dos "comadronas" fueron enjuiciadas civilmente por actos que se juzgaron como verdaderos crímenes; como aconteció hace varias semanas en un rancho a inmediaciones del pueblo de Tacuba, D. F., donde una infeliz mujer falleció como consecuencia directa de la intervención de una "partera empírica;" como lo que acaba de señalar la Prensa de la semana pasada, dando a conocer el caso de una "comadrona" que fué acribillada a tiros por la familia de una parturienta fallecida por la administración de un brebaje. Mas, junto a estos hechos que por aparatosos o por las circunstancias especiales que los rodearon fueron dados a conocer públicamente, hay cientos que pasan desapercibidos, hay millares que han escapado a nuestras estadísticas, pero cuyas consecuencias directas han sido: centenares de mujeres sufriendo infecciones puerperales; cientos de mujeres padeciendo metritis, desviaciones uterinas, o aún más serias afecciones ginecológicas, resultantes de partos mal atendidos; cientos de mujeres que han tenido que amamantar a sus hijos, anegadas en llanto, reflejo del dolor físico ocasionado por pezones agrietados, a los que no se dió, durante el embarazo, los cuidados propios; niños

nacido-muertos, sea dentro del claustro materno por una intervención tan atrevida como torpe, o bien en ocasión de su nacimiento al faltarles los auxilios de una persona apta; niños que aun habiendo logrado iniciarse en la vida, son más tarde víctimas de regímenes alimenticios inapropiados, de terapéuticas erróneas.

Es pues, en las zonas rurales, el de la "partera empírica" un problema muy delicado que figura como factor muy importante en la mortalidad general, en la mortinatalidad y la mortalidad infantil.

En los grandes centros de población, contamos con número suficiente de médicos, con sanatorios, hospitales, maternidades privadas o maternidades públicas instituidas por alguna asociación benéfica o de asistencia social; contamos con un ejército de parteras tituladas que han salido de nuestros hospitales, previos los estudios y prácticas, quienes por los elementos que ofrece una gran ciudad, por las facilidades de transportación y aun por la misma competencia profesional, ponen a las mujeres embarazadas en condiciones de obtener un buen servicio. Pero la situación es muy diferente en la zona rural. Puede haber uno o más médicos, graduados en la Universidad Nacional o en alguna Facultad de Medicina de los Estados; pero es bien sabido que a lo que menos se dedica el médico rural es a la atención de partos, sea porque no es solicitado por las familias, o sea porque, aun siendo llamado, deliberadamente niega sus servicios en un trabajo que va a ser poco o nada retribuido. Y aun en los casos en que es solicitado, esto sucede ya cuando se presenta la necesidad de hacer una intervención de urgencia, sea una versión, una aplicación de fórceps, una hemorragia, etc., o lo que es más penoso, cuando le queda solamente el recurso de esperar algunas horas para extender un certificado de defunción. Puede haber parteras tituladas, pero esto se presta a varias consideraciones, a saber: Aun en el remoto e inusitado caso de que la o las parteras fueran solicitadas para atender a todas las parturientes, existiría el peligro de que no fueran suficientes para el número de señoras que requieren sus servicios; el hecho perfectamente observado de que las parteras tratan de hacer una selección de sus clientes, atendiendo sólo a aquéllas que van a pagar honorarios moderados o buenos y a proveerse del material, equipo y ropas que la partera va a solicitar para la atención del parto; o el caso muy racional de que la partera titulada se niega a prestar sus servicios, dando cualquier excusa, por las pocas seguridades que en el campo ofrece una salida nocturna. De esta manera, queda para la "comadrona" o "partera empírica," un número muy crecido de mujeres a quienes atender, dándose aquí el caso de que la demanda supera a la oferta.

Un estudio comparativo de las condiciones que prevalecen en las zonas rurales con respecto a la mujer embarazada, nos enseña que la condición social a la que ella pertenezca, está en íntima relación con la atención pre-natal y la asistencia del parto que a esta mujer le serán proporcionados; esto nos conduce a establecer algunas diferencias de clases y así encontraremos a la mujer embarazada perteneciendo a algunos de los grupos siguientes:

a). Las señoras de la clase acomodada, que ven transcurrir los días de su embarazo en medio de mimos y halagos, que reconocen como origen prejuicios

y tradiciones familiares, muchas veces completamente equivocados, y que en la primera oportunidad serán trasladadas a la ciudad más cercana para internarse en un Sanatorio o Maternidad particular y ser atendidas por médicos o profesoras en obstetricia.

b). Las señoras de la clase media que han tenido oportunidad de obtener alguna educación médica y que van a hacerse cuidar durante su embarazo y atender durante su parto, por el médico de la familia o por un médico de la localidad, de reconocidas aptitudes como partero.

c). Las señoras de la clase media que no teniendo una educación médica adecuada que les permita vencer el prejuicio racial de que "una mujer en su parto no debe ser atendida por un hombre, sino por otra mujer," acuden a los servicios de una partera titulada.

d). Las señoras de la clase laborante a quienes no les queda más camino por seguir que ingresar a una maternidad oficial, y éstas son las menos, o ponerse en manos de la "partera empírica," lo que desgraciadamente sucede las más de las veces.

e). Las señoras de la clase pobre, que indefectiblemente van a acudir a los servicios de las "parteras empíricas."

Los tres primeros grupos no constituyen, para el sanitario, problema serio, porque en el caso de atención por médicos, tenemos el derecho a asegurar que la señora llegará al final de su embarazo sólo con las molestias y dificultades naturales de su estado, merced a una preparación adecuada tendiente al logro del feto y al bienestar de la madre. Y en cuanto a las parteras tituladas, para quienes en nuestro país la obtención de su diploma ha significado estudios de enfermería y obstetricia y una práctica hospitalaria bastante amplia, están en condiciones de prestar a la mujer embarazada los auxilios que la técnica moderna señala, aunque desgraciadamente hay que hacer una que otra excepción.

Pero son los dos grupos en último término señalados, los que constituyen para el sanitario un problema muy serio de higiene pre-natal y natal, y en las zonas rurales. Es indiscutible que a una mujer embarazada no se le puede negar el derecho de ser atendida en los momentos en que va a convertirse en madre; es incuestionable que esta mujer de escasa o ninguna ilustración y de paupérrimos recursos económicos, va a solicitar la ayuda de la única persona que se pondrá a la altura de las circunstancias: "LA COMADRONA." Y todos los que hemos trabajado en el campo, en las aldeas, en las villas y poblados de las zonas rurales, tenemos la triste experiencia de conocer cientos de casos en que la actuación de la "comadrona" ha sido nefasta para la madre y el producto.

Una ligera observación de lo que sucede en las zonas rurales, nos llevará a la conclusión de que la profesión de "comadrona" es muy socorrida y se dedican a ella:

Mujeres que por el hecho de haber sido madres una o varias ocasiones, se creen con la "experiencia" necesaria para la atención de partos;

Mujeres que por haber presenciado accidentalmente uno que otro parto, se consideran con el valor necesario para acudir a un llamado de una mujer en trabajo;

Mujeres que han leído enciclopedias hogareñas y que, al aprenderse el contenido de algunas páginas, creen que eso las capacita para trabajar en partos;

Mujeres que han sido afanadoras o aspirantes a enfermeras en hospitales civiles y que, al perder sus empleos, se juzgan ligadas con la profesión médica y se aventuran a efectuar trabajos para los cuales no tienen la debida preparación.

La audacia de las "parteras empíricas" no tiene límites; su atrevimiento no reconoce horizontes; todo lo intentan; a todo se aventuran en medio de una inconsciencia e ignorancia tan grandes, que horrorizan las consecuencias fatales de su labor "profesional."

De todos los sanitarios de las zonas rurales son conocidas sus prácticas: El cumplimiento de "antojos" para que el niño no nazca defectuoso; la ingestión de "menjures para purificar la sangre y dar fuerzas al vientre para la expulsión del feto; la reclusión de la embarazada en ocasión de ciertos fenómenos astronómicos para que un eclipse o la aparición de un cometa no vayan a originar un labio leporino en el feto; los ejercicios de abrir las piernas a la embarazada para aumentar el tamaño de la cadera; la ligadura del vientre para que el feto no pase de la matriz a la cavidad estomacal; el manto a la infeliz primípara; el uso de medicamentos como quinina y ergotina en cantidades tales que sólo es de esperarse la tetanización de la matriz; el empleo de ácidos aplicables a la pared abdominal; las maniobras instrumentales y manuales y el engrasado de las paredes vaginales; la expulsión forzada de la placenta; los lavados intrauterinos post-partum con una sonda e irrigador de procedencia indefinible; el olvido de la aplicación de gotas de solución de nitrato de plata en las conjuntivas del recién nacido; el tratamiento del cordón con sebo o bolas de jabón; en fin, sería una lista interminable, que sólo serviría para hacer odiosa la actuación de las "parteras empíricas."

Pero sus actividades no se detienen hasta allí. Cuando por fortuna se ha logrado el producto y la madre ha escapado a una infección puerperal, la "comadrona" se constituye en el "médico de la familia," diagnosticando enfermedades, instituyendo terapéuticas, prescribiendo regímenes alimenticios con opiniones tan descabelladas, que los resultados fatales no se hacen esperar.

Ante la magnitud de este problema que convierte a la "comadrona" en una amenaza social, ¿qué podríamos hacer para limitar su actuación, para restringir su campo de acción? ¿Qué podríamos hacer, como higienistas, para remediar esta situación?

De acuerdo con lo que marcan nuestras leyes, en el sentido de que sólo puede dedicarse al ejercicio de las ciencias médicas toda persona que esté autorizada para ello, ¿vamos nosotros a impedir que las "comadronas" actúen en las zonas rurales? ¿Vamos a perseguirlas, a castigarlas, a dejar sin una partera empírica, a amplias zonas de nuestro país?

No podríamos; no podríamos porque superando la demanda a la oferta no debemos privar a la mujer en trabajo de parto, del supremo derecho que tiene de recibir atención en los momentos en que la naturaleza le hace un llamado para convertirla en madre.

No podríamos, porque se necesitaría un personal enorme que vigilara a las señoras conocidas como "comadronas" e impedirles su actuación, y aún así, se nos escaparían muchas "comadronas ocasionales."

No podríamos, porque no contamos en el campo con médicos, parteras tituladas y maternidades suficientes para rendir este servicio.

No podríamos, porque es muy probable que tropezáramos con la resistencia, muchas veces armada, de los familiares de la parturiente, que por su falta de preparación argumentarían que ellos tienen el derecho de acudir a quien gusten.

Así pues, no nos queda más recurso que aceptar una situación que por el momento es inevitable; no nos queda más remedio que convenir en que tenemos que depender de las "parteras empíricas" para la atención de un enorme número de mujeres en las zonas rurales. Y si esta es la conclusión lógica, creemos que el único camino por seguir es educar, adiestrar, enseñar a la "partera empírica" los rudimentos de la obstetricia para la obtención de mejores resultados en su práctica.

Se les puede enseñar a ser una persona aseada, en sus ropas y su cuerpo; a usar un equipo elemental compuesto de petaquilla, bata, gorro, limpia-uñas, cepillo para las mismas, jabón desinfectante, tijeras, pinzas de Pean, tintura de yodo, gasa, máquina tipo Gillette, ampolletas de cera conteniendo solución de nitrato de plata, ligadura umbilical individual; a pedir alcohol, algodón de paquete, ropas para la cama, para la señora, para el niño; aguas hervidas, caliente y fría; algunos rudimentos de alimentación infantil; se le puede enseñar a asearse y desinfectarse las manos; al arreglo de la cama; al vestido de la parturiente; al rasurado del pubis; a la previsión de desgarraduras perineales; examen de placenta; tratamiento del cordón del niño; previsión de la oftalmía purulenta; cuándo y por qué purgar a la puérpera, etc. Se les puede enseñar a abandonar ciertas prácticas inútiles, como colocar a las señoras en posiciones inverosímiles; ligarlas; mantearlas; untarles grasa en la vagina; tomar brebajes. Pero más que nada, se les puede enseñar a no ser audaces, a no ser atrevidas, a no intentar maniobras que están más allá de sus conocimientos; es decir, se les puede educar a ser conscientes, para acudir a un médico o una partera titulada en los casos en que ellas no deben intervenir.

Podría argumentarse que con este proceder, nosotros, médicos de la Universidad Nacional, trabajadores del Departamento de Salubridad Pública, tenderíamos a favorecer el charlatanismo, excitando y consintiendo en el ejercicio de la profesión por personas que no están facultadas para ello.

No lo creemos así, y los resultados lo justifican. Mientras no hayamos difundido en toda nuestra República una educación pre-natal y natal adecuadas que convengan a los maridos de la necesidad de hacer preparativos adecuados, y a las embarazadas de hacerse atender por personas aptas; mientras no contemos con médicos, parteras y maternidades en todos los rincones de

MEMORIA DEL VII CONGRESO PANAMERICANO DEL NIÑO

nuestro país; mientras no podamos dar a toda parturiente la asistencia adecuada a que tiene derecho, creemos que el único camino por seguir es el de preparar a quien irremediablemente va a ser solicitada, para que haga el menor daño posible.

Los que hemos trabajado en las Unidades Sanitarias Cooperativas del Servicio de Higiene Rural, establecidas en Puerto México, Minatitlán y Tierra Blanca, del Estado de Veracruz; Tuxtepec, Oaxaca; Cuernavaca, Morelos; y Xochimilco, Distrito Federal, conocemos con satisfacción cómo ha mejorado la situación en esos lugares desde que se comenzó a educar a las "comadronas." Basados en esa experiencia de varios años, nos permitimos hacer a este Honorable Congreso, la proposición siguiente:

"QUE POR CONDUCTO DEL C. JEFE DEL DEPARTAMENTO DE SALUBRIDAD DE LA NACION, SE SUPLIQUE A TODOS LOS DELEGADOS MEDICOS FEDERALES, JEFES DE SERVICIOS SANITARIOS COORDINADOS, DIRECTORES DE SALUBRIDAD DE LOS ESTADOS, DIRECTORES DE UNIDADES SANITARIAS Y DIRECTORES DE CENTROS DE HIGIENE:

1° PROMUEVAN Y ORGANICEN CON TODO ENTUSIASMO SERVICIOS DE HIGIENE PRE-NATAL, NATAL Y POST-NATAL;

2° DIFUNDAN AMPLIA EDUCACION HIGIENICA ENTRE LAS SEÑORAS EMBARAZADAS Y JEFES DE FAMILIA;

3° INTERESEN A LOS MEDICOS Y PARTERAS TITULADAS PARA QUE COLABOREN CON EL DEPARTAMENTO DE SALUBRIDAD PUBLICA EN ESTE IMPORTANTE SERVICIO SOCIAL, y

4° QUE EN LOS LUGARES DONDE IMPERE LA "PARTERA EMPIRICA," LA ATRAIGAN, CONTROLLEN Y EDUQUEN PARA QUE SU ACTUACION SEA MENOS PELIGROSA PARA LA COMUNIDAD EN QUE TRABAJA."

PROPOSAL

That the Chief of the Federal Health Department of the Nation urgently request all the Federal Medical Delegates, Chiefs of State Coordinated Sanitary Services, State Health Officers, Directors of Health Units and Directors of Centers of Hygiene:

1° To organize and promote with enthusiasm Pre-Natal and Post-Natal Service.

2° To spread Hygiene Education among "Expectant Mothers" and fathers of families.

3° To interest physicians and midwives to cooperate with the Federal Health Department in this important social service, and

4° That in those localities where there are practicing midwives, they be educated and controlled, so that their activities may be as little prejudicial to the community as is possible.

SECCION IV

ASISTENCIA Y SERVICIO SOCIALES

NATIONAL AND INTERNATIONAL SERVICES IN BEHALF OF AMERICAN CHILDHOOD

Miss KATHARINE F. LENROOT,
Washington, D. C., U. S. A.

IT is with very sincere regret that I have had to forego the honor and the privilege of participating in the Seventh Pan American Child Congress. Only the additional duties placed upon the Children's Bureau by the Social Security Act recently passed by Congress and approved by the President could have detained me from this significant gathering. I am deeply grateful for the special invitation extended to me by the Organizing Committee, and for the privilege of sending a message to the Congress. It gives me great satisfaction to extend greetings to the Congress through a delegation of persons who have made notable contributions to the welfare of children in the United States, headed by my former Chief, Grace Abbott, who made it possible for me to attend the Fourth, Fifth, and Sixth Congresses and to develop those friendships with representatives of other countries of the western hemisphere that have given me so much inspiration and encouragement.

When, in 1930, at the close of the Sixth Congress in Lima, I proposed Mexico as the seat of the Seventh Congress, none of us could have foreseen the extent of the world-wide economic depression which was just developing, the unemployment and deprivation which were to affect so many millions of families and children, nor the vast changes in economic and social thought and action which would result. This Congress is assembled in the shadow of gravely threatening international relations on the other side of the water, whose consequences we cannot now foresee. These events, far from minimizing the importance of special activities for the protection and welfare of childhood, make them the more important. Our civilization will be secure and creative only if children are universally given opportunities for home care, for bodily and mental health, for education, and for the development of those qualities of personality and character which make them both treasure freedom and derive great satisfaction from activities and achievements shared with their fellows and directed toward the common good. The program for Social Security recently adopted by the United States Government and resting upon Federal and State cooperation for social ends recognizes that the heart of any social program is the child.

MEMORIA DEL VII CONGRESO PANAMERICANO DEL NIÑO

The past year has been marked by a great loss, and a great advance, in the ability of Government in the United States to extend protection to children. By the Supreme Court decision invalidating the codes developed under the National Industrial Recovery Act, legal sanctions for a 16-year age minimum for the employment of children in industrial occupations, which had been in effect for nearly two years without disturbance to our economic or social life, were removed. An age standard comparable to this Federal standard is found in the laws of only seven States. Statistics already indicate the beginning of a tendency to return to the employment of children 14 and 15 years of age in factories and commercial establishments. Yet no achievement of the National Recovery Administration received such universal approval as did the elimination of child labor, and it is probable that the great majority of our citizens have been permanently won over to the principle that the time and strength of children under the age of 16 years should be reserved for schooling, play, and home activities, and should not be exploited in industrial employment. We face many difficult problems concerning the equipment of our schools to provide opportunities and experiences which will be truly worth while for boys and girls above the age of 14 years, with their widely varying intellectual equipment and home environment, and the transition of young people of proper age from school to work.

Security in my childhood was a creation of the family and its circle of relatives, friends, and neighbors, with no other guarantee. Death, illness, accident, poverty, unemployment, were individual calamities for which society made only the most meager provision. Many countries of Latin America had made provision for some forms of social insurance long before they received serious consideration in the United States. Our experiences since 1929 awakened us to widespread realization of the need to re-mold our economic and social life so as to afford essential safeguards for individual and family activities and growth. The development of policies designed to afford such safeguards has included financial, agricultural, industrial, and relief measures.

The Social Security Act, approved August 14, 1935, enacted after a year of study by the Cabinet experts, associated with the Cabinet Committee on Economic Security, and committees of Congress, may fairly be said to constitute the most important step for the protection of family life and child welfare ever taken by Government in the United States. It is intended to make a beginning in providing for the third of the aspects of security for the individual and the family outlined by the President in his message of January 4, 1935, these being the following: (1) Decent homes to live in; (2) development of the natural resources of the country so as to afford people the fullest opportunity to engage in productive work, and (3) safeguards against the major misfortunes of life. The Act includes provision for unemployment compensation or insurance, old-age security, security for children, aid to the blind, extension of public health services, and vocational rehabilitation. With the exception of the portions providing for Federal old-age insurance the Act is based entirely upon the development of cooperative relationships between the Federal Government

and the States, on the one hand, and the State and local government, on the other. The program this authorized must be supplemented by such other measures of social provision for human needs as experience shows to be necessary, including provision for an adequate system of public relief to families in distress by reason of death, illness, unemployment, or other misfortune. The public services which the Act is intended to prove or to strengthen will not relieve agencies supported by voluntary contributions from any responsibilities they are now carrying. Most of the services provided for mothers and children will be developed in rural areas and other areas outside the larger cities. The need and opportunity for private social work in the United States will be as great as ever.

The special measures for children incorporated in the Social Security Act include strengthening and extension of State and local systems of aid to dependent needy children in their own homes, usually termed mothers "pensions or mothers" aid, to be administered by the Social Security Board, which also has responsibility for unemployment compensation, old-age security, and assistance to the blind; and provision for cooperation with the State agencies in extending and strengthening child health and child welfare services and services for the medical and surgical care and follow up care of crippled children, to be administered by the Children's Bureau. They constitute recognition of the fact that security and opportunity for children are dependent not alone upon family income but also upon parental intelligence and community provisions for the health and social services which individual families under modern conditions cannot provide singly.

The success of these measures, as of other Governmental activities concerned with human welfare, will depend largely upon the extent to which public agencies can be staffed with personnel selected solely on the basis of training, experience, and personal qualifications for the work to be undertaken. Schools of social work and other agencies providing training in public health and social service need to be expanded and developed so as to make easily available the best possible opportunities for professional education in these fields. Appointments to the public health and public social services must be removed entirely from political considerations and made on the basis of proved merit. Federal and State assistance in financing these services, the aid to be conditioned upon the development of adequate plans for administration, will greatly advance the development of Nation-wide minimum standards for the health and protection children, at the same time preserving opportunities for wide variations in programs on the basis of local conditions and needs.

We have learned that no Nation can live to itself alone, and that sound international relationships are dependent, in the last analysis, upon the character and the social attitudes of the people, formed very largely during childhood and youth. These Pan American Congresses are devoted to furthering the establishment of certain common basis or minima of child protection throughout the American Republics. The opportunities they offer for interchange of information and expert opinion, for personal relationships among those engaged in the

MEMORIA DEL VII CONGRESO PANAMERICANO DEL NIÑO

development of similar services in the different countries, and for calling public attention to the importance of child welfare, are extremely valuable. They should be supplemented by an adequately supported central bureau of research and expert opinion, for personal relationship among those engaged in the national American Institute for the Protection of Childhood in Montevideo. I hope that this Congress may be able to suggest ways by which the support of this organization can be strengthened and its program enlarged. It is with a deep sense of loss in the death of its Director, that distinguished and devoted friend of American childhood, Dr. Luis Morquio, that this Congress assembles. Yet his life and service should inspire us to renewed efforts in behalf of the Institute which he founded, and the ideals which he shared with us.

LOS SERVICIOS NACIONALES E INTERNACIONALES EN FAVOR DE LA NIÑEZ AMERICANA

Miss KATHARINE F. LENROOT,
of Washington, D. C., U. S. A.

LAMENTO muy sinceramente haberme visto obligada a renunciar al honor y a la satisfacción de tomar parte en el VII Congreso Panamericano del Niño. Las arduas labores adicionales motivadas por la "Ley de Seguridad Social," recientemente votada por el Congreso y aprobada por el Presidente, han sido lo único que pudo retenerme alejada de este trascendental concurso. Agradezco profundamente la invitación especial que me ha sido hecha por la Comisión Organizadora y la prerrogativa de enviar un mensaje al Congreso. Es altamente satisfactorio para mí enviar mis saludos al Congreso por conducto de una delegación formada por personalidades que han contribuido notoriamente al bienestar del niño en los Estados Unidos y que está encabezada por mi antigua jefe Grace Abbott, a quien debo haber podido asistir a los Congresos 4º, 5º y 6º y haber podido hacer amistad con los representantes de otros países del hemisferio occidental a los que debo enseñanzas y tanto estímulo.

Cuando en 1930, al clausurar sus sesiones el VI Congreso Panamericano del Niño, en Lima, propuse que se eligiera a México como sede del VII Congreso, ninguno de nosotros pudo prever los alcances de la depresión económica y de la desocupación que entonces se iniciaba y que debería afectar a tantos millones de familias y de niños, ni los profundos cambios en las ideas económicas y sociales y las consecuencias prácticas de dichos cambios. Este Congreso se reúne bajo la sombría égida del grave peligro que entraña la amenaza de la ruptura de las relaciones internacionales allende los mares, cuyas consecuencias no podemos prever. Estos acontecimientos, lejos de mermar importancia a las actividades desplegadas en pro de la infancia, las hacen todavía más importantes. Nuestra civilización no podrá afianzarse y llenar su cometido si no se da al niño, universalmente, la oportunidad de disfrutar de los cuidados del hogar, de la salud corporal y mental, de la educación y del desarrollo de las cualidades de personalidad y de carácter que lo harán, al mismo tiempo, atesorar libertad y sentir satisfacción en realizar actividades compartidas con sus compañeros y encaminadas al bienestar común. El programa de "Seguridad Social," recientemente adoptado por los Estados Unidos y respaldado por la cooperación de la Federación y de los Estados, con fines sociales, reconoce que la entraña más noble del organismo social es el niño.

El año pasado se significó por una gran regresión y también por un positivo adelanto del Gobierno de los Estados Unidos en el afianzamiento de la protección al niño. La decisión de la Suprema Corte, al nulificar los códigos formados bajo la Ley de Reconstrucción Industrial Nacional, derogó las sanciones legales referentes al mínimo de edad de 16 años para el empleo de niños en ocupaciones industriales, las que habían ya estado en vigor por cerca de dos años sin perjuicio para nuestra vida económica o social. Semejante límite de edad se encuentra solamente en las leyes de siete Estados de la Unión. Las estadísticas indican ya el principio de una tendencia regresiva de emplear niños de 14 y de 15 años en las fábricas y en los establecimientos comerciales. Sin embargo, ninguna de las conquistas de la Ley de Reconstrucción recibió aprobación más general que ésta que retiraba al niño de los centros de trabajo, y es seguro que la mayor parte de nuestros conciudadanos pudo convencerse de que el tiempo y las energías del niño, antes de la edad de 16 años, deben dedicarse exclusivamente a la escuela, al hogar y al juego y nunca a su explotación económica en empleos industriales. Nos estamos enfrentando con problemas de difícil resolución, como lo es el de dotar a nuestras escuelas del material adecuado para que los niños y las niñas de más de 14 años adquieran la preparación necesaria que les facilite el paso de la escuela al taller sin el obstáculo que imponen el disímbolo acervo intelectual y el medio hogareño.

En mi niñez, la seguridad era un producto de la familia, con su círculo de parientes, de amigos y de vecinos, sin otra garantía. La muerte, las enfermedades, los accidentes, la falta de empleo, eran considerados entonces como calamidades de carácter individual para los que la sociedad escasamente proveía. Muchos países de la América Latina adoptaron formas de aseguramiento social antes de que en los Estados Unidos de América se diera mayor importancia a estas cosas. Nuestra experiencia, desde el año de 1929, produjo un despertar a la realidad de que se hacían indispensables nuestras normas en la vida económica y social que permitieran salvaguardar el desarrollo y las actividades familiares e individuales. La tendencia proteccionista abarca en nuestros días medidas de seguridad tanto financieras como agrícolas e industriales.

La "Ley de Defensa Social," promulgada el 14 de agosto de este año de 1935, después de haber sido estudiada durante un año con la colaboración de especialistas agregados a las Comisiones del Ejecutivo y del Congreso Nacional, puede muy bien decirse que constituye el paso más trascendental dado hacia la protección de la vida de la familia y hacia el bienestar del niño en los Estados Unidos de Norteamérica. Esta ley se basa en el propósito de proveer al tercero de los aspectos de la seguridad individual y de la familia que el Presidente de la República delineó en su informe de 4 de enero de 1935, y que son: 1° Habitaciones decentes. 2° Desarrollo y aprovechamiento de los recursos naturales del país, con el fin de que el pueblo pueda tener trabajo remunerativo. 3° Defensa y protección contra los grandes infortunios de la vida. La ley incluye disposiciones referentes al seguro y a la compensación por la falta de empleo, seguro de vejez, seguro del niño, ayuda a los ciegos, extensión de los servicios sanitarios públicos y rehabilitación vocacional. La ley incluye disposiciones para compen-

sar las faltas de trabajo, seguros de vida, el seguro del anciano, el seguro del niño, la ayuda para los ciegos, aumento del Servicio de Salubridad y rehabilitación vocacional. Con excepción de los preceptos para el seguro del anciano que tienen fuerza Federal, la ley depende por completo en la cooperatividad entre el Gobierno Federal y los Gobiernos de los Estados por una parte, y entre los Gobiernos de cada Estado y sus dependencias locales por la otra. El proyecto autorizado en esta forma, deberá ser adicionado con otras medidas de previsión social para las necesidades humanas, de acuerdo con los dictados de la experiencia y que incorporen un sistema adecuado de asistencia pública para las familias que estén en la miseria o sufran por causa de muerte, enfermedades, falta de trabajo u otras causas. Los servicios públicos que la ley respalda no excluyen a otras dependencias sostenidas con contribuciones voluntarias, de las responsabilidades que hayan asumido. La mayor parte de los servicios prestados a la madre y al niño han de desarrollarse en los Distritos Rurales y otros fuera de las ciudades populosas. La oportunidad y la necesidad de trabajo social de iniciativa particular es ahora mayor que nunca en los Estados Unidos de Norteamérica.

Las disposiciones especiales dictadas para la protección del niño y que fueron incorporados en la Ley para la "Defensa Social," prestan mayor fuerza y dan mayor extensión a las organizaciones del Estado y locales que funcionan para la ayuda y en beneficio de los niños indigentes, para que sean atendidos en los hogares generalmente llamados "Hospedaje de la Madre" o "Casa de Socorro para Madres," administradas por un Consejo de Defensa Social que tiene también a su cargo las compensaciones por falta de empleo, el seguro del anciano y la ayuda a los ciegos; igualmente el suministro por cooperación con las Agencias del Estado, que tienden a hacer más extensivos y eficaces los servicios de la Salubridad Infantil de la protección al niño y de los servicios relacionados con las atenciones médicas y quirúrgicas y el cuidado de los niños inválidos, todo ello administrado por conducto de la Oficina del Niño. Estas disposiciones constituyen el reconocimiento expreso del hecho que las seguridades y la oportunidad proporcionadas al niño no dependen única y exclusivamente de la familia y sus haberes particulares, sino en cierto modo del mutuo acuerdo entre los padres y la previsión social comunal para los servicios de Salubridad y Sociales que la familia de los tiempos modernos no puede proporcionar por sí sola.

El éxito de estas disposiciones, así como el de las otras actividades del Gobierno, concernientes al bienestar humano, dependerá, en gran parte, del personal con que se dote a las dependencias y el cual deberá ser seleccionado exclusivamente a base de entrenamiento, experiencia y cualidades individuales adecuadas al trabajo que haya de realizarse. Las escuelas para los trabajadores sociales y otras instituciones que suministran la preparación en los servicios de salubridad pública y en el servicio social, necesitan multiplicarse y desenvolverse de modo de facilitar mayores oportunidades para la educación en este campo de acción. Los Servicios de Salubridad y Sociales deben ser independientes de la política y atendidos a base de comprobada eficiencia. La ayuda

económica que la Federación o el Estado proporcione a estos servicios y los planes administrativos adecuados, fomentarán más y mejor la salubridad nacional y la protección a la infancia y darán la oportunidad de hacer cambios o adaptaciones a base de necesidades de carácter local.

Hemos aprendido que ninguna nación puede vivir por sí ni para sí sola, y que las buenas y sanas relaciones internacionales dependen, en último análisis, del carácter y de las aptitudes sociales de los pueblos, que se forman principalmente en la niñez y en la juventud. Estos Congresos Panamericanos tienen la finalidad de fomentar el establecimiento de bases de aplicación común que tienden a la protección de la infancia en las Repúblicas Americanas. Las oportunidades que proporciona el intercambio de opiniones competentes y el conocimiento personal entre quienes están dedicados a actividades semejantes en diferentes países, y que tienen la misión de fijar la atención pública en la importancia que debe darse al bienestar del niño, son valiosísimas. Estas deberían completarse con el establecimiento de una Oficina Central de estudio e información, sostenida en forma adecuada y de la cual el Instituto Internacional Americano para la Protección del Niño, de Montevideo, es un excelente cimiento. Abrigo la esperanza de que este Congreso sugiera la forma de ayudar al sostenimiento de esta organización y de hacer más extenso su programa de acción.

Este Congreso se reúne bajo la dolorosa impresión de la ausencia producida por la sentida muerte del Dr. Luis Morquio, Director del Instituto, distinguido y devotísimo amigo de la niñez americana y cuya vida y servicios deben estimular en nosotros la renovación de un esfuerzo en pro del mismo Instituto que él fundara, y de sus ideales, que son también nuestro ideal.

DEVELOPMENT OF CHILD-WELFARE WORK IN THE UNITED STATES IN RELATION TO RESOLUTIONS ADOPTED BY THE PANAMERICAN CHILD CONGRESSES

Miss Katharine F. Lenroot,
Washington, D. C., E. U. A.

ALMOST two decades have passed since the first Pan American Child Congress was held in Buenos Aires, Argentina, in July 1916. The years since then have witnessed the development of forward-looking programs of child-welfare, under both public and private auspices, in all the American Republics. Interest in the welfare of the child has been greatly stimulated by the subsequent Congresses which have met in Montevideo, Río de Janeiro, Santiago de Chile, Habana, and Lima. With the establishment of the International American Institute for the Protection of Childhood, in Montevideo, the interest stimulated by the Congresses has been maintained during the intervening periods, and through the official bulletin of the Institute persons interested in child-welfare work have been informed of developments in other American countries.

Because of the many factors contributing to programs of child-welfare, it is difficult to determine which activities, in any one country, are directly attributable to the resolutions passed at the various Pan-American Child Congresses, and which are the result of other influences. In the United States of North American this is especially difficult, since the 48 sovereign States enact their own child-welfare laws in accordance with their own needs and conditions. However, if one reviews the general trend of developments in the field of child-welfare and child health since 1916, it is as once apparent that in many instances these developments parallel very closely the recommendations of the various Pan-American Child Congresses.

Examination of these resolutions indicates that while the Congresses have usually been organized in sections dealing with medical, surgical, and health problems, social welfare, legislation, and education, the resolutions fall, roughly, into eleven classifications, dealing specifically with child health, child labor, family welfare and relief, maternity care, public education, care of dependent children, juvenile delinquency and juvenile courts, development of public administrative agencies for health and welfare work, the codification of child-welfare laws, centralization of child-welfare work, and public support of child-

MEMORIA DEL VII CONGRESO PANAMERICANO DEL NIÑO

welfare activities through adequate Government appropriations. Obviously it would be impossible, in a report of limited length, to give a detailed analysis of the developments of the last twenty years in these eleven fields. The following is a brief summary of a few of the principal developments. No attempt has been made to cover developments in the field of education.

CHILD HEALTH

A pre-requisite for adequate work in the field of public health in general and child health in particular, is a reliable system for the registration of vital statistics. At the time of the first Pan-American Child Congress in 1916, the birth-registration area in the United States included only 11 States and the District of Columbia. In 1933, for the first time, all of the 48 States were included in the area. During this period the infant mortality rate declined from 101 per 1,000 live births in the limited area of 1916, to 58 per 1,000 in the complete area of 1933. With the completion of the birth registration area the United States has thus attained the goal set by resolution of the Fourth Congress urging establishment of satisfactory systems of vital statistics.

The provision of pure drinking water and milk, urged by the Fourth and Sixth Congresses, has been a matter of constant concern on the part of the Federal and State agencies of public health, and tremendous progress has been made along this line in recent years. The best work is done in the cities, but intensive efforts are being made through educational activities and through local health units to raise standards in the rural districts.

The general protection of child health, the organization of child health centers in cities and rural districts, home visits by nurses for the instruction of mothers in infant and child care, instruction in infant care for adolescent girls, for mothers, for teachers, and nurses, as well as distribution of health literature, were among the activities carried on in the United States during the operation of the Federal Maternity and Infancy Act which was in effect from 1922 to 1929. During this period 2,978 permanent centers consisting of child-health, prenatal, and combined prenatal and child-health centers were established. Home visits by public-health nurses totaled over 3,000,000. During the last four years of the operation of the Act the States reported that over 4,000,000 infants and preschool children and approximately 700,000 expectant mothers were reached by some form of maternity and infancy service. These activities, together with the development of health education and activities in the schools, were in harmony with resolutions on these subjects adopted by the First, Third, Fourth, Fifth, and Sixth Pan-American Child Congresses.

While the schools have become important centers for health education of children, and while special classes for mothers were held at health centers under the maternity and infancy act, the use of schools for instruction of mothers in child care and the introduction of courses in child care in all schools, as recommended by the Third, Fifth, and Sixth Congresses, has not yet become universal.

CHILD LABOR

The First Pan-American Child Congress recommended that all countries set 14 as the minimum age for the employment of minors. Subsequent congresses adopted resolutions urging prohibition of employment of minors under 18 in dangerous occupations or on night work, compulsory physical examinations for minors, the requirement of certificates of minimum school attendance, and legislation for the protection of employed children.

All but one of the 48 States have adopted at least a 14 year minimum age standard for general employment of minors. In some of the States a higher standard—15 in some States and 16 in others—has been adopted. During the year 1935, 3 States raised their standards by enacting the 16—year minimum age provision so that 7 States have now adopted this standard. All of the States have compulsory school attendance laws, but the age up to which attendance is required varies from 14 to 18 years, and every State permits some exemptions.

The White House Conference on Child Care and Protection, held in Washington in 1930, recommended that all children, before entering employment, should be found physically fit by a physical examination, and should be periodically examined up to the age of 18. Nearly half of the States now require physical examinations of children under 16 before employment certificates can be obtained. Three States and the District of Columbia require such examinations up to 18. Prohibition of night work for minors is far from uniform in the different States. The majority prohibit night work for minors under 16 in commercial and industrial employment, and some have such a prohibition for more limited types of employment. A few have no prohibition or only a prohibition applying to children under 15. Regulation of night work of minors between 16 and 18 years of age is notably inadequate, only 8 States and the District of Columbia having any prohibition applying to minors of both sexes of these ages. The principle has long been recognized that a higher age limit than that set for general employment should be set for work in especially hazardous occupations. The White House Conference drew attention to the fact that existing knowledge concerning industrial hazards was too fragmentary and incomplete to furnish a scientific basis for adequate protective measures. It urged revision of legislation on the basis of careful, comprehensive, and continuing study both of occupations in which minors are engaged, and to those in which industrial accidents occur, as well as of possible safeguards in such occupations. Acting on this suggestion, the Children's Bureau invited a technical committee to cooperate with it in determining what occupations are hazards. This committee issued its first report and detailed recommendations in December 1932. These recommendations are, for the most part, far in advance of State regulations.

FAMILY WELFARE AND RELIEF

Resolutions adopted by the Second, Fourth, and Sixth Congresses pertaining to measures of material relief to families when other measures of social security

fail, and to promotion of life, health, and unemployment insurance, old age pensions, compensation for industrial accidents, government aid to low cost housing, and other measures looking to reduction of economic and social hazards affecting family welfare and hence the welfare of the child, actually foreshadowed various types of legislation which have been enacted in the United States during the recent period of years generally referred to as the depression period. The resolution of the Second Congress, held in 1919, urging legislation on the most important problems in the life of the working classes for the purpose of reducing economic and social inequality, is of especial interest in the light of the Social Security Act passed this year in the United States. This Act provides for unemployment compensation, old-age benefits, old age annuities, aid to the blind, aid to dependent children, promotion of public health and of maternal protection and care of dependent, and neglected children and children in danger of becoming delinquent, and additional appropriations for vocational rehabilitation. This Act has been described as the most important Federal child-welfare legislation ever enacted in the United States. The relief funds voted by the Federal Congress during the depression period have been a source of material assistance to millions of families, and the other emergency programs have included provision for slum clearance and low-cost housing.

MATERNITY CARE

The Fourth, Fifth, and Sixth Congresses passed various resolutions urging enactment of legislation for the protection of working mothers, provision for public maternity homes, enactment of legislation for four weeks maternity leave before and after childbirth for working mothers, enactment of maternity insurance legislation, and recognition by the State of its obligation to provide prenatal and postnatal care for indigent mothers.

In the United States there appears to be no specific legislation for the protection of working mothers except in the States making provision for maternity leave. In only 1 State, Connecticut, is the period four weeks before and after childbirth. In four of the States the period is somewhat shorter, and in one — Washington— leave is given four weeks before and six weeks after childbirth.

As yet none of the States appear to have legislation providing for maternity insurance. The mothers' aid laws, while not primarily concerned with working mothers, do to some extent provide assistance for mothers working part time. Seven States and the Territory of Hawaii make some special provision either for maternity benefits, medical and hospital care, or other form of aid for dependent mothers. The benefits under mothers' aid laws are dependent upon the mother's qualifications for mothers' aid under the State law. Under the maternal and child health provisions of the Social Security Act, prenatal and postnatal care for many needy mothers will be available.

CARE OF DEPENDENT CHILDREN

The Sixth Pan American Child Congress in 1930 passed several resolutions advocating foster-family care for children whose homes cannot be preserved, urging adequate investigation and supervision of such homes by social service methods, and the development of the cottage-type of institution for the care of children.

In the United States the principle that the child's first right is to his own home, and that in the absence of the father, the mother should be enabled to care for her children at home through a form of public aid known as mothers' pensions, and that a suitable foster home is the next best substitute for the child's own home, has been generally accepted ever since the principle of home care for dependent children was formally enunciated by the White House Conference held in Washington in 1909.

In 1933 the United States Bureau of the Census took a census of dependent and neglected children in institutions and other child-caring agencies. Such a census was last taken in 1923. Comparison of the two reports shows interesting changes. In 1923, 64 per cent of these children were in institutions and receiving homes, 23 per cent in free family homes and 10 per cent in boarding homes. In 1933, 48 per cent of the dependent and neglected children were in institutions and 35 per cent were in foster homes, free or boarding, whereas 17 per cent were being cared for at home or by agencies other than institutions and foster homes.

The Children's Bureau of the U. S. Department of Labor now assembles statistics quarterly from a number of child-caring agencies in different cities. Figures from 186 agencies in 18 cities indicate that there has been a decline of 12 per cent in the number of children cared for in institutions between 1929 and 1934. Figures from 53 agencies in 16 urban areas shows, on the other hand, an increase of 33 per cent in the number of children cared for in foster homes during that period.

Approximately two-thirds of the States in the United States have some legal or administrative provision for child-placement. The need for careful investigation of the home in which the child is to be placed and supervision over the child and the home is increasingly recognized. In all but a few States a State agency is authorized to exercise some degree of supervision of private child-caring institutions and agencies.

While no statistics are available, it seems safe to say that there has been very little development of cottage institutions for children in recent years. As indicated above, the number of children in institutions generally has been decreasing. Some of the older institutions have remodeled their plants, but there has been little new construction.

JUVENILE DELINQUENCY AND JUVENILE COURTS

The Fourth, Fifth, and Sixth Pan American Child Congresses passed a number of resolutions dealing with the treatment of juvenile delinquency and

MEMORIA DEL VII CONGRESO PANAMERICANO DEL NIÑO

urging the establishment of juvenile courts with qualified judges and probation officers, the development of auxiliary social and health services for delinquents, child-guidance clinics, careful individual treatment of delinquents, and the placement of all services for the protection of juvenile delinquents under a central agency which would also be authorized to supervise private institutions for the treatment and re-education of such delinquents.

While nearly all of the States have juvenile courts, the procedure in such courts is not uniform, the provisions for auxiliary social services vary from State to State and city to city, and progress in the development of individualized, study and social treatment has been disappointingly slow. Evidence is accumulating that few cases of delinquency require legal treatment and that, development of child guidance and community services entirely apart from the courts offers greater promise of success.

The White House Conference on Child Health and Protection in 1930, through a comprehensive report by the committee on delinquency, presented a point of view toward delinquency based on recent studies and experience in dealing with it. The public was urged to recognize that the causes of delinquency are natural and universal, that the problems of the delinquent child are the problems of all children, and that the delinquent has the same need for security and growth as the normal child. The Conference asserted that it is more than ever necessary to study the delinquent not only as an individual but as an integral part of this environment, and emphasized the fact that the entire social group must cooperate in the attempt to deal with the delinquent and to surround all children with those influences which will help to build up in them the strength to meet the complexities of modern life.

During recent years child-guidance clinics for the psychiatric and social study of children presenting conduct problems have been established in a number of communities. An even more recent development is the community council which seeks to coordinate the work of public and private agencies in community-wide approach to the problem of prevention and treatment of juvenile delinquency. In such a plan responsibility is shared by public and private agencies.

No State has as yet developed a truly comprehensive State program for dealing with delinquency. The Social Security Act of 1935, however, has authorized as annual appropriation of \$1,500,000 for the purpose of enabling the Federal Government, through the Children's Bureau, to cooperate with State public-welfare agencies in establishing, extending, and strengthening, especially in rural areas, welfare services for the protection and care of homeless, dependent, and neglected children and children in danger of becoming delinquent. Plans for the use of these funds, to be made jointly by the State authorities and the Children's Bureau, will have among their ultimate aims that of encouraging the substitution of constructive for destructive interests in the lives of children, and developing safeguards against the sort of dangerous activities and influences which lead to the necessity for juvenile-court procedure.

PUBLIC ADMINISTRATIVE AGENCIES FOR HEALTH AND WELFARE

When the First Pan-American Child Congress was held in 1916, only 6 States in the United States had a division or bureau dealing with child hygiene. Since then the States, one by one, have given increased recognition to their responsibility for the protection of the health and welfare of children. During the operations of the maternity and infancy act all but 2 States had such bureaus or divisions. In the depression period the work of these State agencies suffered, in many instances, from lack of funds. Under the Social Security Act of 1935, however, the Federal Government will again be enabled to cooperate with the States in the development of programs of maternal and child health, and will, for the first time, cooperate also in the development of various services for crippled children, child, welfare services, and the care of dependent children in their own homes. Under the provisions of this Act the State services for maternal and child health and welfare will be greatly strengthened.

CODIFICATION OF CHILD WELFARE LAWS

The Fifth and Sixth Pan American Child Congresses recommended that the Governments of American codify their child-welfare laws.

In the United States many of the States have had official commissions for the study and revision of child-welfare legislation, and some of the States have consolidated many of their laws in the form of a children's code.

DEVELOPMENT OF CENTRAL CHILD-WELFARE AGENCIES

The Fourth and Fifth Pan American Child Congresses urged that each of the American Governments establish a central agency, under the authority of the State to investigate and report upon child-welfare matters, collect statistics, coordinate methods of work, and stimulate private activity in the field of child-welfare. In the United States it is the Department of Labor which was established by Act of Congress in April 1912 and directed to investigate and report upon all matters pertaining to the welfare of children and child life among all classes of our people, and which has been given the administration of certain forms of Federal aid to the States under the Social Security Act.

GOVERNMENT APPROPRIATIONS FOR CHILD WELFARE

The Fourth Pan American Child Congress emphasized the duty of the Government to provide for the needs of children through adequate appropriations for their maintenance, education, and vocational training.

The several States and the Federal Government of the United States have accepted this responsibility in varying degrees. The Federal Government makes annual appropriations for services for the encouragement and promotion of public health, education, child-welfare, vocational education, and various other

MEMORIA DEL VII CONGRESO PANAMERICANO DEL NIÑO

activities which affect the welfare of the child directly, or indirectly. The States and local communities make their own appropriations for these purposes. During the recent years of unemployment and depression which the United States in common with many other nations of the world has experienced, the Federal Government and the States have appropriated large sums for relief purposes. This depression period has helped to develop a new understanding of the duties of the State toward the welfare of the men, women, and children of the nation, an understanding given tangible expression in the passage this year of the Social Security Act to which reference already has been made.

THE STATUS OF CHILD WELFARE LAWS

The Pan American Child Congress recommended that the States should make their child-welfare laws more effective. It was noted that the States have had official commissions for the purpose of child-welfare legislation and some of the States have enacted laws in the form of a child's code.

THE STATUS OF CENTRAL CHILD-WELFARE AGENCIES

The Fourth Pan American Child Congress urged that each of the American Governments establish a central agency, under the authority of the State, to investigate and report upon child-welfare matters, collect statistics, coordinate methods of work, and stimulate private activity in the field of child-welfare. In the United States it is the Department of Labor which was established by Act of Congress in April 1912 and directed to investigate and report upon all matters pertaining to the welfare of children and child life among all classes of our people, and which has been given the administration of certain forms of Federal aid to the States under the Social Security Act.

GOVERNMENT APPROPRIATIONS FOR CHILD WELFARE

The Fourth Pan American Child Congress emphasized the duty of the Government to provide for the needs of children through adequate appropriations for their maintenance, education, and vocational training. The several States and the Federal Government of the United States have accepted this responsibility in varying degrees. The Federal Government makes annual appropriations for services for the encouragement and promotion of public health, education, child-welfare, vocational education and various other

LAS OBRAS SANITARIAS DE PROTECCION A LA INFANCIA EN LAS AMERICAS

Dr. ARISTIDES A. MOLL,
Washington, D. C.

ES un hecho a menudo olvidado, si no desconocido por los superficiales, que la verdadera y efectiva protección a la infancia es un producto social, es decir, que se deriva de una multitud de obras y actividades, muchas de las cuales aparentemente poco tienen que ver con el asunto, y sin embargo, son las mejores salvaguardias de que puede rodearse a las nuevas generaciones.

Es por eso que la mejor puericultura consiste en la creación de una sociedad sana, próspera y educada, pues su misma existencia implica que uno de sus componentes más importantes, la infancia, recibirá, si no todo el amparo a que tiene derecho, por lo menos el máximo que permitan las circunstancias. De bien poco serviría a la criatura la existencia del más aparatoso arsenal recomendado por la moderna nipiología, incluso amamentación, gota de leche, vigilancia médica y enfermeril, casa cuna, hospital, etc., de no poseer la comunidad donde pasa sus días un abasto de agua garantizado y una leche higiénica; de no poder el padre ganar el sustento de la familia; de no gozar de salud la madre que lo lacta y atiende, de cernirse sobre la ciudad las negras nubes de las endemias o epidemias que acaban por igual con los grandes y los chicos, con los ricos y los pobres, y en presencia de las cuales la pediatría es ciencia de lujo que ni escuda ni desarma.

Veremos, pues, que la primera obra de protección a la infancia, el más sólido bastión que puede erigirse en defensa del niño, consiste en ese ABC de la salud; la existencia de una organización sanitaria, capaz de brindar por igual a toda la comunidad, incluso infancia, el resguardo que necesita para subsistir y progresar. Ese programa, reducido a términos escuetos y sencillos, puede expresarse así:

Agua potable, sana y abundante.

Leche sana y abundante.

Disposición científica de las inmundicias y desechos.

Mantenimiento o creación de un sistema, bien público o privado, de hospitalización, que comprenda medios de aislamiento para las enfermedades infecciosas, y de tratamiento para ciertas dolencias, como tuberculosis, venéreas, etc.

Guerra a los insectos que propagan las enfermedades y causan todo género de molestias.

Alimentación sana, apropiada y completa.

Servicios adecuados de estadística demografo-sanitaria.

Condiciones y servicios de asistencia que le ofrezcan amplias garantías en la concepción y la maternidad, eliminando riesgos prevenibles de salud y de vida.

Atenciones que brinden amparo al niño en los períodos incipientes de la vida, y desarrollo físico e intelectual por senderos normales.

Prevención de los riesgos de salud y de vida en el medio industrial.

Guerra a los principales azotes de la comunidad dada, como tuberculosis, paludismo, uncinariasis, tifoidea y otras afecciones entéricas, tifo, lepra y peste, aplicando en particular la vacunación preventiva contra la viruela, la difteria y otras enfermedades en las cuales su utilidad haya sido o sea demostrada.

Difusión de los conocimientos de la higiene a fin de formar la conciencia sanitaria en todo individuo, de modo que pueda observar las normas de vida ordenada, aseo y recreo adecuados, procurarse vivienda higiénica asoleada y bien ventilada, y comprender en particular los peligros de la enfermedad, con mira a evitar tanto el contagio de sí propio como de sus semejantes.

El apoyo de todos, los de arriba y los de abajo; de las autoridades y de las masas.

En dos cartas internacionales se ha expuesto en forma elocuente en su misma sobriedad, el anhelo universal de crear en el futuro un mundo mejor para las madres y para el fruto del seno de éstas.

Derechos de la gestante.—I. Toda mujer, sea quien sea, que encierra en su seno un germen de vida y lleno de porvenir, es sagrada. La maternidad es una función social que debe ser honrada, protegida y retribuida por la nación. II. La sociedad debe asegurar a toda mujer, durante su función maternal, las condiciones de higiene necesarias para el desarrollo normal de la criatura. III. Todo estado de embarazo debe ser obligatoriamente declarado desde que sea probable. IV. Después de la declaración del embarazo, durante la función maternal y hasta el final de la amamentación, la madre y la criatura deben ser objeto de vigilancia médica obligatoria. A toda gestante se le asegurará una asistencia por un médico partero, teniendo la madre la libertad de escogerlo bajo el control del Estado. V. Toda gestante, obrera, industrial o agrícola, empleada en el comercio o la administración, jornalera o criada, debe cesar de trabajar. VI. Toda criatura tiene derecho a la leche y los cuidados de su madre. La amamentación es obligatoria durante 10 meses por lo menos. Salvo incapacidad natural de la madre, comprobada por examen médico, está prohibida la alimentación artificial. (Declaración de Ginebra.)

Derechos del niño.—I. El niño debe ser puesto en aptitud de realizar normalmente su desarrollo físico y espiritual. II. El niño hambriento debe ser alimentado; el enfermo, asistido; el retrasado en su educación, alentado a proseguirla; el desviado de la buena senda, devuelto a ella; el huérfano y el abandonado deben ser recogidos y socorridos. III. El niño debe ser el primero en recibir socorros en toda calamidad pública. IV. El niño debe ser puesto en condiciones de

ganarse la vida y ser protegido contra toda clase de explotación. V. El niño debe ser educado, inculcándole el sentimiento del deber que tiene de poner sus mejores cualidades al servicio de sus hermanos. (Declaración de Ginebra.)

En fórmulas concretas, he aquí un plan sencillo pero completo de higiene maternal e infantil que propicia el Departamento de Sanidad del Estado de Ohio, de E. U. A. Para la madre encinta: 1), asistencia médica, y 2), educación; bien en grupos o individualmente. Para el lactante: 1), inscripción de su nacimiento en el registro civil; 2), adecuada asistencia enfermeril desde que nace; 3), enseñanza de la puericultura a las madres, bien colectiva o individualmente; 4), vacunación contra la viruela y la difteria entre los nueve y los doce meses. Para los preescolares: 1), asistencia médica y dental adecuadas; 2), profilaxis de las enfermedades transmisibles; 3), educación de las madres. Para los escolares: 1), profilaxis de las enfermedades transmisibles; 2), higiene escolar; y 4), educación higiénica para los niños, los maestros y los padres.

Tenemos, por lo tanto, una cadena cuyos eslabones están formados por padres, médicos, educadores, publicistas, y el público representado en primera línea por el Departamento de Sanidad y en segundo por las asociaciones cívicas, etcétera, interviniendo cuando procede los especialistas médicos, tocólogos, psiquiatras, otorrinolaringólogos, oftalmólogos, etc., dentistas, enfermeras, asistentes sociales, etc., cada uno de los cuales aporta su grano de arena para dar mayor solidez al recio edificio que se trata de erigir. Dicho de otro modo, la protección a la infancia conviértese en una empresa doméstico-técnico-social, en la cual, como partes integrantes de un ejército en campaña, participan todas las fracciones de la sociedad, abriendo la marcha los padres y sirviendo de estado mayor el servicio sanitario. Educación e ilustración por un lado, y protección y amparo por otro, complementándose las dos cosas.

Paradójico parece, pero muchas, muchísimas veces es un hecho indiscutible que la manera más rápida y segura de proteger a la infancia es realizando obras que aparentemente no conciernen a ésta, por ejemplo, facilitando un abasto de agua pura que acabe con las afecciones hídricas, librando una campaña antituberculosa que reduzca al mínimo los sembradores de gérmenes en la localidad, llevando a cabo una lucha antivenérea, que impedirá que contagie al pequeño una nodriza infectada, poniendo en marcha ese escudero de la higiene, el aseo, evitando así que infecte el biberón, una mano contaminada; y en mil y una más formas distintas aparentemente triviales y, sin embargo, de suma trascendencia. De ahí que ya se ha dicho, y con razón sobrada, que la primera institución brasileña de amparo a la infancia fué la escuela creada por el benemérito misionero español Anchieta en S. Paulo de Piratimínga, a mediados del siglo XVI (1554).

Son las leyes cumplidas y no las promulgadas, las que se traducen en hechos y no las vestidas en lenguaje más sonoro, las que representan progreso, y la primera pregunta que cabe hacer al ver en el papel alguna institución o entidad, es con qué fondos y personal cuenta para llevar a cabo la misión que tiene encomendada. En otras palabras, a veces existe la maquinaria en función, a veces sólo la máquina sin el combustible que la haga andar y, a veces, demasiadas veces, triste es decirlo, ni instalación, ni combustible, sino únicamente el mero

diseño de la obra, bella, muy bella en verdad, mas que de diseño no ha pasado ni pasará. Esas nubes, las ideas, tienen que condensar en la lluvia de la realidad, si van a fertilizar el terreno sobre el cual se cierran.

Al final de cuentas, prosperidad y educación son las dos formidables piedras angulares en que descansa la puericultura e igualmente la sanidad, como también, variando la imagen, son las dos ruedas que arrastran la carroza de la civilización por la senda del progreso. Para que el hijo sea saludable, precisan padres sanos y un ambiente salubre.

I. LA SITUACION

A fin de dar una ligera idea de la magnitud del problema en América, por lo menos en una de sus fases más importantes, copiamos a continuación ciertas estadísticas, que aún incompletas y reconocidamente insuficientes, como son, ya perfilan ciertas tendencias y rasgos, cuyo conocimiento permitirá enfrentarlos como procede:

DEMOGRAFIA MATERNO-INFANTIL DE LOS PAISES AMERICANOS

Países y ciudades	Natalidad	Mortalidad infantil	Mortinatalidad	Mortalidad materna
Argentina	30.11 (1929)	108.6 (1924)	35 (1910-23)	
	28.7 (1930)	116 (1928)	50 (1930)	3.1 (1930)
	28.5 (1931)	97.3 (1930)	32.1 (1931)	
		98.4 (1931)		
Buenos Aires	22.66 (1930)	70.2 (1930)	39.9 (1930)	1.9 (1928)
	21.6 (1931)	64.5 (1931)	41.8 (1931)	2.4 (1929)
	20.4 (1932)	53.8 (1932)	37.5 (1932)	2.3 (1930)
	18.7 (1933)	52.2 (1933)	39.4 (1933)	1.9 (1933)
	18.1 (1934)	63.4 (1934)	40.4 (1934)	3 (1934)
				2.1
Santa Fe	24.5 (1929)	144.7 (1925)	38.7 (1929)	3.1 (1929)
	26.2 (1930)	129 (1930)	43.4 (1930)	5.3 (1930)
	26.5 (1931)	140 (1931)	43.1 (1931)	3.1 (1931)
	23.1 (1932)	123 (1932)	43.1 (1932)	5.8 (1932)
	22.8 (1933)	111.7 (1933)	54.2 (1933)	4 (1933)
	21.7 (1934)	107 (1934)	48.8 (1934)	5 (1934)
Tucumán	46.5 (1929)	160.1 (1929)	39.1 (1928)	3 (1928)
	47.8 (1930)	165 (1930)	39.3 (1929)	6.9 (1929)
	44.15 (1931)	166 (1931)	41.7 (1931)	8.9 (1930)
				9.5 (1931)
Barbados	32.7 (1930)	251 (1930)	27 (1930)	
	27.9 (1931)	298 (1931)		
	30.5 (1932)	198 (1932)		
Bermuda	25.4 (1930)	77.2 (1930)	33 (1930)	3.8 (1930)
	26.9 (1931)	93.7 (1931)	47 (1931)	
	29.8 (1932)	97.1 (1932)	45 (1932)	
Bolivia				
La Paz	85 (1930)	297.2 (1928)	8.9 (1930)	4 (1930)
	84.8 (1931)	258 (1931)	5.9 (1931)	10.2 (1931)
	84.7 (1932)		16.9 (1932)	10 (1932)
	83.3 (1933)	318 (1933)	14.8 (1933)	11.4 (1933)

PROTECCION A LA INFANCIA EN LAS AMERICAS

Países y ciudades	Natalidad	Mortalidad infantil	Mortinatalidad	Mortalidad materna
Brasil				
Belem.	28.8 (1930)	187.6 (1930)	84.6 (1930)	9 (1929)
	22.9 (1931)	202 (1931)	99 (1931)	10.5 (1930)
	19.2 (1932)	228 (1932)	127 (1932)	9.14 (1931)
	12.3 (1933)	214.9 (1933)	115.1 (1933)	8.5 (1932)
	12.4 (1934)	181 (1934)	110 (1934)	10.5 (1933)
Bello Horizonte....	25.5 (1929)	220 (1929)	78.1 (1929)	4 (1929)
	24.5 (1930)	209.4 (1930)	97 (1930)	5.6 (1930)
	24.1 (1931)	173.9 (1931)	33 (1931)	9 (1931)
	31.4 (1932)	166.2 (1932)	68.8 (1932)	6.7 (1933)
	29.7 (1933)	165.8 (1933)	60.7 (1933)	8.1 (1926)
Recife.	43.5 (1930)	138.8 (1930)	56 (1930)	6.5 (1927)
	26.4 (1931)	150.1 (1931)	55 (1931)	4.5 (1929)
	41.5 (1932)	130.2 (1932)	56.6 (1932)	5.6 (1930)
	24.5 (1933)	243 (1933)	87 (1933)	6.5 (1931)
	25.2 (1934)	254 (1934)	87.5 (1934)	8 (1930)
Rio de Janeiro....	20.3 (1930)	162.5 (1930)	79 (1930)	9 (1931)
	17.7 (1931)	189.8 (1931)	82.6 (1931)	10.5 (1932)
	17.2 (1932)	180 (1932)	85.3 (1932)	8.8 (1933)
	16.7 (1933)	170 (1933)	85.8 (1933)	6.5 (1931)
	26.9 (1934)	254 (1934)	87.5 (1934)	7.1 (1929)
Santos.	25.1 (1929)	188 (1929)	86 (1929)	6.7 (1930)
	26.2 (1930)	204.6 (1930)	75.7 (1930)	4.9 (1928)
	23.3 (1931)	191 (1931)	54.5 (1929)	4.5 (1929)
Sao Paulo.....	26.9 (1929)	156.1 (1929)	52.6 (1930)	4.5 (1930)
	25.9 (1930)	152.6 (1930)	53 (1931)	5.7 (1929)
	22.5 (1931)	161 (1931)	32.1 (1929)	5.8 (1930)
Canadá.	24 (1929)	92.2 (1929)	31 (1930)	5.1 (1931)
	24.5 (1930)	89.3 (1930)	31 (1931)	5 (1932)
	23.2 (1931)	84.8 (1931)	30 (1932)	4.9 (1933)
	22.4 (1932)	73.2 (1932)	30.7 (1933)	5.3 (1934)
	20.8 (1933)	73.2 (1933)	28 (1934)	6.5 (1930)
	20.4 (1934)	71 (1934)	39 (1931)	5.5 (1931)
Montreal.	28.1 (1930)	89 (1934)	50 (1932)	5.4 (1932)
	26.5 (1931)	115 (1931)	30.7 (1930)	5.5 (1933)
	24.0 (1932)	98.9 (1932)	30.7 (1930)	6.5 (1934)
	22.2 (1933)	98 (1933)	7.6 (1930)	4.5 (1931)
Quebec.	34 (1931)	124 (1934)	8.6 (1932)	8.2 (1933)
	30 (1932)	149 (1931)	6.3 (1934)	5.7 (1931)
	27 (1933)	135.4 (1932)	5.6 (1932)	6.6 (1933)
	124 (1934)	138 (1933)	6.9 (1927)	6.1 (1928)
			5.7 (1929)	
Toronto.		49 (1934)	7.3 (1933)	3.2 (1931)
	19 (1931)	69 (1931)		
	19.2 (1932)	62.1 (1932)		
	15.8 (1933)	60 (1933)		
Colombia.	29.5 (1928)	144 (1927)		
	30.4 (1929)	129 (1928)		
	27.1 (1931)	123 (1929)		
		124 (1931)		
	30.2 (1933)	144 (1933)		
Barranquilla. . . .	24 (1931)	212 (1931)		
	22.9 (1932)	167 (1932)		
	31.3 (1933)	154 (1933)		

MEMORIA DEL VII CONGRESO PANAMERICANO DEL NIÑO

Países y ciudades	Natalidad	Mortalidad infantil	Mortinatalidad	Mortalidad materna
Bogotá	27.1 (1930)	222 (1930)	66.6 (1930)	7.9 (1926)
	29 (1931)	216 (1931)	57.5 (1931)	5.8 (1927)
	28.7 (1932)	205 (1932)	63.8 (1932)	6.8 (1931)
	33 (1933)	195 (1933)	50.9 (1933)	.....
	33.3 (1934)	.....	53.7 (1934)	.....
Medellín	36.3 (1931)	121 (1931)	25.1 (1931)	32 (1931)
	34.7 (1932)	126 (1932)	27.6 (1932)	.....
	31.2 (1933)	156 (1933)	25.4 (1933)	.....
Costa Rica . . . . .	.....	166 (1927)	39 (1927)	5.9 (1927)
	47.8 (1928)	166 (1928)	36.1 (1928)	6.3 (1928)
	45 (1929)	175 (1929)	36.4 (1929)	6.3 (1929)
	45.8 (1930)	160 (1930)	.....	6.5 (1930)
	45.1 (1931)	184 (1931)	34.2 (1931)	5.7 (1931)
	51.8 (1933)	.....	.....	.....
San José (cantón)	40.9 (1928)	152 (1928)	53 (1928)	4.2 (1928)
	41 (1929)	157 (1929)	53 (1929)	2.6 (1929)
	41.2 (1930)	.....	.....	.....
	41.1 (1931)	.....	.....	.....
(ciudad)	40 (1930)	113 (1930)	35 (1930)	.....
	40 (1931)	116 (1931)	36 (1931)	1.0 (1931)
Cuba	19.7 (1929)	165 (1929)	98 (1929)	9 (1924)
	39.2 (1930)	46.4 (1930)	38.4 (1930)	8.7 (1925)
	24.2 (1931)	84.4 (1931)	55.7 (1931)	.....
	24.1 (1932)	111.2 (1932)	84.4 (1932)	.....
Habana	18.2 (1929)	132 (1929)	111 (1929)	11.6 (1927)
	29.3 (1930)	.....	52 (1930)	8.3 (1928)
	19.3 (1931)	89 (1931)	80.5 (1931)	8.5 (1929)
	18.2 (1932)	138 (1932)	102 (1932)	2.8 (1931)
	.....	.....	.....	4.7 (1932)
Curacao	35.4 (1929)	122.8 (1929)	58 (1929)	.....
	35.8 (1930)	.....	.....	.....
	33.4 (1931)	.....	.....	.....
Chile	40.1 (1929)	244 (1929)	33.2 (1929)	10 (1929)
	39.8 (1930)	234 (1930)	33.5 (1930)	6.6 (1930)
	34.6 (1931)	232 (1931)	37.7 (1931)	7.5 (1931)
	34.2 (1932)	255 (1932)	38.2 (1932)	7.1 (1932)
	33.4 (1933)	258 (1933)	42.1 (1933)	8.3 (1933)
	33.8 (1934)	262 (1934)	48.7 (1934)	9.0 (1934)
Concepción	40.5 (1930)	297 (1930)	89.6 (1930)	.....
	37.6 (1931)	277 (1931)	93.8 (1931)	.....
	33.4 (1932)	315 (1932)	111.7 (1932)	.....
	32.9 (1933)	288 (1933)	127 (1933)	.....
	31.7 (1934)	276 (1934)	140 (1934)	.....
Santiago	36.8 (1930)	241 (1930)	33 (1930)	.....
	35.7 (1931)	225 (1931)	36.6 (1931)	.....
	34.2 (1932)	202 (1932)	29.5 (1932)	.....
	32.3 (1933)	243 (1933)	34 (1933)	.....
	30.7 (1934)	244 (1934)	39.5 (1934)	.....
Valparaíso	40.3 (1930)	185 (1930)	47.4 (1930)	.....
	37.5 (1931)	198 (1931)	42.4 (1931)	.....
	34.1 (1932)	199 (1932)	39.6 (1932)	.....
	34.4 (1933)	209 (1933)	36.8 (1933)	.....
	31.7 (1934)	211 (1934)	44 (1934)	.....

PROTECCION A LA INFANCIA EN LAS AMERICAS

Países y ciudades	Natalidad	Mortalidad infantil	Mortinatalidad	Mortalidad materna
Ecuador.	39.2 (1929)	169 (1929)	14.6 (1929)	6.5 (1929)
	38.9 (1930)	142 (1930)	14.7 (1930)	6.1 (1930)
	40.3 (1932)	137 (1932)	19.4 (1932)	6.2 (1932)
Guayaquil.	62.9 (1930)	179 (1930)	56.4 (1930)	.....
	58 (1931)	177 (1931)	61 (1931)	.....
	64 (1932)	179 (1932)	56 (1932)	.....
	53 (1933)	188 (1933)	53 (1933)	8.8 (1933)
Quito.	43.8 (1930)	240 (1921)	.....	.....
	40.4 (1931)	150 (1931)	16.7 (1931)	4.2 (1931)
	43 (1932)	165 (1932)	19 (1932)	8 (1932)
	44.7 (1933)	222 (1933)	14 (1933)	7.6 (1933)
El Salvador.....	38.8 (1928)	140 (1928)	9.4 (1928)	5.5 (1928)
	36 (1929)	155 (1929)	4.5 (1929)	5.3 (1929)
	46.6 (1930)	134 (1930)	4.2 (1930)	4.8 (1930)
	46.2 (1931)	153 (1931)	8.7 (1931)	4.4 (1931)
	40.8 (1934)	135 (1934)	.....	.....
San Salvador.....	46.0 (1928)	.....	.....	7.1 (1928)
	42.5 (1929)	178.6 (1929)	.....	6.7 (1929)
	44 (1930)	.....	22.8 (1930)	.....
	41.4 (1931)	208 (1931)	.....	.....
	43.5 (1933)	227 (1933)	32 (1933)	7.9 (1933)
Estados Unidos.....	.....	68.7 (1928)	40 (1928)	6.5 (1927)
	18.9 (1929)	67.6 (1929)	39 (1929)	7.0 (1929)
	18.9 (1930)	64.2 (1930)	39 (1930)	6.7 (1930)
	18 (1931)	61.7 (1931)	38 (1931)	6.6 (1931)
	17.4 (1932)	57.6 (1932)	38 (1932)	6.3 (1932)
	16.4 (1933)	58 (1932)	37 (1933)	6.2 (1933)
	17.1 (1934)	59.9 (1934)	36 (1934)	5.9 (1934)
Chicago.	17.7 (1929)	60 (1929)	36 (1929)	6.5 (1929)
	17.1 (1930)	53.6 (1930)	35.6 (1930)	5.1 (1930)
	15.3 (1931)	56.4 (1931)	36 (1931)	4.9 (1931)
	14.3 (1932)	49 (1932)	31 (1932)	5.2 (1932)
	13.4 (1933)	48.7 (1933)	30 (1933)	.....
	13.7 (1934)	47.7 (1934)	29.2 (1934)	4.3 (1934)
Detroit.	22.3 (1929)	69 (1929)	41 (1929)	7.1 (1929)
	20.8 (1930)	64.5 (1930)	38.6 (1930)	6.6 (1930)
	18.6 (1931)	57 (1931)	37 (1931)	6.2 (1931)
	15.9 (1932)	52 (1932)	35 (1932)	6.9 (1932)
	14 (1933)	51 (1933)	36 (1933)	.....
	16.5 (1934)	50.7 (1934)	33.7 (1934)	5.2 (1934)
Filadelfia.	18.1 (1929)	62 (1929)	35.5 (1929)	7.4 (1929)
	18.3 (1930)	59 (1930)	35.4 (1930)	6.4 (1930)
	17.2 (1931)	64 (1931)	36 (1931)	6.8 (1931)
	16.3 (1932)	52 (1932)	35 (1932)	6.6 (1932)
	15 (1933)	49 (1933)	33 (1933)	.....
	14.9 (1934)	53.8 (1934)	39.4 (1934)	5.4 (1934)
Nueva York.....	18.1 (1929)	59 (1929)	44.4 (1929)	5.2 (1929)
	17.6 (1930)	57 (1930)	47 (1930)	5.4 (1930)
	16.3 (1931)	55.6 (1931)	47 (1931)	6.04 (1931)
	15.5 (1932)	51 (1932)	47 (1932)	6.09 (1932)
	14.4 (1933)	53 (1933)	50 (1933)	.....
	13.6 (1934)	52.2 (1934)	50.1 (1934)	4.9 (1934)

MEMORIA DEL VII CONGRESO PANAMERICANO DEL NIÑO

Países y ciudades	Natalidad	Mortalidad infantil	Mortinatalidad	Mortalidad materna
Washington.	18.4 (1929)	71 (1929)	48 (1929)	7 (1929)
	19.2 (1930)	70.7 (1930)	49.7 (1930)	9 (1930)
	19.3 (1931)	71 (1931)	46 (1931)	7 (1931)
	20.6 (1932)	72.9 (1932)	43 (1932)	8.9 (1932)
	20.1 (1933)	64.9 (1933)	44 (1933)	
	20.3 (1934)	66.1 (1934)	40.9 (1934)	3.7 (1934)
Granada.	32.6 (1930)	119 (1930)	56.4 (1930)	2.8 (1930)
	30.2 (1931)	129 (1931)	58 (1931)	4.6 (1931)
	32.6 (1932)	84 (1932)	50.3 (1932)	
	32.5 (1933)	94 (1933)	49 (1933)	3.9 (1933)
	32.2 (1934)	102.2 (1934)	47.4 (1934)	4.5 (1934)
Guatemala.	48 (1926)			
	49.3 (1927)			
	50.7 (1928)	92.1 (1928)	21.8 (1928)	6.2 (1928)
	47 (1931)			7.4 (1928)
Guatemala.	45.8 (1926)	152.4 (1926)		7.6 (1926)
	46.3 (1927)			3.8 (1927)
	49 (1928)			3.9 (1928)
Guayana Francesa.	11.3 (1928)	130 (1928)	111 (1928)	
			86 (1927)	
Guayana Holandesa.	30.3 (1923)	76 (1923)		
	30.4 (1930)	82.2 (1930)	46.9 (1930)	
Paramaribo.	28.4 (1930)	94 (1930)		
Guayana Inglesa.	33.4 (1930)	146 (1930)	67 (1930)	10.8 (1930)
	31.4 (1931)	139 (1931)	63 (1931)	13.2 (1931)
	34.1 (1932)	139 (1932)	60 (1932)	10 (1932)
	32.6 (1933)	154 (1933)	60 (1933)	12.1 (1933)
Georgetown.	32 (1930)	134 (1930)	93 (1930)	15.6 (1930)
	27.5 (1931)	142 (1931)	93 (1931)	19.3 (1931)
	29.9 (1932)	131 (1932)	78 (1932)	18.4 (1932)
	29 (1933)	127 (1933)	60.7 (1933)	21 (1933)
Haití.	29.2 (1928)			31 (1928)
	23 (1929)			31.2 (1929)
	19.4 (1931-2)			
Port-au-Prince.	30.9 (1929)		32 (1929)	0.6 (1929)
	27.3 (1931-2)			0.4 (1932)
Honduras.	41.2 (1929)	117 (1929)	3.7 (1929)	6.6 (1926)
	38 (1932)	104 (1932)	27.5 (1932)	7.6 (1927)
				7.1 (1928)
Tegucigalpa (Dpto.)	41.4 (1928-9)	149 (1928-9)	11.2 (1928-9)	
Honduras Británica.	39.3 (1929)	129.5 (1929)		
	35.5 (1932)	151 (1931)		
		104 (1932)		
Belice.	39 (1929)			
	36.1 (1931)	146 (1931)		
	37 (1932)	72.5 (1932)		
Islas Vírgenes.		215 (1928)	97 (1927)	
	22.3 (1929)	145 (1929)	87 (1929)	
	26.9 (1930)	120 (1930)	76 (1930)	
	21.7 (1931)	119.2 (1931)	79 (1931)	
Jamaica.	37 (1930)	141 (1930)		6.2 (1930)
	34.8 (1931)	154 (1931)		5.3 (1931)
	32.2 (1932)	141 (1932)		5.5 (1932)
	32.9 (1933)	149 (1933)		6.5 (1933)

PROTECCION A LA INFANCIA EN LAS AMERICAS

Países y ciudades	Natalidad	Mortalidad infantil	Mortinatalidad	Mortalidad materna
Kingston.	41.7 (1930)	118 (1930)	.....	6.7 (1930)
	41.4 (1931)	129.5 (1931)	.....	6.7 (1931)
	36.8 (1932)	123.8 (1932)	.....	7.5 (1932)
	38.2 (1933)	137.8 (1933)	.....	9.5 (1923)
México.	34.6 (1928)	193 (1927)	31 (1927)	7.4 (1925)
	38.7 (1929)	193.4 (1928)	.....	8.4 (1926)
	49.6 (1930)	166 (1929)	.....	9.4 (1927)
	45.7 (1931)	131 (1930)	.....	9 (1928)
	49 (1932)	.....	24.3 (1932)	7 (1929)
	42.8 (1933)	.....	23 (1933)	5.7 (1930)
	41.4 (1934)	.....	*21.4 (1934)	.....
Distrito Federal. . .	37.7 (1932)	270 (1929)	44 (1930)	14 (1928)
	40 (1933)	153 (1930)	58.4 (1932)	7.3 (1929)
	40.3 (1934)	172 (1931)	53.3 (1933)	4.4 (1930)
	.....	.....	46.4 (1934)	5.4 (1931)
México, D. F. . . .	48.4 (1930)	148 (1929)	.....	5.4 (1926)
	36.8 (1931)	173 (1931)	.....	5.4 (1927)
	.....	158 (1932)	.....	.....
	33.5 (1933)	195 (1933)	71.4 (1933)	.....
	33.7 (1934)	160 (1934)	68 (1934)	.....
Veracruz.	53.8 (1930)	177 (1930)	.....	.....
	34.5 (1931)	116 (1931)	87.4 (1931)	.....
	23.6 (1932)	171 (1932)	105 (1932)	.....
	40.2 (1933)	90.2 (1933)	45.1 (1933)	*2.3 (1933)
	22.5 (1934)	149.3 (1934)	104.4 (1934)	7.0 (1934)
Nicaragua. . . . .	.....	.....	.....	.....
Managua.	49.4 (1929)	141 (1929-30)	.....	.....
	*66.2 (1933)	*114 (1933)	.....	.....
	*50.6 (1934)	*162 (1934)	.....	.....
Panamá.	36 (1928)	177 (1914-20)	*9.6 (1928)	7.6 (1926)
	29.4 (1930)	.....	.....	6.7 (1928)
	28.9 (1931)	170 (1931)	.....	10.3 (1931)
	*29.5 (1934)	*106 (1934)	*15.1 (1934)	.....
Colón.	29.5 (1930)	108 (1930)	38 (1930)	6.8 (1930)
	29 (1931)	109 (1931)	56 (1931)	4.6 (1931)
	29.3 (1932)	69 (1932)	47 (1932)	7.8 (1932)
	26.9 (1933)	115 (1933)	51.9 (1933)	11.2 (1933)
Panamá.	35.3 (1930)	121 (1930)	48 (1930)	5 (1930)
	31.7 (1931)	142 (1931)	50 (1931)	7.9 (1931)
	31 (1932)	129 (1932)	42.5 (1932)	4.2 (1932)
	31.7 (1933)	118 (1933)	39.5 (1933)	4.8 (1933)
Zona del Canal. . .	12.5 (1930)	81 (1930)	65 (1930)	4.1 (1930)
	*11.8 (1931)	71 (1931)	72 (1931)	8.3 (1931)
	11.4 (1932)	71 (1932)	27.2 (1932)	2.2 (1932)
	10.8 (1933)	76 (1933)	36.8 (1933)	6.3 (1933)
Paraguay. . . . .	.....	.....	.....	.....
Asunción.	25.2 (1929)	166 (1929)	38.5 (1929)	3 (1926)
	41.1 (1931)	136 (1931)	41.8 (1931)	4.5 (1928)
	37.6 (1932)	90 (1932)	46.9 (1932)	.....
	34.5 (1933)	143 (1933)	40 (1933)	8 (1933)
	*33.2 (1934)	*116 (1934)	147.8 (1934)	.....
Perú.	25.5 (1929)	.....	.....	.....
	26.9 (1932)	.....	.....	.....
	25 (1933)	.....	.....	.....

MEMORIA DEL VII CONGRESO PANAMERICANO DEL NIÑO

Países y ciudades	Natalidad	Mortalidad infantil	Mortinatalidad	Mortalidad materna
Callao.	38.6 (1930) 36.6 (1931) 32.6 (1933) 32.8 (1934)	140 (1930) 133 (1931) 141 (1933) 132 (1934)	..... ..... ..... .....	..... 3.8 (1931) 3.3 (1934)
Lima.	44 (1930) 30.8 (1931) 31.6 (1932) 28.6 (1933) 31.1 (1934)	156.8 (1930) 137 (1931) 158 (1932) 196 (1933) 157 (1934)	30.6 (1929) 62 (1931) 55 (1932) 51.6 (1933)	5.7 (1930) 9.4 (1931) 5.7 (1932) 16 (1933) 8.5 (1934)
Puerto Rico.	 35.2 (1930) 45.2 (1931) 41.5 (1932) 38 (1933)	161 (1929) 126 (1930) 130 (1931) 132.4 (1932)	88.5 (1929) 85.3 (1930) 71 (1931) 66.9 (1932) 69.5 (1933)	7.9 (1929) 5.6 (1930) 5.9 (1931) 6.5 (1932) 7 (1933)
San Juan.	33.7 (1931) 33.9 (1932) 33.4 (1933)	159 (1931)	184.8 (1931) ..... .....	..... ..... .....
República Dominicana..	34.7 (1930) 27.5 (1933) 31.7 (1934)	279 (1928) 126 (1930) 151.9 (1934)	67 (1920) 87.4 (1928-9)	3.18 (1927)
Santo Domingo.	22 (1927) 22 (1928)	 88.3 (1929)	..... .....	..... .....
San Cristóbal (St. Kitts)	43.9 (1930) 48.9 (1932)	186 (1930) 167 (1932)	71.6 (1930) 68 (1932)	4.1 (1930)
Santa Lucía.	34.5 (1930) 29.9 (1931) 32.7 (1932) 31.5 (1933) 32.3 (1934)	85.6 (1930) 124 (1931) 121 (1932) 92 (1933) 106 (1934)	60.4 (1930) 68.1 (1931) 60 (1932) 57 (1933) 54.3 (1934)	2.5 (1930) 2.8 (1931) 1.5 (1932) 0.5 (1933) 2.4 (1934)
San Vicente.	35.3 (1930) 36 (1931) 40.3 (1932)	93 (1930) 142.6 (1931) 94 (1932)	58.5 (1930) 60.4 (1931) 64 (1932)	3.3 (1930)
Terranova.	24.3 (1930) 23.8 (1931) 24.1 (1932) 23.5 (1933)	134 (1930) 133 (1931) 119.6 (1932) 106 (1933)	20.8 (1930) 23.8 (1931) 16 (1932) 20.5 (1933)	5.2 (1930) 6.4 (1931) 5.1 (1932) 4.4 (1933)
St. John.	26.2 (1930) 24.7 (1933)	164 (1930) 148 (1931) 144 (1932) 104 (1933)	34.4 (1930) 44.6 (1933)	4.6 (1930) 4 (1933)
Trinidad y Tobago.	31.2 (1930) 29.9 (1931) 29 (1932) 31.1 (1933) 29.3 (1934)	127 (1930) 144 (1931) 109 (1932) 131 (1933) 129 (1934)	74 (1930) 73 (1931) 70.7 (1932) 77.3 (1933) 166.6 (1934)	9.6 (1930) 9.06 (1931) 5 (1932) 7.4 (1933) 18.9 (1934)
Port of Spain.	27.8 (1930) 28 (1931) 28.4 (1932) 30.5 (1933) 28.8 (1934)	128 (1930) 134 (1931) 112 (1932) 134.5 (1933) 122 (1934)	77 (1930) 74 (1931) 81 (1932) 89.3 (1933) 173.4 (1934)	18.4 (1930) 16.1 (1931) 12.9 (1932) 14.5 (1933) 18 (1934)
Uruguay.	 24.2 (1929) 24.4 (1930) 23.3 (1931)	99.6 (1928) 92 (1929) 99 (1930) 110 (1931)	 35.9 (1929) 34 (1930)	2.4 (1928) 2.4 (1929) 3.1 (1930) 2.5 (1931)

PROTECCIÓN A LA INFANCIA EN LAS AMÉRICAS

Países y ciudades	Natalidad	Mortalidad infantil	Mortinatalidad	Mortalidad materna
Montevideo.	29.7 (1929)	95.5 (1929)	36 (1926)	*2 (1929)
		112.2 (1930)		*3.1 (1930)
	21.3 (1931)			*1.9 (1931)
	20.7 (1932)	108 (1932)	41.5 (1932)	
	18.6 (1933)	57 (1933)	32.2 (1933)	*3.4 (1934)
	19.4 (1934)	94 (1934)	34 (1934)	*2.7 (1933)
Venezuela.	31.3 (1929)	114 (1927)	*2.9 (1927)	
	29.8 (1930)	149 (1930)	*6.8 (1930)	
	28.5 (1931)	155 (1931)	*7.1 (1931)	5.02 (1931)
	29 (1932)	134 (1932)	*7.2 (1932)	5.3 (1932)
	28.9 (1933)		*7.8 (1933)	5.2 (1933)
	28.4 (1934)		*7.2 (1934)	5.1 (1934)
Caracas.	30.3 (1930)	124 (1930)		4.4 (1928)
	32.3 (1931)	130.6 (1931)		8.1 (1929)
	31.2 (1932)	128.8 (1932)	1029 (1932)	8 (1931)
	33.8 (1933)	123.2 (1933)		
	31.1 (1934)	149.9 (1934)		7.4 (1934)
Maracaibo.	40.7 (1931)	138 (1931)		
	37.8 (1932)			

¹ Los primeros 9 meses.

² Provincia de Tucumán.

³ Septicemia puerperal solamente.

⁴ 6 meses.

⁵ Cifras reconocidamente inconformes con la realidad.

⁶ Eclampsia y septicemia puerperales.

⁷ Ciudad de Guatemala.

⁸ Cifras preliminares e incompletas.

⁹ Dpto. de Montevideo.

¹⁰ Distrito Federal.

Natalidad.—De Europa en particular llegan con persistente regularidad voces de alarma ante el descenso de la natalidad, que no parecen detener ni propaganda ni leyes. En muchas partes de América vemos reflejado idéntico fenómeno.

Argentina: 37.9 (1910-14), 33.9 (1915-19), 32.9 (1920-24), 30.7 (1925-29), 28.5 (1931). He ahí una baja continua de más de 25% en 21 años. En Buenos Aires la curva es aún más vertical: 35.9 (1910), 28.8 (1915), 25.4 (1920), 24.3 (1925), 22.7 (1930), 18.1 (1934), caída que casi llega a 50%.

Brasil: No hay datos completos para el país. Río de Janeiro (D. F.): 26.5 (1894-1903), 26.5 (1904-13), 24.5 (1914-23), 21.8 (1924-28), 18.7 (1929-33), descenso de 30% en 20 años. S. Paulo: 36.5 (1910-14), 34.7 (1915-19), 32.6 (1920-24), 28.4 (1925-29), 23.9 (1930-32), disminución de 33% en unos 20 años.

Canadá: 25.2 (1920-24), 24.9 (1925-29), 22.3 (1930-34), disminución de 11.1% en 10 años, más acentuada en ciertas regiones.

MEMORIA DEL VII CONGRESO PANAMERICANO DEL NIÑO

Colombia: 27.8 (1915-19), 26.6 (1920-24), 27.8 (1925-29), 28.6 (1931-33). No hay descenso, aunque quizás intervenga en esto la mejor inscripción.

Costa Rica: 40.7 (1906-25), 46 (1926-30), 45.1 (1931). Aumento aparente, quizás debido a mejor inscripción.

Cuba: 32.3 (1908-10), 30.3 (1926-30). Habana: 23.5 (1904-24), 27.7 (1926-30), 16.3 (1931-32). Aunque la curva revela muchas oscilaciones, es manifiesta la tendencia descendente.

Chile: 39.5 (1910-14), 39.3 (1920-24), 35.8 (1930-34), descenso de 10% en 20 años.

El Salvador: 36.8 (1923-27), 42 (1928-32), 40.8 (1934). Aumento aparente, quizás debido a mejor inscripción.

Estados Unidos: 35.1 (1890-1900), 24.3 (1915-19), 23 (1920-24), 20.3 (1925-29), 17.6 (1930-34), disminución cada vez más acentuada. En 1934 (por primera vez en 10 años) aumentó (3%) el coeficiente, después de haber descendido 26% en el decenio anterior.

Guatemala: 42.5 (1919-20), 41.5 (1922-26), 48.9 (1927-31). Aumento aparente, quizás debido a mejor inscripción.

Guayana Inglesa: 27.4 (1915-19), 31.4 (1920-24), 32.2 (1925-29), 32.9 (1930-33). Tendencia ascendente, acaso debida a mejor inscripción.

Jamaica: 34.2 (1915-19), 37.7 (1920-24), 35.6 (1925-29), 34.2 (1930-33). Poco o ningún cambio.

México: 30.5 (1903), 32.5 (1923), 37.6 (1926-30), 44.8 (1931-34). El aparente aumento parece proceder de mejor inscripción.

Panamá: Ciudad de Panamá: 35.24 (1910-23), 32.6 (1924-33). Leve descenso.

Perú: Lima: curva descendente desde 1887 hasta 1913, 25.5 (1914), aumento aparente hasta 1927, 45.2 (1927-30), descenso reciente, 30.5 (1931-34).

Puerto Rico: 155 (1924-27), 137.3 (1932). Estacionamiento, si no aumento de una natalidad de por sí elevada.

Uruguay: 31.2 (1901-05), 31 (1915-19), 25.8 (1921-25), 24.7 (1926-30). Descenso de 25% en los últimos 25 años.

Mortalidad infantil.—De los países para los cuales hay datos netamente comparables, notándose descensos positivos en:

Argentina: de 109.4 (1922-24) a 97.8 (1930-31); Buenos Aires: 91.5 (1912-21), 62.8 (1930-34).

Canadá: de 91.2 (1925-29) a 78.5 (1930-34).

Costa Rica: 211.3 (1910-25), 170.2 (1927-31).

Cuba: 141.3 (1906-15), 171.7 (1911-25), 114.2 (1906-32). Habana: 176.7 (1906-15), 142.5 (1916-25), 108.1 (1926-32). Las extraordinarias diferencias en años sucesivos proceden de irregularidades en la inscripción de nacimientos.

Estados Unidos: 91 (1916-20), 66.4 (1926-30) y 59.3 (1931-34).

Jamaica: 166.5 (1925-29), 146.4 (1930-33).

PROTECCION A LA INFANCIA EN LAS AMERICAS

México: 262.4 (1903), 222.4 (1923), 170.7 (1926-30).

Panamá (ciudad): 203 (1916-20), 135 (1926-30), 130.2 (1929-33).

Paraguay: Asunción: 156.8 (1914-18), 153.1 (1919-23), 137.8 (1924-26), 131.2 (1930-34).

Perú: Lima: 280 (1909), 206.1 (1918), 187.3 (1925-27), 161 (1930-34).

Puerto Rico: 155 (1924-27), 137.3 (1930-32).

En cambio, existe poca alteración en:

Brasil: Río de Janeiro: 183.4 (1903-12), 176.9 (1913-22), 176.2 (1923-26), (1930-34). Sao Paulo: 176.1 (1909-18), 172.2 (1919-28), 152.6 (1929-32).

Colombia: 144.3 (1927), 144 (1933); Bogotá: 222 (1920), 201.4 (1926-30), 205.3 (1931-33).

Chile: 254.4 (1915), 259.6 (1922-26), 237.8 (1927-34).

El Salvador: 120 (1912), 150 (1920), 140 (1921-25), 143 (1923-27), 143.4 (1928-34).

Uruguay: 107.5 (1911-23), 104 (1921-25), 100 (1926-31); Montevideo: 132 (1911-23), 113.5 (1921-25), 103.9 (1928-32), 95.5 (1933-34).

Mortinatalidad.—La mortinatalidad dista mucho de seguir la caída que caracteriza a la mortalidad infantil en bastantes países. Las cifras disponibles son inaceptables en bastantes ocasiones, dada su aparente inexactitud, y de ahí que no se utilicen para comparación.

Argentina: Apenas ha descendido, y en Buenos Aires, por el contrario, más bien ascendido en los últimos años.

Brasil: Río de Janeiro, ascendido de 76.4 (1907-16) a 83.7 (1930-34), 54.1 (1914-23), 55.1 (1924-27), 53.4 (1929-31).

Canadá: En 1934 se observó por primera vez en bastantes años un descenso algo significativo.

Cuba: Las muchas oscilaciones no permiten sacar conclusiones fidedignas: 21.8 (1900), 42.2 (1910), 66.9 (1930), 84.8 (1925-29), 59.5 (1930-32).

Chile: Ascenso en los últimos años: 29.6 (1922), 28.6 (1925-29), 40 (1930-34).

Estados Unidos: Leve descenso: 38.6 (1922-26), 39 (1927-31), 37 (1932-34).

Guayana Inglesa: Marcado descenso de 80 (1927-28) a 60 (1932-33).

México: Descenso de 30 (1922-27) a 23.1 (1932-34), de ser estos coeficientes verdaderamente representativos.

Panamá (ciudad): Descenso de 49.1 (1925-29) a 41.1 (1930-33).

Paraguay: Asunción: 52.3 (1914-23), 44.4 (1924-26), 44.1 (1931-34).

Perú, Lima: leve cambio de 1923 a 1933.

Puerto Rico: Descenso marcado en años recientes: 87.4 (1925-30), 69.1 (1931-33).

Uruguay: Poca variación: 34.1 (1901-10), 34.4 (1911-20), 33.7 (1921-30).

MEMORIA DEL VII CONGRESO PANAMERICANO DEL NIÑO

Mortalidad materna.—Poco también ha variado la mortalidad puerperal, y aquí igualmente hay que aceptar los guarismos con toda discreción, por ser en muchas partes claramente inferiores a la realidad, discrepar algo la clasificación de las muertes puerperales, y ser esta casilla generalmente una de las más descuidadas de la nosografía.

Repitiendo la clasificación tentada en 1930, no acusa mayor cambio el rango de los países en lo tocante a sus fenómenos vitales.

Natalidad.—

1. Alta (más de 45): Costa Rica, El Salvador, Guatemala, México y Nicaragua.

2. Mediana (25-45): Antillas Inglesas, Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Cuba, Curazao, Chile, Ecuador, Guayana Holandesa, Guayana Inglesa, Haití, Honduras, Honduras Británica, Panamá, Paraguay, Puerto Rico, República Dominicana y Venezuela.

3. Baja (25 o menos): Canadá, Estados Unidos, Terranova y Uruguay.

El máximo corresponde a Costa Rica con 51.8, y el mínimo a Estados Unidos con 16.4.

Mortalidad infantil.—

1. Alta (más de 150): Barbados, Bolivia, Brasil, Costa Rica, Chile, Ecuador, El Salvador, México, Nicaragua, Panamá y Perú.

2. Mediana (100-150): Argentina, Colombia, Cuba, Curazao, Granada, Guatemala, Guayana Francesa, Guayana Inglesa, Honduras, Honduras Británica, Islas Vírgenes, Paraguay, Puerto Rico, San Cristóbal.

3. Baja (100 o menos): Antillas Inglesas, Canadá, Estados Unidos, Guayana Holandesa, República Dominicana, Terranova, Uruguay y Venezuela.

El máximo corresponde a Bolivia (La Paz) con 318, y el mínimo a Estados Unidos con 57.6.

Mortinatalidad.—

1. Alta (75 por mil o más): Brasil, Cuba, Guayana Francesa, Islas Vírgenes, República Dominicana.

2. Mediana (38-75): Colombia, Cuba, Curazao, Chile, Granada, Guayana Holandesa, Guayana Inglesa, Panamá, Paraguay, Puerto Rico, Perú, San Cristóbal, San Vicente y Trinidad.

3. Baja (menos de 35): Argentina, Barbados, Bermuda, Bolivia, Canadá, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos, Guatemala, Honduras, México, Terranova, Uruguay y Venezuela.

El máximo corresponde a Guayana Francesa con 111 y Cuba con 98 (Havana, 111), y el mínimo a Venezuela con 2.9 (?) y El Salvador con 4.2 (?)

Mortalidad materna.—

1. Alta (más de 6): Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, Cuba, Chile, Ecuador, Estados Unidos, Guayana Inglesa, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Perú, Puerto Rico, Trinidad.

2. Baja (menos de 6): Argentina, Antillas Menores Inglesas, Canadá, El Salvador, Guatemala, Haití, Paraguay, República Dominicana, Terranova, Uruguay y Venezuela.

El máximo corresponde a Guayana Inglesa con 13.2, y el mínimo a Santa Lucía con 0.5 y Uruguay con 2.4.

Céguera.—Argentina: 6,000 (0.5 por 1,000 hab.); Bolivia, 2,200 (0.8); Bahamas, 175 (2.5); Bermuda, 15 (0.7); Brasil, 30,000 (0.75); Colombia, 10,000 (1.3); Costa Rica, 150?; Chile, 3,000 (0.6); Estados Unidos, 63,500 (0.5), 500 menores de 5 años, 4,730 de 5 a 19; Granada, 75 (1.2); Honduras Británica, 75 (1.5); Jamaica, 1,750 (2); México, 18,309 (1.1), 1,151 menores de 15 años; Puerto Rico, 1,700 (1.2); Santa Lucía, 130 (2.5); Terranova, 300 (1.1); Trinidad, 850 (2); Uruguay, 900 (0.9); Islas Vírgenes, 100 (2).

Sordera.—Más escasas son las estadísticas de la sordera: Argentina, 8,500 (0.75 por mil); Bolivia, La Paz, 137 (1.4); Colombia, 21,400 (2.5); Estados Unidos, 57,100 (0.5); México, 17,000 (10.3), 2,600 menores de 15 años.

Del estudio de estas cifras, que, volvemos a acentuar, pintan por lo común un cuadro mucho más halagüeño que la realidad, despréndense varios hechos elocuentes, y entre ellos éstos: Nacen en América cada año más de 4 millones de niños, de los cuales mueren en el primer año de su vida más de 400,000; del segundo al quinto, unos 200,000 más; de los cuales podrían salvarse millares de decenas, de aplicarse en todas partes los conocimientos ya aplicados en sitios más privilegiados, como Estados Unidos, y en ciertas ciudades de ambas mitades del Continente, según debería hacerse de acuerdo con los más rudimentarios principios de todo lo que entendemos por humanidad, civilización y hasta el más elemental patriotismo.

Dichas estadísticas, apuntemos aquí, distan mucho de bosquejar el problema en su plenitud, pues nada dicen sobre el número de niños ciegos, sordos, cardíacos, tuberculosos, lisiados (túldos, paralíticos), huérfanos, desamparados, ni tampoco apuntan el alcance de ciertos factores, como ilegitimidad, aborto, neomaltusianismo, frecuencia de ciertas afecciones, incluso sífilis, oftalmía neonatal y demencia, o estados como desnutrición y caries.

II. OBRAS DE PROTECCIÓN

El éxito en la higiene infantil cifrase en la capacidad y eficiencia integral de los servicios oficiales de sanidad, pues no se pueden disociar en manera alguna los problemas que conciernen a gestantes, lactantes y niños en general, de los trabajos generales de higiene pública. En ese sentido, reviste sumo interés la declaración de principios de la Comisión de Organización Sanitaria de la Conferencia de Higiene y Protección Infantil de la Casa Blanca:

1). En el futuro, lo mismo que en el pasado, el progreso organizado de la higiene infantil dependerá de la calidad de la dirección profesional preparada para ello, y la organización y apoyo económico de los servicios sanitarios de de-

dicación completa, creados para beneficiar a las personas de todas las edades y de ambos sexos en cada comunidad de la Nación.

2). Los intereses higiénicos del niño, como individuo y como miembro de la familia y de la comunidad, son inseparables de los de los adultos de ambos sexos.

3). En todas partes del mundo la organización sanitaria ha reconocido la conveniencia de concentrar sus recursos administrativos bajo una sola dirección para una finalidad común, sea cual fuere el problema dado de la medicina preventiva más sobresaliente en la mente pública en aquel momento, o por grandes que sean las necesidades inmediatas de un grupo limitado por edad o por sexo en la comunidad, para el cual se necesitan mayores esfuerzos o recursos.

4). Los problemas de la protección de la salud del niño revelan, en común con los del adulto, muchas complejidades de origen; por consiguiente, sólo por medio de una autoridad centralizada y preparada en las ciencias médicas y biológicas, y al tanto de las ramas de la economía y la sociología, es que podemos esperar obtener resultados comprensivos y duraderos.

5). Ninguna organización sanitaria, ya federal, estatal o local, que no cuente con una dirección pericial y especialmente adiestrada para la higiene infantil, puede ser considerada como adecuada para las necesidades de la familia de nuestros días.

6). El mejor servicio higiénico se le presta al niño comprendiendo la higiene infantil en un programa de servicio general de higiene aplicable, según la edad y las circunstancias, a todos los miembros de la comunidad.

Con las salvedades ya enunciadas, pasemos ahora a exponer, algo analíticamente, las obras más directamente pro infancia existentes en las Américas. A primera vista quizás sorprenda y hasta desmaye la multitud, si no multiplicación o dispersión, de dichos organismos; mas considerado a fondo el punto, se verá que esa misma difusión posee sus bondades, pues atrae a un campo vasto por demás y en muchas partes apenas si labrado, a personas de muy diversas categorías, aficiones e intereses, sirviendo así para popularizar el tema y llevar la acción social, arriba y abajo, a elementos que, de otro modo, en un extremo, se substraerían a sus obligaciones cívicas, y en el otro, no disfrutarían de sus beneficios. ¡Es en ese terreno de filantropía, de regeneración, de hacer el bien, que le corresponde a la mujer, ángel de la caridad, una misión tan alta y fecunda!

Por supuesto, deben combatirse y resistirse a todo trance duplicación y aerroche, e igualmente, por significar otro tanto, la creación oficial de nuevos organismos encargados de desempeñar funciones que legítimamente incumben a instituciones existentes, las cuales sólo necesitan más fondos para hacer el trabajo necesario en la mejor forma posible. *Ipsa facto*, debe establecerse un nexo de concordancia entre todas estas obras, a fin de lograr cierta imprescindible unidad de acción de uniformidad, y de cortar desperdicio. Un gran paso en este camino está representado por los recientes Consejos y Patronatos del Niño, pues

sumarán y aunarán esfuerzos, y, encarrilando y supervigilando dichas actividades, permitirán llevar a cabo una labor más fructífera y económica.

Del mismo deseo de evitar desconcierto y despilfarro y de concentrar sabiamente voluntades y trabajo, consiguiendo a la par mayor eficacia, derivase en parte el concepto de la nipiología de Cacace, desarrollado en América por Moncorvo, Morquio, Gurgel, Escardó, y tantos otros, o sea la coordinación en un todo completo y armónico de las diferentes fases que comprende la protección a la infancia.

Una advertencia es de rigor aquí. La lista a continuación, por circunstancias que no dependen de la voluntad del compilador sino del material accesible, es manifiestamente incompleta, pues hay localidades para las cuales apenas se cuenta con datos afirmativos o negativos. También hay que tomar en cuenta que la crisis económica, reflejándose en los presupuestos de sanidad y beneficencia, ha dejado puramente en papel muchos proyectos que en tiempos mejores habrían ya pasado al terreno de la realidad, e igualmente recortado, si no extinguido, la esfera de acción de obras ya en progreso. Igualmente resalta el hecho de que ciertos distritos o pueblos, casi siempre capitales y grandes centros, son los más beneficiados en este ramo, así como en otros muchos, quedando, en verdad, entregados a la mano de Dios otros menos privilegiados, en particular las zonas rurales y remotas, que son realmente las que más necesitan el amparo regenerador de la higiene.

Encabezamos la lista con los organismos internacionales:

Oficina Sanitaria Panamericana

La Oficina Sanitaria Panamericana ha manifestado, como era de esperarse, un interés constante y cada vez mayor en la protección a la infancia, el cual se ha exteriorizado, entre otras formas, en las siguientes: Cooperación con las autoridades nacionales y locales de sanidad; evacuación de consultas relativas a puericultura; publicación de varios trabajos sobre este tema, y de datos periódicos sobre maternología y puericultura en su Boletín.

Conferencias Sanitarias Panamericanas

Estas han adoptado resoluciones apropiadas, en particular la 6ª, sobre enseñanza de la higiene en las escuelas; 7ª, campaña en favor de la infancia; 8ª (1927), higiene escolar, higiene de la leche; 9ª (1934), notificación del embarazo, mortalidad infantil, asistencia preescolar, higiene escolar.

Instituto Internacional Americano del Niño (Montevideo)

Creado en 1924 por voto del IV Congreso Panamericano del Niño, llevando así a la práctica votos preliminares de los II y III Congresos, encomendándosele gestiones consonantes con su nombre y propósitos. Según la Constitución, el Consejo Directivo está integrado por un representante de cada país adherente, de los cuales, hasta la fecha, sólo hay 9. El Instituto, encabezado por uno de los pediatras más insignes de América, el doctor Luis Morquio, publica un Boletín trimestral.

En conjunto, vemos en todas partes buenos deseos y afán de trabajar y de proteger la infancia, mas, por lo general, insuficientes y sin coordinación, cuando no aherrojados por la falta de los recursos imprescindibles para triunfar en la lucha.

Nos confronta —y hay que reconocerlo cumplidamente— un problema no meramente pediátrico ni siquiera médico, sino social en la acepción más completa y extensa de la palabra, un problema en cuya solución deben participar plenamente los estadistas, los sociólogos, los filósofos, los pedagogos, las masas populares, y no exclusivamente la clase médica o ciertos profesionales adiestrados.

Si los países comprenden como deben sus verdaderos y mayores intereses, si recuerdan que la protección de la infancia —con su corolario obligado, la maternidad— constituye la llave de oro que les abrirá de par en par las puertas del porvenir, si ansian de veras que el universo del futuro sea floresta, jardín, escuela y foco de sol y alegría, y no hospital, asilo, cementerio y tristeza, no cejarán ni un momento en sus esfuerzos por resguardar a las generaciones venideras contra las asechanzas con que continuamente las amagan los nuevos jinetes del Apocalipsis que, fatídicas figuras, alzanse, siniestros y amenazadores, sobre toda la civilización moderna: miseria, ignorancia, explotación, enfermedad. En pos de tales espectros sólo quedan, cual tétricos recuerdos de su paso, desolación, despoblamiento, ruina y muerte.

Al iniciar su campaña más gloriosa y a sus soldados mostrar los enhiesos y nevados picachos que tenían que escalar, Bonaparte también les pintaba los verdes llanos, la riqueza a mares y la gloria imperecedera que más allá quedaban. Ningún higienista digno de tal nombre, ningún nipiólogo, ningún sociólogo, ningún amante de la infancia y la humanidad, lo cual lo sonios todos, jamás dejará de poner de su parte todo lo posible por superar los obstáculos con que tropieza la labor pro infancia, recordando siempre que más allá radican campos fértiles y luminosos. En esa benemérita cruzada somos todos soldados y, bajo esa bandera de paz y adelanto, todos marchamos, seguros de que contribuiremos a crear un nuevo mundo formado de niños sanos y aptos que devolverán con creces en salud, progreso y prosperidad a sus patrias y a la sociedad entera, lo poco o mucho que nuestras fuerzas nos permitan hacer hoy día! (1).

(1) El autor envió este trabajo al Congreso, tal como ha sido publicado aquí. El trabajo completo apareció en el "Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana."

EL INSTITUTO INTERAMERICANO DE PROTECCIÓN A LA INFANCIA EN LA SÉPTIMA CONFERENCIA INTERNACIONAL AMERICANA

Señorita S. P. BRECKINRIDGE,
Chicago, Ill., U. S. A.

LOS resultados de las conferencias nacionales e internacionales sobre el bienestar de la infancia, teniendo en mira la ampliación del trabajo del Instituto Panamericano de Montevideo, fué uno de los temas encargados a la Comisión de Problemas Sociales, la quinta de las diez comisiones que componían la Agenda de la Séptima Conferencia Internacional Americana. La Comisión de Problemas Sociales quedó integrada de la manera siguiente:

Honduras: Miguel Paz Baraona.

Estados Unidos de América: Señorita Sophonisba P. Breckinridge, Alexander W. Weddell, J. Butler Wright.

El Salvador: Arturo Ramón Avilá.

República Dominicana: Tulio M. Cestero.

Haití: Antoine Pierre-Paul, Edmond Mangones.

Argentina: Ramón S. Castillo, Juan F. Cafferata, Luis A. Podestá Costa.

Venezuela: José Rafael Montilla, César Zumeta (suplente).

Uruguay: José G. Antuna, Sra. Sofia A. V. de Domicheli, Luis Morquio (delegado técnico).

Paraguay: Gerónimo Riart.

México: Manuel J. Sierra, Genaro V. Vásquez, Víctor Manuel Villaseñor (consejero técnico).

Panamá: Eduardo Ernesto Holguín.

Bolivia: Arturo Pinto Escalier.

Guatemala: Manuel Arroyo.

Brasil: Carlos Chagas, Arthur Torres, Jr. (consejero técnico), Joao de Laurenco (consejero técnico).

Ecuador: Carlos Puig Vilassar.

Nicaragua: Manuel Cordero Reyes, Carlos Cuadra Pasos.

Colombia: José Camacho Carreño.

Chile: Octavio Señoret Silva, Benjamín Cohen.

Perú: Alfredo Solf y Muro, Carlos Neuhaus Ugarteche.

Cuba: Angel Alberto Giraudy, Alfredo Nogueira (suplente).

Presidió el señor Gerónimo Riart, del Paraguay, y el señor Augusto Aguirre Aparicio, del Ecuador, fungió como Vicepresidente de esta Comisión.

La Subcomisión del Instituto estuvo formada por el doctor Carlos Chagas, señor Arturo Ramón Avila, doctor Luis Morquio, Director del Instituto; señor Carlos Cuadra Pasos, y señorita Breckinridge. El doctor John D. Long, de la Oficina Sanitaria Panamericana, que estuvo en el Sexto Congreso del Niño, de Lima, fué invitado para asistir a la reunión, y se rogó al doctor Luis Morquio que presidiera la sesión. El doctor Morquio había preparado para presentar a la Conferencia un informe sobre las labores del Instituto, y la Subcomisión encargó a la señorita Breckinridge, que también había estado presente en la Conferencia de Lima, que preparara una declaración especial relativa al informe y al Instituto y que se celebrara una reunión en el local del Instituto.

Es oportuno recordar que el Instituto fué fundado en 1927 con motivo del acuerdo tomado en el Segundo Congreso Panamericano del Niño, celebrado en Montevideo en 1919, y por la resolución adoptada en el Tercero que se reunió en Río de Janeiro en 1922. El reglamento del Instituto fué aprobado en el Cuarto Congreso del Niño, celebrado en Santiago de Chile en 1924.

La señorita Breckinridge, en su declaración relativa al informe del Director, llamó la atención de la Comisión hacia el hecho de que uno de los resultados de la prolongada y aguda calamidad universal, conocida generalmente como la "crisis económica" (depression), ha sido una prueba evidente y amplia de que todos los temas discutidos en la Conferencia eran de orden social, ya que si no se llegaban a resolver con prudencia darían por resultado penalidades y sufrimientos para un número incalculable de personas íntimamente relacionadas con los problemas que se discutían. El haber incluido bajo el título "Social" el número reducido de temas relativos al Trabajo, Bienestar de la Infancia, y la Protección de Alimentos, era una prueba evidente de que esa apreciación principiaba a ser reconocida formalmente, de manera que el testimonio de una nueva prueba del buen éxito de los asuntos de gobierno, de economía y de finanzas sería exigido por los pueblos de los distintos Estados americanos. No es difícil comprender la razón por qué el trabajo y el bienestar de la infancia constituyen las sendas que deben seguirse para alcanzar los fines que se persiguen.

Antes de entrar de lleno en la discusión de los temas relativos al Trabajo y al Bienestar de la Infancia, se deben tomar en cuenta algunas disparidades que existen entre los Estados en lo relativo a la jurisdicción encargada de dirigir estos asuntos, así como a las diferencias en las teorías políticas que puedan dominar los conceptos y afectar la discusión de estos temas. Se ha hecho referencia a la filosofía política, conforme a la cual no sólo parece indicado que las decisiones y reglamentos consiguientes deban basarse en la práctica y en la experiencia, lo cual es el fundamento del Derecho Consuetudinario, sino que re-

quieren que deba confiarse, posiblemente, a la jurisdicción local la tarea de formular y ciertamente de administrar los reglamentos que resulten de esa experiencia. Contra esta opinión podrá aducirse la convicción de que la naturaleza humana es bien conocida y la experiencia tan suficientemente variada en muchos respectos para hacer necesaria la expedición de reglamentación —lo cual constituye la filosofía del Derecho Civil—, y para justificar que se confíe la administración, conforme a tales reglamentos, a las jurisdicciones más amplias, dentro de las cuales existan condiciones razonablemente similares.

En los Estados Unidos se expresa esta diferencia en su adherencia al Derecho Consuetudinario y en su resistencia a las actividades de la autoridad federal.

No se ha tratado aquí de exponer estas opiniones contradictorias. Se ha considerado únicamente la tarea desde el punto de vista del desarrollo de la capacidad para efectuar un diagnóstico social, juicioso y fiel, que haga posible la aplicación rápida de las lecciones de la experiencia en su extensión más amplia y sobre todas las desgracias sociales.

La señorita Breckinridge añadía en su informe, que confiaba en que las discusiones seguirían adelante, ya que en el curso de sus investigaciones para encontrar el equilibrio entre la necesidad de deliberar y la fuerza que impulsa el avance valeroso, libre de todo elemento precipitado, había encontrado que debe prevalecer el reconocimiento de que la paciencia debe ser una pasión y que el que tiene fe no se apresura con el temor de que la deliberación llegue a degenerar en indolencia y los sentimientos conservadores lleguen a convertirse en cobardías.

Añadía que estaba segura de que en todas las naciones de América aumentaba la convicción de que el bienestar del pueblo constituye un asunto de interés para todos y excitó a la Subcomisión para que expresara su confianza en el Instituto y recomendara su ampliación por medio del desarrollo de los servicios sociales, cuando menos para que correspondan con sus labores de salubridad y de educación.

En seguida, la Comisión formuló una resolución, la cual fué más tarde aprobada por la Conferencia, encareciendo que el Instituto de Protección a la Infancia fuera organizado de acuerdo con la resolución del Congreso de Protección a la Infancia de Lima, de 1930; que los delegados del Instituto que residieran en Montevideo, se reunieran con el Director cuando menos una vez al año; y finalmente que la cuota anual de \$ 2,000 correspondiente a cada país miembro del Instituto continuase igual; pero que en vista de la situación económica actual, los gobiernos podrían contribuir con una cantidad menor. La resolución fué adoptada en la siguiente forma: (1)

“La Séptima Conferencia Internacional Americana,

(1) Informe de los Delegados de los Estados Unidos de América a la Séptima Conferencia Internacional Americana, Montevideo, Uruguay, 2-26, 1933. p. 219. (Apéndice 50).

X **CONSIDERANDO:** que existe real importancia en sostener y ampliar, el Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia, por lo que importa para el beneficio de la infancia en el Continente Americano; que los recursos de que ha dispuesto hasta la fecha son insuficientes, por la limitación de los países adherentes y por la irregularidad y deficiencia de las contribuciones; que existe verdadera conveniencia en que participen todos los países de América para que la influencia del Instituto sea realmente efectiva;

RESUELVE:

1.—Que debe organizarse la institución según lo aprobado en el Congreso Americano del Niño, realizado en Lima en 1930, es decir, que cada país adherente tenga dos representantes: uno, residente en Montevideo, que puede ser diplomático o no; otro, de carácter técnico, residente en el país respectivo.

2.—Considerar como necesario que los miembros residentes en Montevideo se reúnan una vez al año, por lo menos, con el Director, para darse cuenta de la marcha del Instituto y resolver lo que estimen conveniente. El Director podrá convocar a una conferencia a los representantes técnicos de los países adherentes para hacer estudios generales sobre la protección a la infancia, conformando a ellos las actividades del Instituto. Las conferencias podrán realizarse aproximadamente cada dos años.

3.—Mantener la cuota anual de dos mil dólares para cada país adherente. En consideración, sin embargo, de la situación económica actual, los gobiernos podrán dar una menor. (Aprobada el 22 de diciembre de 1933.)

La Conferencia se dió cuenta de que los resultados de los Congresos Panamericanos del Niño, el Sexto de los cuales se celebró en Lima en 1930, han sido los siguientes:

1.—Una comprensión más amplia, más científica y más humana de la importancia de la vida del niño, de su salud y de su bienestar, en provecho de los distintos países y de los estados en su existencia colectiva.

2.—Un aumento en los materiales de información científica relacionados con las causas y métodos preventivos de enfermedades y mortalidad maternal e infantil; métodos indicados de tratamiento de niños de tierna edad y los principios que deban aplicarse en el cuidado de los niños (1) y si bien la Conferencia tuvo a bien expresar su admiración por la calidad de las labores del Instituto, recomendó, sin embargo, que tan pronto como fuera posible se extendiera su acción hasta llegar a incluir en ella una División de Servicio Social. La resolución dice así:

"El Congreso ve con satisfacción y admiración la calidad de la obra realizada por el Instituto Interamericano establecido en Montevideo en 1927; pero deplora sus limitaciones debidas a la escasez de sus recursos para poder ampliar sus labores, y excita a los Estados que no han contribuido para que estudien la posibilidad de hacerlo a la mayor brevedad posible y en intervalos regulares.

(1) Informe citado, página 292.

La Conferencia expresa gran confianza en las investigaciones médicas y educativas hechas por el Instituto, y recomienda que tan pronto como sea practicable el radio de acción de sus labores, sea ampliado para incluir una División de Servicio Social. La Conferencia recomienda que, cuando sea posible, el Instituto agregue a los servicios que presta actualmente, el de suministrar, a solicitud de los Estados, servicios de consultas y de consejos, especialmente con referencia a la organización y administración de instituciones públicas y agencias dedicadas al cuidado y tratamiento de los niños desvalidos, delincuentes o de mentalidad excepcional o defectuosa.

"La Conferencia excita a los Estados no sólo para contribuir, cuando esto sea posible, al sostenimiento del Instituto, sino también para aprovecharse de los servicios del Instituto, y expresa la esperanza de que en un día no muy lejano llegue a celebrarse un Congreso del Niño en el que se discutan los temas siguientes:

"1.—La información que ha resultado de las investigaciones científicas desde la época en que se celebró el último Congreso en 1930; y

"2.—El lugar del niño en la civilización del nuevo día, que espera con toda esperanza el mundo actual."

De acuerdo con estas recomendaciones, la Junta Directiva de la Unión Panamericana envió el 25 de septiembre de 1934, una copia de esta Resolución a todos los Gobiernos de las Américas, por conducto de sus representantes en la Junta Directiva.

THE INTER-AMERICAN INSTITUTE FOR CHILD WELFARE AT THE SEVENTH INTERNATIONAL CONFERENCE OF AMERICAN STATES

(Summary prepared by Miss BRECKINRIDGE for the Seventh
Pan-American Child Congress.)

The Results of National and International Conferences on Child Welfare, with a view to broadening the work of the Inter-American Institute at Montevideo, was one of the subjects assigned to the Committee on Social Problems, the fifth of the ten Committees constituting the Agenda of the Seventh International Conference of American States. On the Committee on Social Problems were:

Honduras: Miguel Paz Baraona.

United States of America: Miss Sophonisba P. Breckinridge, Alexander W. Weddell, J. Butler Wright.

El Salvador: Arturo Ramon Avila.

Dominican Republic: Tulio M. Cestero.

Haiti: Antoine Pierre-Paul, Edmond Mangones.

Argentina: Ramon S. Castillo, Juan F. Safferata, Luis A. Podesta Costa.

Venezuela: Jose Rafael Montilla, Cesar Zumeta (alternate).

MEMORIA DEL VII CONGRESO PANAMERICANO DEL NIÑO

Uruguay: Jose G. Antuna, Mrs. Sofia A. V. de Demicheli, Luis Morquio (technical delegate).

Paraguay: Geronimo Riart.

México: Manuel J. Sierra, Genaro V. Vásquez, Víctor Manuel Villaseñor (technical adviser).

Panama: Eduardo Ernesto Holguin.

Bolivia: Arturo Pinto Escalier.

Guatemala: Manuel Arroyo.

Brazil: Carlos Chagas, Arthur Torres, Jr. (technical adviser). Joao de Laurencio (technical adviser).

Ecuador: Carlos Puig Vilassar.

Nicaragua: Manuel Cordero Reyes, Carlos Cuadra Pasos.

Colombia: Jose Camacho Carreno.

Chile: Octavio Senoret Silva, Benjamin Cohen.

Peru: Alfredo Solf y Muro, Carlos Neuhaus Ugarteche.

Cuba: Angel Alberto Giraudy, Alfredo Nogueira (alternate).

Señor Geronimo Riart of Paraguay was Chairman, and señor Augusto Aguirre Aparicio of Ecuador was Vice-Chairman of this Committee.

On the Subcommittee on the Institute were Dr. Carlos Chagas, señor Arturo Ramón Avila, Dr. Luis Morquio, the Director of the Institute, señor Carlos Cuadra Pasos, and Miss Breckinridge. Dr. John D. Long, of the Pan-American Sanitary Bureau, who had been at the Sixth Child Congress at Lima, was invited to attend, and Dr. Luis Morquio was requested to serve as Chairman. Dr. Morquio had prepared for the Conference a report on the work of the Institute, and the Subcommittee asked Miss Breckinridge, who had been at the Lima Conference, to make a special statement with reference to the Report and the Institute, and held a meeting at the Headquarters of the Institute.

It may be recalled that the Institute was created in 1927 largely as the result of action taken at the Second Pan-American Child Congress held in Montevideo in 1919, and of the Third held in Rio de Janeiro in 1922. The statutes of the Institute were approved at the Fourth Child Congress, which met in Santiago, Chile, in 1924.

Miss Breckinridge, in her statement with reference to the Report of the Director, called the attention of the Committee to the fact that one result of the prolonged and well-nigh universal misery generally referred to as "the depression," had been a fairly widespread appreciation of the fact that all the questions considered by the Conference were social problems in that a failure wisely to solve them would result in the suffering of untold and incalculable numbers of persons related to their solution in only a very remote degree. The inclusion under the term "social" of the small number of topics related to labor, child welfare, and the protection of foodstuffs, was proof that appreciation began to find formal recognition, so that evidence of a new test of the success with which questions of government, finance and economics are dealt with, would

be required by the peoples of the various American States. It was no difficult to understand why Labor and Child Welfare were the paths by which this new approach was attempted.

Before discussing either Labor or Child Welfare at length, consideration should be given to certain differences among the states in the matter of the jurisdiction to which control over these questions was entrusted, and to the differences in political theory that might dominate the thought and affect the discussion of these subjects. Reference was made to that political philosophy in accordance with which not only it seemed necessary that decisions and consequent regulations should be based on experience, which is the basis of the Common Law, but required that to the local jurisdiction should be entrusted possibly the task of formulating, certainly the task of administering, the regulations which result from this experience. Over against that view might be expressed the conviction that human nature is sufficiently understood and experience sufficiently varied on many subjects to call for certain regulations, which is the philosophy of the Civil Law, and to justify entrusting the administration under those regulations to the widest jurisdiction within which the conditions were reasonably similar. In the United States, this difference expressed itself in adherence to the Common Law and in resistance to the extension of federal activity.

No attempt was made here to set out these conflicting views. The task was looked upon as that of developing the capacity for sound and accurate social diagnosis, making possible the swiftest application of the lessons of experience to the widest practicable range of social ills. It was in the quest for that balance between the need for deliberation and the urge for courageous advance that has in it no element of the reckless, the recognition that patience must be a passion and that he that believed will not make haste, but in the fear lest deliberation degenerate into slothfulness and conservatism take the forms of cowardice, that she hoped to have these discussions to forward.

In all the American nations, she was sure there is an increasing awareness that the well-being of all the people is the interest of every individual, and urged the Subcommittee to express confidence in the Institute and recommend the expansion by the development of Social Services, at least to correspond with its Health and Educational work.

The Committee then formulated and the Conference adopted a resolution recommending that the Child Welfare Institute be organized according to the resolution of the Child Welfare Congress of Lima of 1930; that the delegates to the Institute residing in Montevideo meet at least once a year with the Director; and finally, that the annual quota of \$2,000 for each adhering country be maintained, but that in view of the present economic situation the governments may contribute a smaller amount. That resolution took the following form: (1)

(1) Report of the Delegates of the United States of America to the Seventh International Conference of American States, Montevideo, Uruguay, December 3-26, 1933. p. 219. (Appendix, 50.)

MEMORIA DEL VII CONGRESO PANAMERICANO DEL NIÑO

"WHEREAS, it is of real importance to sustain and broaden the work of the International American Institute for the Protection of Childhood, on account of its significance in American Child Welfare;

WHEREAS, the resources provided up to the present have been inadequate, because of the few adhering countries and the irregularity and deficiency of the contributions;

WHEREAS, it is advisable that all American countries cooperate, so that the influence of the Institute may be really effective;

RESOLVED:

1.—That the Institute should be organized according to the resolutions of the International Child Welfare Congress of Lima of 1930; namely, that each adhering country shall have two representatives: one a resident of Montevideo, who may or may not be a diplomatic representative, and the other a technical delegate, residing in the respective country.

2.—To consider it necessary that the delegates residing in Montevideo meet at least once a year with the Director, to become acquainted with the work of the Institute, and to take such action as they may deem appropriate. The Director may convoke a conference of the technical representatives of the adhering countries, to conduct general studies concerning the protection of childhood; the Institute to be governed by the results thereof. The conference may be held approximately every two years.

3.—The annual quota of Two Thousand Dollars for each adhering country shall be maintained. Considering the present economic situation, however, the Governments may contribute a smaller amount." (Approved December 22, 1933.) The Conference realized that among the results of the Pan-American Child Congresses, of which the Sixth was held in Lima in 1930, have been:

1.—A wider, more scientific, and more sympathetic appreciation of the importance of child life, child health, and child welfare, to the well-being of the separate nations and to the states in their collective existence.

2.—An increased body of scientific information with reference to the causes and methods of prevention of infant and maternal morbidity and mortality, the proper methods of treatment for young children, and the principles to be applied in the care of the young child; (1) and while the Conference wished to express admiration for the quality of the work done by the Institute, it recommended that as soon as practicable the scope of the work of the Institute be widened to include a Division of Social Service. The Resolution read:

"The Congress looks with satisfaction and admiration on the quality of the work done by the Inter-American Institute established at Montevideo in 1927, but deplors the limitations placed by the meagreness of its resources upon the scope of its work, and urges those states which have not contributed to consider the possibility of contributing at the earliest practicable moment and

(1) Report, p. 292

INSTITUTE FOR CHILD WELFARE

at regular intervals thereafter. The Conference expresses great confidence in the medical and educational research conducted by the Institute, and recommends that as soon as practicable the scope of the work of the Institute be widened to include a Division of Social Service. The conference recommends that, when practicable, the Institute add to the services now rendered, that of supplying, at the request of the states, consultation and advice, specially with reference to the organization and administration of public institutions and agencies intended to care for and treat the dependent child, the delinquent child, and the child of exceptional or of deficient mentality.

"The Conference urges the states not only to contribute when practicable to the support of the Institute, but to take advantage of the services of the Institute, and expresses a hope that at a not far distant day, a Child Congress may be held, at which there may be discussed:

"1.—The information resulting from scientific researches since the time of the last Congress in 1930; and

"2.—The place of the child in the civilization of the new day toward which the world is hopefully looking."

In accordance with these recommendations, the Governing Body of the Pan-American Union on September 25, 1934, sent a copy of this Resolution to all the governments of the American Republics through their representatives on the Governing Board.

EL INSTITUTO DEL NIÑO COORDINADOR DE TODAS LAS ACTIVIDADES EN PRO DE LA INFANCIA DE CADA PAIS COMO MEDIO DE PROTECCION INTEGRAL

Dr. LUIS A. SUARES,
Lima, Perú.

ENTRE los temas recomendados por la Comisión Organizadora del VII Congreso Panamericano del Niño que debe reunirse en México, del 12 al 19 de octubre próximo, encuentro en la Sección IV de Asistencia y Servicios Sociales, un punto (Nº 10) de lo más interesante, y que tiene relación directa con una ponencia que sostuvo el suscrito, como Director del Instituto Nacional del Niño, en la Primera Jornada Peruana de Nipología, y que se intitula: "Asistencia Médico-Social del Niño en el Perú."

En esta Jornada me proponía delinear las grandes actividades que desarrollan los institutos del niño como órganos técnicos de protección a la infancia y como coordinadores de todas las manifestaciones asistenciales del niño; propugné en ese trabajo, que tuvo el honor de merecer su publicación en el Boletín del Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia, la creación y funcionamiento de institutos departamentales en todo el país, como medio de centralizar para reunir en un solo haz todas las obras que propendan, directa o indirectamente, a proteger y asistir al niño en cualquiera de sus múltiples aspectos.

Basado en estas mismas conclusiones, me atrevo a someter a la consideración de este próximo certamen de México, los postulados que sostuve en Lima en enero del presente año, ampliándolos aún más, con el fin de convertir el tema en problema internacional, ya que se recomienda el Instituto Pro-Infancia como coordinador de estas actividades en cada país.

En Lima funciona desde el año de 1922 la Comisión Protectora del Niño, que substituye en todas sus atribuciones a la Junta de Defensa de la Infancia, creada por resolución suprema del 7 de abril de 1922, y en armonía con lo dispuesto en el artículo 55 de la Constitución del Estado, y que para el mejor conocimiento de sus atribuciones transcribo el texto del decreto ley, que dice:

"La Junta de Defensa de la Infancia sujetará sus procedimientos a los siguientes Estatutos:

COORDINACIÓN DE ACTIVIDADES PRO-INFANCIA

La Junta de Defensa de la Infancia es el órgano que representa al Estado en todo lo relativo a la protección y defensa de la infancia en el territorio de la República.

Para obtener estos resultados, la Junta deberá realizar las siguientes actividades:

- a). La protección de la mujer embarazada y gestante; y la puericultura intrauterina;
- b). La protección de la mujer durante el parto;
- c). La protección del recién nacido, prodigándole los socorros indispensables;
- d). La protección de la lactancia natural y la fiscalización sobre la industria de nodrizas;
- e). La protección de los niños abandonados;
- f). La protección de los niños víctimas de una paternidad moralmente en quiebra;
- g). La protección y asistencia de los enfermos;
- h). La propaganda intensa sobre las prácticas necesarias para oponerse a la mortalidad infantil;
- i). La defensa del niño contra las enfermedades infecciosas, que atacan de preferencia a la infancia, aún antes del nacimiento;
- j). La protección y asistencia de los niños anormales;
- l). La protección y asistencia de la infancia en edad escolar;
- m). La protección y asistencia de la mujer y menores obreros;
- n). La educación física obligatoria de los niños.

La Junta podrá ampliar este programa, de acuerdo con los recursos que posea, y con las necesidades de una más completa cultura física, intelectual y moral de la infancia.

De los establecimientos de protección a la infancia

La Junta de Defensa de la Infancia, para alcanzar los fines propios que se le asigna en estos Estatutos, propenderá a la creación y buen funcionamiento de los siguientes establecimientos e instituciones de asistencia.

Un Instituto Nacional del Niño, que tendrá por objeto servir de órgano técnico central a la Junta, para cuanto se relacione con los fines de ella. Este Instituto organizará la propaganda en favor de los niños, difundiendo los conocimientos elementales para la formación de la conciencia popular en las prácticas de la puericultura y centralizará las relaciones de la Junta con todas las instituciones, públicas o privadas, que existan en la República, o que se organicen en lo porvenir.

Las Maternidades y Casas de Reposo para mujeres grávidas, que sean indispensables en la República.

Los Dispensarios de Lactantes (Gotas de Leche), consultorios médicos, etc.

La Escuela de Enfermeras y Visitadoras de Higiene Infantil, así como cursos de puericultura en los centros femeninos.

Las Cuñas Maternales y demás instituciones afines.

EL INSTITUTO DEL NIÑO COORDINADOR DE TODAS LAS ACTIVIDADES EN PRO DE LA INFANCIA DE CADA PAIS COMO MEDIO DE PROTECCION INTEGRAL

**Dr. LUIS A. SUARES,
Lima, Perú.**

ENTRE los temas recomendados por la Comisión Organizadora del VII Congreso Panamericano del Niño que debe reunirse en México, del 12 al 19 de octubre próximo, encuentro en la Sección IV de Asistencia y Servicios Sociales, un punto (Nº 10) de lo más interesante, y que tiene relación directa con una ponencia que sostuvo el suscrito, como Director del Instituto Nacional del Niño, en la Primera Jornada Peruana de Nipología, y que se intitula: "Asistencia Médico-Social del Niño en el Perú."

En esta Jornada me proponía delinear las grandes actividades que desarrollan los institutos del niño como órganos técnicos de protección a la infancia y como coordinadores de todas las manifestaciones asistenciales del niño; propugné en ese trabajo, que tuvo el honor de merecer su publicación en el Boletín del Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia, la creación y funcionamiento de institutos departamentales en todo el país, como medio de centralizar para reunir en un solo haz todas las obras que propendan, directa o indirectamente, a proteger y asistir al niño en cualquiera de sus múltiples aspectos.

Basado en estas mismas conclusiones, me atrevo a someter a la consideración de este próximo certamen de México, los postulados que sostuve en Lima en enero del presente año, ampliándolos aún más, con el fin de convertir el tema en problema internacional, ya que se recomienda el Instituto Pro-Infancia como coordinador de estas actividades en cada país.

En Lima funciona desde el año de 1922 la Comisión Protectora del Niño, que substituye en todas sus atribuciones a la Junta de Defensa de la Infancia, creada por resolución suprema del 7 de abril de 1922, y en armonía con lo dispuesto en el artículo 55 de la Constitución del Estado, y que para el mejor conocimiento de sus atribuciones transcribo el texto del decreto ley, que dice:

"La Junta de Defensa de la Infancia sujetará sus procedimientos a los siguientes Estatutos:

COORDINACION DE ACTIVIDADES PRO-INFANCIA

La Junta de Defensa de la Infancia es el órgano que representa al Estado en todo lo relativo a la protección y defensa de la infancia en el territorio de la República.

Para obtener estos resultados, la Junta deberá realizar las siguientes actividades:

- a). La protección de la mujer embarazada y gestante, y la puericultura intrauterina;
- b). La protección de la mujer durante el parto;
- c). La protección del recién nacido, prodigándole los socorros indispensables;
- d). La protección de la lactancia natural y la fiscalización sobre la industria de nodrizas;
- e). La protección de los niños abandonados;
- f). La protección de los niños víctimas de una paternidad moralmente en quiebra;
- g). La protección y asistencia de los enfermos;
- h). La propaganda intensa sobre las prácticas necesarias para oponerse a la mortalidad infantil;
- i). La defensa del niño contra las enfermedades infecciosas, que atacan de preferencia a la infancia, aún antes del nacimiento;
- j). La protección y asistencia de los niños anormales;
- l). La protección y asistencia de la infancia en edad escolar;
- m). La protección y asistencia de la mujer y menores obreros;
- n). La educación física obligatoria de los niños.

La Junta podrá ampliar este programa, de acuerdo con los recursos que posea, y con las necesidades de una más completa cultura física, intelectual y moral de la infancia.

De los establecimientos de protección a la infancia

La Junta de Defensa de la Infancia, para alcanzar los fines propios que se le asigna en estos Estatutos, propenderá a la creación y buen funcionamiento de los siguientes establecimientos e instituciones de asistencia.

Un Instituto Nacional del Niño, que tendrá por objeto servir de órgano técnico central a la Junta, para cuanto se relacione con los fines de ella. Este Instituto organizará la propaganda en favor de los niños, difundiendo los conocimientos elementales para la formación de la conciencia popular en las prácticas de la puericultura y centralizará las relaciones de la Junta con todas las instituciones, públicas o privadas, que existan en la República, o que se organicen en lo porvenir.

Las Maternidades y Casas de Reposo para mujeres grávidas, que sean indispensables en la República.

Los Dispensarios de Lactantes (Gotas de Leche), consultorios médicos, etc. La Escuela de Enfermeras y Visitadoras de Higiene Infantil, así como cursos de puericultura en los centros femeninos.

Las Cuñas Maternales y demás instituciones afines.

MEMORIA DEL VII CONGRESO PANAMERICANO DEL NIÑO

Las Colonias de Convalecencia, y asimismo los Asilos especiales de prevención de las enfermedades (Colonias de vacaciones, Asilos Marítimos, Colonias de Altura, etc.).

La inspección médico-escolar.

La inspección de la lactancia mercenaria (reconocimiento de nodrizas).

Los asilos y escuelas para niños anormales, degenerados o delincuentes.

La Junta de Defensa de la Infancia formulará las reglas generales a que deben someterse obligatoriamente, en toda la República, todos los establecimientos e instituciones puntualizadas en este párrafo.

De las rentas de la Junta de Defensa de la Infancia

Forman las rentas propias de la Junta de Defensa de la Infancia, el 50% del impuesto a los espectáculos públicos, en las provincias de Lima y Callao.

El 10% del impuesto a los espectáculos en todas las ciudades de la República.

Todas las rentas creadas por decretos especiales con este objeto.

La Junta puede aceptar donaciones y legados con destino a sus fines propios, de acuerdo con las disposiciones urgentes.

La Junta presentará anualmente al Gobierno su presupuesto de entradas y de gastos para su aprobación, debiendo remitir en cada año, oportunamente sus cuentas al Tribunal Mayor de Cuentas para su revisión y aprobación.

De la autoridad de la Junta de Defensa de la Infancia

La Junta de Defensa de la Infancia tiene autoridad sobre todas las instituciones públicas o privadas, que reciban su apoyo y que se dediquen a los mismos fines que los fijados para la Junta.

Dado en la Casa de Gobierno, en Lima, a los veinticinco días del mes de abril de mil novecientos veinticuatro."

De la lectura de este decreto ley, se deduce que el Estado desde entonces se arroga la obligación de atender al niño para resolver sus múltiples problemas en forma directa y eficiente y que, por lo mismo, la Comisión Protectora del Niño tiene toda la importancia que merece y el Instituto Nacional del Niño, que obra como órgano técnico central de esta Comisión, armoniza y unifica todas las actividades que tienden a mejorar la situación del niño en todos sus aspectos.

Además, en el Perú se acaba de crear el Ministerio de Salud Pública y Trabajo, bajo cuyo nuevo organismo, funcionarán todas las instituciones de asistencia médico-social, reunidos en un solo haz y orientadas con criterio científico y unitario, y en lo que respecta al niño, mucho se espera de este nuevo Ministerio, y estamos convencidos que pronto, todas las instituciones, tanto oficiales, como semioficiales y privadas, ingresarán a formar parte de este conjunto armónico, para la protección integral del niño, dando así cumplimiento en el Perú, al llamado que en la Argentina hacía el profesor Gregorio Aragoz Alfaro, que como verdadero precursor, escribía: "Urge crear un organismo diri-

gente, sabio y ponderado, de contralor eficaz y de coordinador superior que vigile y regule el funcionamiento de todas las instituciones que tienen la misión de proteger al niño."

En nuestro país hay muchas instituciones de distinto nombre que, directa o indirectamente protegen al niño con cierta independencia técnica o administrativa, que se mantienen un tanto dispersas y aisladas unas de otras, a pesar de que existe un Instituto Nacional del Niño creado por ley, para que sirva de orientador técnico de la Comisión Protectora del Niño, que la preside el mismo Director de Salubridad Pública, en representación del Ministro del Ramo. Y esto es lo que seguramente observaba el profesor Araoz Alfaro en el país hermano, y clamaba por la unidad de acción a la que todos debemos propender como factor elemental para asistir al niño.

Observamos, por ejemplo, que en lo que se refiere a la madre embarazada que lacta y que trabaja, más de tres son los organismos que se ponen en práctica para su asistencia: son los Consultorios Maternológicos, el Hospital de la Maternidad, los Refectorios y Cantinas Maternales. Pero resulta que los Consultorios Maternológicos que sostiene la Comisión Protectora del Niño, no tienen relación con los que funcionan en la Maternidad, ni ésta con la Comisión Protectora, porque ellos pertenecen a la Sociedad de Beneficencia, dependencia de otro Ministerio; en cuanto a lo que se refiere a los Refectorios Maternales por crearse, funcionarán bajo el control del Instituto del Niño, pero ya la Sociedad que se llama del "Hogar de la Madre" ha de resentirse, sin duda, de que no están bajo su vigilancia directa, porque ella tiene, como principal finalidad, la protección social de la madre y del hijo, pero que no conserva vínculo estrecho oficial con el Instituto, ni posee recursos económicos suficientes para sostener este nuevo servicio.

Al niño en la edad pre-escolar se le asiste y educa en los "Jardines de la Infancia," que tampoco tienen relación con el Instituto, porque funcionan estos organismos como dependencias del Ministerio de Instrucción.

En la edad escolar se asiste al niño débil con un desayuno, que lo proporciona la Cruz Roja Peruana, o con un almuerzo en los Refectorios Escolares, sostenidos por la Junta Pro-desocupados, con toda independencia del Instituto del Niño.

A los niños en edad pre-escolar y escolar que necesitan clima marítimo, se les envía a la orilla del mar en las Colonias Marítimas de Vacaciones, creación generosa de nuestra primera dama, la señora Francisca B. de Benavides, que aunque al comienzo de su funcionamiento, tenían estrecha vinculación con el Instituto Nacional del Niño, en la actualidad sigue únicamente las orientaciones que les imprime su Comité de Damas.

Hay además, otras escuelas climáticas que por el hecho de ser sostenidas por la Sociedad de Beneficencia Pública y pertenecer a otro Ministerio, tampoco están relacionadas con el Instituto del Niño. Lo mismo pasa con dos Gotas de Leche que sostiene la Beneficencia por su cuenta.

El Hospital del Niño, en donde se asiste al niño enfermo, habiendo pertenecido desde su origen a la Dirección de Salubridad, está administrado con ver-

verdadera autonomía por la "Sociedad Auxiliadora de la Infancia," institución compuesta de un selecto grupo de distinguidas damas de nuestra capital, que guarda relativos vínculos con el Instituto Nacional del Niño, debido a la buena voluntad de los directores de ambas instituciones, sin que ninguna reglamentación obligue estas relaciones.

El Dispensario de Vacunación Antituberculosa, dependencia también de la Dirección General de Salubridad, funciona completamente independiente del Instituto Nacional del Niño, y aunque los Directores de ambos servicios se relacionan extraoficialmente, no hay una verdadera ley que establezca una vinculación obligatoria.

El gráfico N° 1, demuestra la organización actual.

Como se ve, no hay unidad de comando en todas estas actividades a pesar de los esfuerzos y buenos deseos de sus dirigentes; se debe legislar para propender a la unificación y así evitar que una obra tan sublime, naufrague en medio de la dispersión.

Considero que el Instituto del Niño debe ser el órgano central y coordinador de todas las actividades en pro de la infancia de cada país, por eso, debe ser investido de toda autoridad necesaria para que pueda cumplir con un cometido.

En este Instituto se estudiará al niño, no sólo desde que nace, sino que también abarcará a la madre, a quien se le señalará sus principales deberes desde la concepción hasta el puerperio, desde que el niño viene al mundo hasta que pase por los límites de su primera, segunda infancia, edad pre-escolar y escolar, no olvidando el medio ambiente en que se desenvuelve y estudiando las condiciones morales, económicas y espirituales de la familia. El Instituto divulgará los principios de profilaxis médico-social para asegurar la salud y el bienestar del niño y pondrá en práctica el conjunto de medios de que dispone la medicina para combatir las enfermedades que amenazan a la infancia.

El Instituto del Niño cuando culturiza a las masas, concurre a preparar las condiciones favorables a la edificación del hogar familiar modelo, en donde se respire el ambiente saturado de amor por los niños a quienes se respeta y se venera, no como simple expresión de un egoísmo personal que lo circunscribe a límites estrechos; sino como nuevo exponente de un elevado valor social de la época futura. Pronto llegará el momento en que la conciencia de las masas ciudadanas se mida por la protección que se prodiga al niño.

El Instituto del Niño, debe tener bajo su control directo los Consultorios Maternológicos, como centros de asistencia pre-natal, los Consultorios de Lactantes, propiamente dichos, como centro de asistencia post-natal. Los Refectorios Maternales y Cantinas Maternales, para asistir y ayudar con alimentos nutritivos a la madre embarazada y que lacta. Las Cunas Maternales, para mantener latente el vínculo de madre e hijo, mientras aquella trabaja fuera de su hogar; los Roperos Infantiles, a donde se viste al niño, modesta pero higiénicamente, y aun a la madre, proporcionándoles prendas de ropa interior.

Y debe estar el Instituto obligadamente vinculado con los Dispensarios Antituberculosos, de prevención y vacunación contra la tuberculosis; con los "Refectorios y Desayunos Escolares;" con los "Jardines de la Infancia;" con las

COORDINACION DE ACTIVIDADES PRO-INFANCIA

Colonias Marítimas y las Escuelas Climáticas; con los "Consultorios Médico-Pedagógicos;" con sus centros de observación para menores, donde son estudiados con fines particularmente profilácticos, bajo el punto de vista médico, técnico y moral, para corregir las desviaciones psíquicas y los defectos físicos; con los servicios de hospitalización y con todas las demás instituciones que directa o indirectamente atiendan a la madre o al niño, tal como se concibe en el gráfico N° 2 que acompaño.

Por consiguiente, el Instituto Pro-Infancia debe contar primero con un personal dirigente especializado, y un personal subalterno, que conozca y se sujete a todas las disciplinas dictadas en favor de la infancia. Deberá contar con una sección destinada a métodos de investigación, tanto de laboratorios químico y biológico, como antropométrico y de rayos X. Una sección de amparo legal de la madre y del niño en estado de abandono. De un centro dietético, en donde se estudiará y ensayará, antes del expendio al público, todos los alimentos destinados al niño. Se pondrá en práctica la fiscalización de las nodrizas. Sostendrá de manera permanente una escuela de servicio social especializado en la protección del niño, para su mayor comprensión y para su mayor eficiencia.

Para la prevención a la tuberculosis, tendrá un dispensario en donde se practicará la vacunación con el B. C. G.; se despistará la enfermedad en los seres que componen el ambiente que rodean al niño; contará con su servicio de trabajadoras sociales especializadas en la materia. De este dispensario, según los casos, unos saldrán a la orilla del mar, otros al sanatorio, otros a las escuelas de clima de altura, otros al pabellón de tuberculosis infantil incurable. Tendrá un "Museo del Niño," en donde no sólo se exhibirán los casos patológicos, sino también los utensilios de dietética, juguetes y prendas de vestir más baratas y apropiadas para el niño. Una sección de estadística demográfica, y una biblioteca del Instituto, sobre todo lo que se relaciona con el niño en sus diversas manifestaciones.

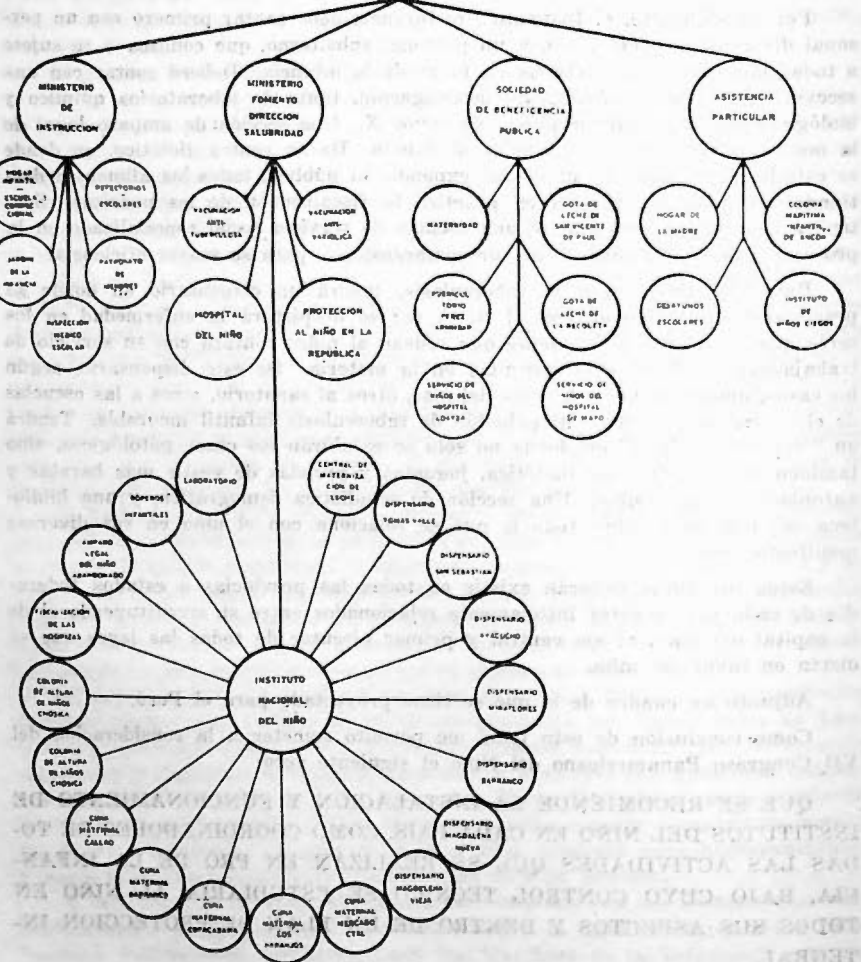
Estos institutos deberán existir en todas las provincias o estados federados de cada país y estar íntimamente relacionados entre sí, constituyendo el de la capital del país, el eje central y primer ejecutor de todas las leyes que se dicten en favor del niño.

Adjunto un cuadro de lo que se tiene proyectado para el Perú.

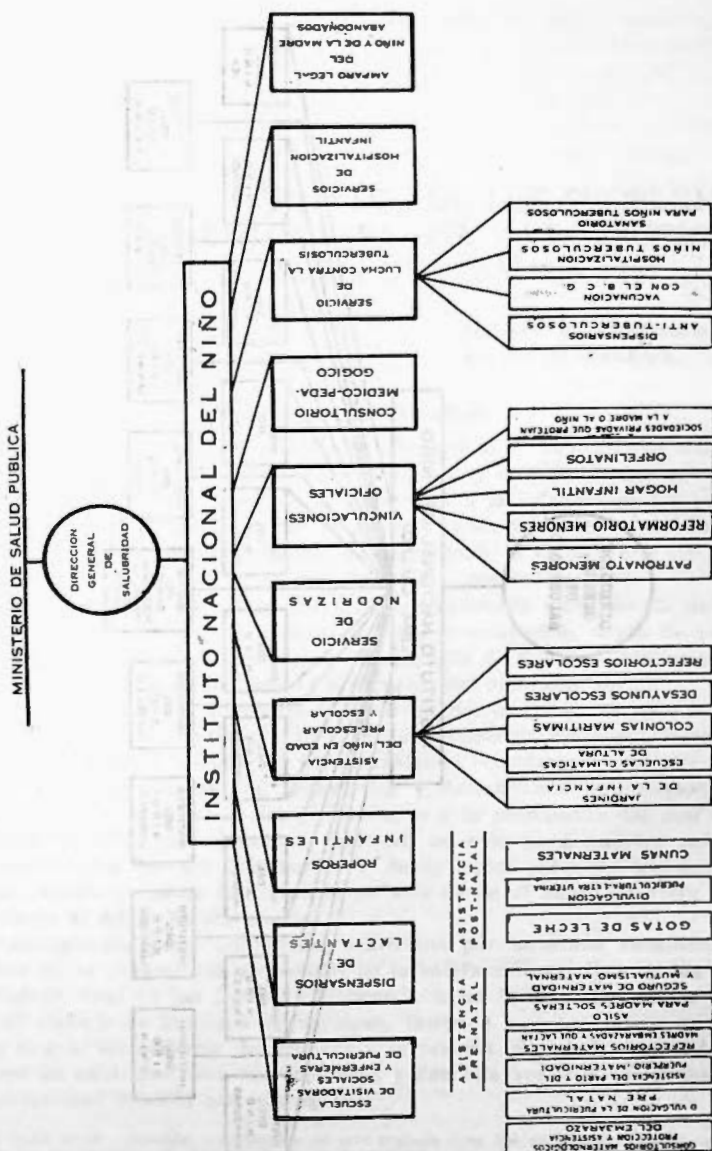
Como conclusión de este tema me permito someter a la consideración del VII Congreso Panamericano del Niño el siguiente voto:

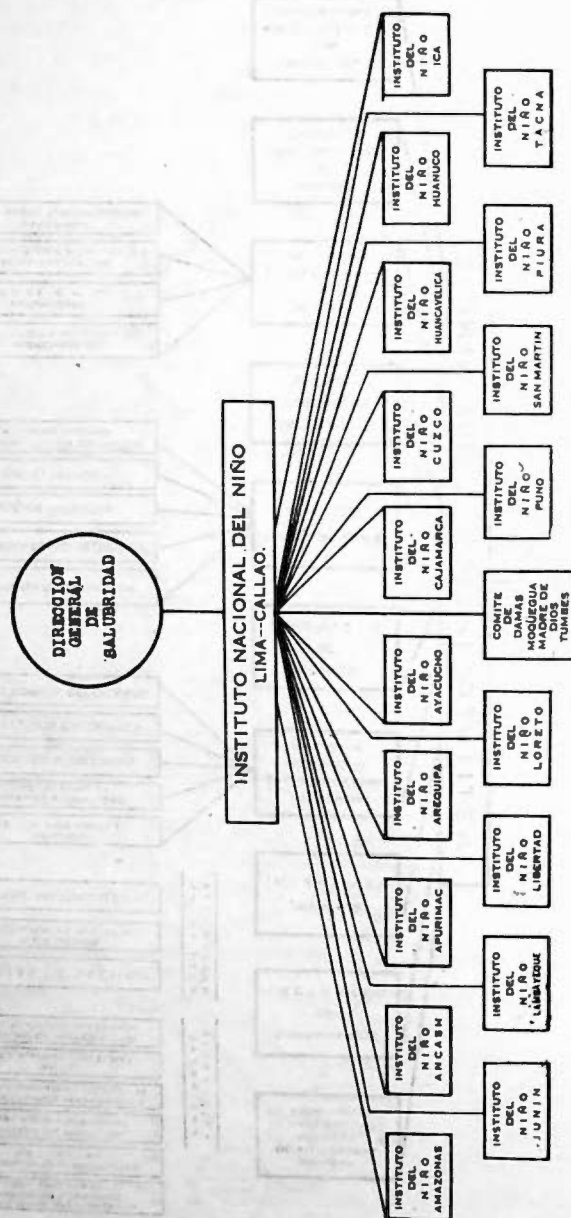
QUE SE RECOMIENDE LA INSTALACION Y FUNCIONAMIENTO DE INSTITUTOS DEL NIÑO EN CADA PAIS, COMO COORDINADORES DE TODAS LAS ACTIVIDADES QUE SE REALIZAN EN PRO DE LA INFANCIA, BAJO CUYO CONTROL TECNICO SE ESTUDIARIA AL NIÑO EN TODOS SUS ASPECTOS Y DENTRO DE UN PLAN DE PROTECCION INTEGRAL.

GRÁFICO DE
PROTECCIÓN A LA
INFANCIA EN
EL PERÚ



COORDINACION DE ACTIVIDADES PRO-INFANCIA





CONTRIBUCION AL ESTUDIO DE LOS PROBLEMAS DE LA MORTALIDAD INFANTIL Y PROTECCION A LA INFANCIA EN GUATEMALA (1)

Guatemala, Guatemala, C. A.
Dr. LUIS GAITAN,

PALABRAS LIMINARES

PARA corresponder al honor que me ha dispensado el Gobierno de Guatemala, nombrándome su Delegado a este Congreso, y contribuir con mi pequeño grano de arena a la obra colosal de la protección a la infancia en los países de la confraternidad americana, que con el general aplauso persiguen los Congresos del Niño que se han venido sucediendo, he emprendido el estudio que me complace someter a vuestra consideración tan ilustrada como indulgente.

El problema de la mortalidad infantil en Guatemala viene siendo de actualidad desde hace varios años y motivo de justa preocupación, tanto de parte de las autoridades gubernativas, como de la Institución de Sanidad Pública y de las instituciones de índole privada que se preocupan del bienestar social.

En el año de 1929, la Dirección General de Sanidad Pública, por iniciativa de la Sección adscrita que tiene a su cargo el estudio de dicho problema, lanzó una encuesta al Cuerpo Médico del país, señalando los números que nos proporcionaba la Dirección General de Estadística y demandando opiniones que nos condujeran, si no a la solución del problema, sí a la atenuación del mal que no es exagerado calificar de calamidad nacional, no sólo para nuestro país, sino también para todos los del Continente. Y desde aquel entonces traemos entre manos ese estudio de tanta importancia no sólo desde el punto de vista sanitario, sino desde el administrativo-social.

Afortunadamente para Guatemala, acariciada por un clima netamente tropical, donde no se conocen las ansiedades de la calefacción artificial y las tierras saben devolver, cual en las leyendas bíblicas, con un interés de muchos cientos por uno, el trabajo de nuestros agricultores, tampoco hay que temer, ni hemos saboreado nunca, los acíbares del hambre y la miseria. Sin duda, por eso, nuestros índices de natalidad, son muy elevados y con ella venimos compensando la enorme mortalidad infantil que nos agobia.

(1) En vista de la extensión considerable de este trabajo (que fué distribuido impreso entre los Congresistas en un volumen de 256 páginas), se reproducen aquí solamente las "Palabras Liminares" y las "Conclusiones" que fueron leídas en sesión preñaria, por el autor.

Reunidos aquí para incrementar los beneficios de la Protección de la Infancia, que como resultado final tiene que producir mucho bien a los países que se confederan para tan magno trabajo, estamos seguros de que todos y cada uno de los aquí reunidos, abundamos en el deseo de estudiar nuestros problemas y aprovechar las enseñanzas de los más experimentados; por eso no hemos tenido el menor temor de cansarnos con la reproducción de cuadros estadísticos que forman la base de nuestro estudio y enseñan, de manera patente, cuál es la situación real de nuestro problema.

Hemos creído, también, de suma importancia, el reproducir leyes y fragmentos de nuestros códigos que se relacionan con la protección a la infancia para establecer claramente que nuestro país se viene preocupando con todo empeño por la situación de nuestros niños y ha dictado leyes avanzadas, muy avanzadas, para la época en que fueron emitidas, pero que han permitido, con su aplicación, una evidente protección a la niñez.

Si con este trabajo logramos evidenciar, ante los señores Delegados de nuestros países hermanos de América, que nosotros hemos sabido hacer eco a la hermosa clarinada que nos viene llamando para formar filas en posición de convencidos avanzados para cooperar en la humanitaria campaña en favor del mejoramiento de los niños de nuestro Continente Americano, quedarán sobradamente satisfechos nuestros anhelos.

Recibid, honorables señores Delegados, en esta plausible oportunidad, mi fraternal salutación, al par que mis fervientes deseos porque el mejor de los éxitos corone los trabajos de esta Conferencia.

CONCLUSIONES

I. La Protección a la infancia en la República de Guatemala, es una función del Estado, regida por principios legales y disposiciones administrativas que se encuentran diseminadas en nuestra legislación; y se ejerce por la acción de dos organismos oficiales, adscritos al Ministerio de Gobernación y Justicia: la Dirección General de Sanidad Pública y la Dirección General de Beneficencia y Previsión Social, y por la acción de sociedades de particulares, protegidas por el Estado, que se empeñan en los mismos fines. Para una mejor eficacia en el desarrollo de todas las actividades en favor del niño, conviene que el Estado delegue todas sus funciones en la Dirección General de Sanidad Pública, para centralizar los servicios y ejercer un inmediato control, por medio de la Sección de Protección a la Infancia, cuyas dependencias pueden procurar el bienestar del niño, desde que se proyecta formarlo, con la función del Consultorio Prenupcial y los cuidados del Consultorio Prenatal, hasta llevarlo al estado de adulto, mediante la vigilancia y protección que le brindará el Juzgado para Menores.

II. Para una mejor y expedita aplicación de las leyes y disposiciones gubernativas que protegen a la infancia, es de urgente necesidad la promulgación de un Código del Niño, en el cual se consignen claramente sus derechos, recopilando lo que les concierne en nuestras leyes dictadas ya, y ampliándolas con las disposiciones promulgadas en otros países, tales como el Código del Niño del Uruguay, en lo que sea adaptable a las condiciones de nuestro país y nuestro medio social.

III. La mortalidad infantil en Guatemala, como en todos los países, es consecuencia de una serie de factores vitales y sociales, que merecen especial estudio; y la resolución de su problema debe ser objeto de especiales actividades en la Sección de Protección a la Infancia de la Sanidad Pública.

IV. Como resultado del estudio de la mortalidad infantil en Guatemala, hemos llegado al convencimiento de que el factor más importante de esta calamidad nacional, es la ignorancia de nuestras mujeres de todo lo que se refiere a maternología en especial, y de los principios más elementales de higiene general. Para poder combatir nuestra mortalidad infantil sobre terreno seguro y firme, que nos permita alcanzar un éxito positivo, es necesario emprender, con toda actividad, una cruzada contra la ignorancia, llevando la educación sanitaria directamente a los hogares, sean de población urbana o rural, por medio de nuestras enfermeras sanitarias visitadoras polivalentes.

V. La acción educativa de nuestras enfermeras sanitarias visitadoras polivalentes, como elemento de campaña activa que sabrá llevar su verbo directamente a todos los hogares, en una labor de enseñanza teórico-práctica, deberá reforzarse con la acción cooperativa de todos los sectores sociales, que están en el deber de enlistarse por patriotismo y por humanidad, en esa cruzada de educación sanitaria higiénica, que dará por resultado el formar conciencia sanitaria en todo el país.

VI. Las cifras de mortinatos y de niños fallecidos de debilidad congénita, que constituyen un renglón fúnebre en nuestras estadísticas de mortalidad de niños menores de un año, nos obligan a demandar los cuidados sanitarios del binomio "padre-madre," por medio de los Consultorios Prenupciales, y los del binomio "madre-niño" por medio de los Consultorios Prenatales. A este respecto, creemos necesario también la promulgación de una ley que declare denunciable el embarazo, para que la Sanidad Pública lo pueda conducir por el sendero higiénico-preventivo, con sus cuidados prenatales, y le dé cierta consagración a la mujer encinta, que le permita tener derecho a consultas gratuitas, si las necesita, en cualquier consultorio, sea oficial o de particulares.

VII. En lo que se refiere a servicios natales, para una mayor eficiencia, proponemos que se doble el número de camas en las Maternidades de nuestros hospitales y se establezca un servicio de parteras cantonales que presten servicios gratuitos a los pobres que no pueden alcanzar el servicio hospitalario.

VIII. En vista de los favorables resultados que se han logrado en los campamentos de la Compañía Frutera, con el uso de leches conservadas, como substitutos de los atoles y sopas que usa nuestro pueblo para la alimentación mixta de los lactantes, que constituye el origen de desórdenes gastrointestinales que siegan la vida de muchos niños, debe trabajarse por la importación libre de dichos preparados, previa declaración de la Sanidad Pública, y la recomendación de interesar a nuestros productores de ganado vacuno, en la formación de empresas que se dediquen a la preparación de leches conservadas, para ponerlas al alcance de todas las fortunas y poder así favorecer la buena dirección de la alimentación mixta de los infantes, al término de la lactancia materna, único medio recomendable para criar a los niños.

MEMORIA DEL VII CONGRESO PANAMERICANO DEL NIÑO

IX. Para atenuar los efectos mortíferos del paludismo y del parasitismo intestinal, debe proseguirse, como se ha venido haciendo, la campaña preventiva y curativa de dichos flagelos con toda intensidad.

X. Muy lejos de nosotros, al abordar este tema, la pretensión de haber podido considerar los múltiples aspectos de su carácter polifacético. Pero si los datos estadísticos acumulados, las leyes y disposiciones gubernativas reproducidas, y los conceptos vertidos, llevan a los señores Congresistas al convencimiento de que Guatemala y su Gobierno se interesan grandemente por la protección de la infancia y están dispuestos a una cooperación efectiva en la obra de panamericanismo que se persigue en este Congreso, habrán quedado altamente satisfechos nuestros anhelos.

SUMMARY AND CONCLUSIONS

I. Infant protection in Guatemala is a function of the State, subject to laws and regulations scattered throughout our legislation. This function is carried out through the action of two government Offices attached to the Department of the Interior; i. e. the Public Health Department and the Department of Charity and Social Welfare, and by the works of private societies engaged in similar activities under the protection of the State. To attain more efficiency in the development of all activities related to infant welfare, the State should turn over to the Department of Public Health all duties to centralize the proper services and exert direct control by means of a Section of Infant Protection. This Section could attain more efficiency in the endeavour to the welfare of the child, beginning from the very time of his conception, through the assistance of the Prenuptial and Prenatal Clinics, and up to the time when he will reach maturity, through the supervision and protection given him by the Juvenile Courts.

II. In order to make possible a better and prompt application of the laws and regulations protecting the infant, there is an urgent need of issuing a Code of Laws for the Children, in which their rights were clearly stated. Such a Code of Laws could be made up by compilation of the proper items of existing laws, supplementing them with regulations similar to those published in foreign countries, such as the "Código del Niño del Uruguay," through an intelligent selection of all that could be adaptable to the conditions of the country and to its social development.

III. Infant mortality in Guatemala, as in every country, is the result of several vital and social forces deserving special consideration, and the solution of the problem calls for special works of the Section of Infant Protection under control of the Public Health Department.

IV. From the study of infant mortality in Guatemala we have come to the conclusion that ignorance among our women is the most important factor favoring this country-wide calamity; specially ignorance about all facts related to motherhood and the fundamental principles of hygiene. To fight against infant mortality on solid grounds, which is the only way to succeed, it is necessary to

PROTECCION A LA INFANCIA EN GUATEMALA

undertake a most active crusade against ignorance, bringing the sanitary education both to the rural and urban homes through our Generalized Visiting Nurses.

V. As an element of active campaign our Generalized Visiting Nurses will bring their personal knowledge to all homes in the accomplishment of theoretical and practical teaching. However, their educational action will have to be supplemented by the cooperation of all community forces, whose duty is to enlist themselves in the human and patriotic crusade pro-sanitation and hygiene. This, as a result, will bring about the formation of a SANITARY MIND throughout the country.

VI. The figures of stillbirths and those showing infant mortality under one year due to congenital weakness, both of which appear as a lamentably large index in our statistical records, call for an urgent start in the hygienic care of the binomial Father-Mother through the Prenuptial consultories, as well as that of the binomial Mother-Child through the Prenatal Clinics. In this respect we think that it is also necessary to enact laws to make the reporting of pregnancy obligatory, so that the Public Health Department will be able give the proper prenatal care thus guiding the expectant mother in accordance to hygienic and preventive rules; and to bestow upon them certain privileges including the right to free clinics in case of need, either in government or private consultories.

VII. To improve the efficiency of the natal care, we suggest the number beds in the maternity services in our hospitals to be doubled, as well as the creation of a service of Visiting Midwives to render free service to the poor unable to get it in hospitals.

VIII. In view of the good results obtained in the camps of the United Fruit Co. with the use of preserved milks as a substitute for "atoles" and soups used by our people in the mixed feeding of babies, which method brings about gastrointestinal disorders resulting in the death of many children, an effort should be made to obtain free duty on the import of such preserved foods as would be recommended by the Public Health Department. Our cattle producers should also be interested in the production of preserved milk so as to make its price within the reach of the poorer class. These measures would improve the present method of mixed feeding of infants at the ending of the breast feeding period, which improvement is most advisable since this is the only way to successfully nourish children.

IX. To lessen the deadly effects of malaria and intestinal worms, the preventive campaign and the treatment of patients should be continued as efficiently as it has been carried out up to the present data.

X. In taking up the present problem we are far from pretending to have been able to accomplish the study of the various aspects of its multifaced nature. Our eagerness will be fully rewarded if the statistical data gathered; the Laws and Regulations included, and our own words, will bring to our colleagues the conviction that Guatemala and her government are greatly interested in the protection of infancy, and prompt to lend an effective cooperation in the works of Panamericanism pursued by the present Convention.

PROTECCION A LA INFANCIA VS. MORTALIDAD INFANTIL

Medidas para solucionar el problema de la pérdida de vidas y el de la protección moral y material a los niños, especialmente en las clases humildes.

Abog. FRANCISCO DE A. BENAVIDES.
México, D. F.

A L estudiar los problemas de la población en la República Mexicana nos encontramos que el más serio es, sin duda, el que el país está completamente despoblado, puesto que su población relativa es escasamente de ocho habitantes por kilómetro cuadrado. Durante la época de evolución social por la que hemos venido atravesando a partir del año 1910 no se ha apreciado debidamente lo que esa falta de población significa; pero, a medida que se vaya normalizando la vida de la Nación, tiene que irse sintiendo la intensidad del problema.

El crecimiento fisiológico de la población en México es casi nulo, no tanto por baja natalidad, dado que de hecho el coeficiente de natalidad es alto, sino por el exceso de defunciones, principalmente entre los niños.

El promedio de nacimientos en la República es de setecientos mil por año y el de defunciones de cuatrocientos veinte mil, representando las defunciones de niños de cero a catorce años casi un cincuenta y siete por ciento de las defunciones totales, por lo que no hay de aumento fisiológico más que un promedio de doscientos ochenta mil por año, cifra muy reducida si consideramos que la mayor parte de las pérdidas de vidas se registran entre los niños, restando así elementos para los aumentos futuros de población, desde el momento que el crecimiento de población se desarrolla en forma semejante al interés compuesto. Cada vida de niños salvada es un elemento más para los futuros aumentos de la población.

Los países que han arrojado los más altos coeficientes de natalidad en los últimos años han sido: Egipto, 42.9; México, 43.9, y Puerto Rico, 45.3, por mil habitantes. Por lo que toca a mortalidad, tenemos: Rusia (U. R. S. S.), 24.1; México, 25.9, y Egipto, 26.8, por mil habitantes.

Durante el primer año de vida y siempre que las condiciones sean normales, desaparecen en promedio ciento tres mil niños y las cifras oficiales de estadísticas sobre defunciones nos demuestran que de las defunciones totales un cincuenta por ciento corresponde a niños de cero a cuatro años de edad. Aprovechando los datos oficiales, llegamos a la conclusión de que sobre la po-

PROTECCION A LA INFANCIA Y MORTALIDAD INFANTIL

blación infantil dentro de esas mismas edades (cero a cuatro años) se registran defunciones en la forma siguiente:

De menores de un año de edad.....	16 %
De un año	14.3%
De dos a cuatro años.....	3.2%

Ahora bien, las cifras de mortalidad específica nos dicen que cerca del cincuenta por ciento de las defunciones de niños se deben a enfermedades del aparato digestivo y del aparato respiratorio.

Analizando las cifras obtenidas se llega a la conclusión de que de los setecientos mil nacimientos que se registran anualmente solamente un 63% llega a los catorce años, y eso siempre que las condiciones de vida sean normales.

Todas las anteriores observaciones nos hacen palpable la necesidad de hacer encuestas especiales, desde el punto de vista socio-demográfico, para investigar las causas fundamentales de la mortalidad infantil, es decir, para comprobar las que suponemos las constituyen y que a grandes rasgos podemos señalar: a), condiciones económicas de las familias; b), condiciones higiénicas de las habitaciones, y c), falta de preparación de la mujer para la maternidad.

Desde el punto de vista económico, la pérdida de vidas afecta profundamente a la riqueza económica del país. En efecto, todo individuo representa un gasto desde que nace hasta que está en condiciones de producir y, con relación a ese gasto, también representa un valor, calculable en dinero, es decir, todo individuo tiene un valor que sumado al de los demás individuos forma parte de la riqueza económica de una nación.

En las sociedades avanzadas en que vivimos los factores de la producción son: la naturaleza, el trabajo (o sea el hombre), el capital y la organización. El hombre, considerado como máquina productora, tiene un valor económico y, naturalmente, como toda máquina requiere gastos y cuidados especiales para ponerla en estado de producir; por tanto, todos los gastos hechos hasta que puede producir no se pierden, sino que son reintegrados con creces a la familia, a la sociedad y al Estado. El valor del hombre depende de su capacidad productora, la cual varía año con año.

El trabajo está constituido especialmente por los obreros y campesinos, clase humilde que representa un alto porcentaje en la población del país. Tomando por base un jefe de familia con presupuesto de setenta y cinco pesos mensuales, podemos calcular como promedio de su capacidad productora la suma de novecientos pesos por año; estimando que su mayor actividad se desarrolla a los cuarenta años, representa un valor en bruto de.....\$ 22,500.00 de los que hay que descontar las sumas invertidas en su formación

de los 0 a los 15 años de edad, aproximadamente.....	3,080.00
queda la suma de	19,420.00
deduciendo además un 40% por el tiempo que estuviere improductivo (enfermedades, falta de trabajo, etc.).....	8,820.00
Resulta un valor a los cuarenta años de edad para un individuo de la clase humilde, de	10,600.00

MEMORIA DEL VII CONGRESO PANAMERICANO DEL NIÑO

Considerando que un individuo de la clase humilde comienza a producir a los quince años, su valor varía de \$ 3,080.00 a los quince años, ascendiendo año con año hasta llegar a la cifra de \$ 10,600.00 a los cuarenta y descendiendo después cada año hasta marcar \$ 4,584.00 a los sesenta.

En la misma forma puede calcularse el valor dentro de las distintas capacidades productoras, habiendo tomado como ejemplo una de las clases más humildes.

Demostrado ya lo que significa la pérdida de vidas para los aumentos futuros de población y para la riqueza económica del país, es incuestionable que debe atacarse el mal en su base fundamental y esto solamente se consigue con una adecuada protección a la infancia, protección que debe iniciarse desde el período pre-concepcional y llevarla cuando menos hasta los catorce años de edad. Tal protección se debe impartir a la madre y al niño no solamente desde el punto de vista nosográfico, sino también desde el punto de vista moral, de tal manera que no solamente se salven vidas de niños, sino que se vaya creando una nueva generación de seres sanos y fuertes y que hasta los catorce años de edad reciban una amplia protección y ayuda moral y esto solamente se conseguirá por medio de un amplio y eficaz servicio de protección a la infancia, por un organismo, a ser posible apartado de toda organización burocrática, encargado de resolver todos los problemas que afectan a la madre y al niño, principalmente dentro de las masas humildes, dentro de los elementos obreros y campesinos.

En México algo ha hecho ya el Departamento de Salubridad Pública, por medio de su Servicio de Higiene Infantil; pero todavía es muy poco, casi nada, con relación a lo que necesitamos. Los beneficios de la protección a la infancia impartida por el Departamento de Salubridad apenas llegan a un uno por ciento de las madres y de los niños que lo necesitan, y debe hacerse llegar a todas partes, principalmente a los centros industriales y al campo.

Para que se tenga éxito hay que encomendar la solución del problema a un organismo especial, declarar que es función social del Estado la protección a las madres y a los niños y expedir una ley de observancia general en todo el país, es decir, una Ley Federal.

Seguramente que la mayoría de los países americanos, principalmente los de estructura demográfica semejante a la nuestra, tienen los mismos problemas que la República Mexicana y al presentar al VII Congreso Panamericano del Niño este modesto estudio, me permito someter a su consideración las siguientes

CONCLUSIONES

Primera.—Problema de urgente resolución es atacar en sus bases fundamentales la intensa mortalidad infantil, en países de estructura demográfica semejante a la de los Estados Unidos Mexicanos.

Ségunda.—La solución del problema debe descansar en una amplia y eficaz protección a la infancia, partiendo del período preconcepcional y llevándola cuando menos hasta los catorce años de edad.

PROTECCION A LA INFANCIA Y MORTALIDAD INFANTIL

Tercera.—Declarar que es función social del Estado la protección a las madres y a los niños.

Cuarta.—La protección a las madres y a los niños debe intensificarse en los centros industriales y en el campo.

Quinta.—La protección a la infancia debe encomendarse a un organismo especial, a ser posible alejado de toda organización burocrática.

Sexta.—Es de recomendarse que la dirección de la protección a la infancia sea a cargo de un comité expresamente formado para el objeto o bien a un departamento autónomo.

Séptima.—Debe expedirse por los Gobiernos de los diversos países un Código o Ley especial sobre protección a la infancia.

Octava.—Es de recomendarse que en México se expida un Código Federal de protección a la infancia.

ANTECEDENTES DE LA OBRA DE PROTECCION A LA INFANCIA EN MEXICO

Dr. ALFREDO M. SAAVEDRA,
México, D. F.

LARGA es la relación de hechos que vienen a afirmar la actuación de México en la obra de protección a la infancia; en ella se han destacado figuras de representación filantrópica y de visión social muy dignas de recordarse, con más insistencia ahora que se trata precisamente de afirmar, en este VII Congreso Panamericano del Niño, la gestión de las ciencias médico-sociales, para guardar la energía potencial que está representada en la niñez.

Desde el año de 1522 se inicia al través de la instrucción, que empezaba a difundirse por los frailes que llegaron a la Nueva España. La primera escuela fué establecida en el continente por Fray Pedro de Gante, en la ciudad de Texcoco; el año de 1529 funda el mismo fraile el famoso Colegio de Indios, junto al convento de San Francisco y contiguo a la capilla de Belén de los naturales; más tarde, establece el Colegio de Niñas en donde se educaban las pobres.

En el año de 1531 D. Vasco de Quiroga establece cerca de la ciudad de México un hospital, un asilo y una cuna de niños expósitos, al mismo tiempo que un colegio bajo el rubro de Santa Fe, adelantándose un siglo a su época y llenando con estas obras una imperiosa necesidad, dadas las circunstancias que afligían estas tierras, diezmadas por el hambre, la guerra, la peste y la miseria. Cuando fué obispo de Michoacán, fundó una escuela en Pátzcuaro, que al pasar a Valladolid la Sede del Obispado se convirtió en el famoso Colegio de San Nicolás, fundiéndose con el de San Miguel.

El señor D. Sebastián Ramírez de Fuenleal, Presidente de la Segunda Audiencia, y el Obispo Zumárraga, con el nombre de Santa Cruz de Tlaltelolco, fundaron un colegio para indios; después el mismo obispo estableció un colegio para instruir a las niñas, en la ciudad de Texcoco, bajo la dirección de religiosas expresamente traídas de España. Esto sucedía en el año de 1532.

En el de 1563 abrió sus puertas el insigne colegio de San Juan de Letrán, cuando era virrey de la Nueva España D. Antonio de Mendoza, colegio que fué sostenido por el propio monarca español y admitía en sus principios sólo a los niños desheredados; durante el mismo Gobierno Virreynal se estableció un asilo para huérfanas con el nombre de Colegio de Santa María de la Caridad.

que después se le conoció por el Colegio de Niñas, fundado en el año de 1584, por la Cofradía del Santísimo Sacramento.

En el año de 1567 Fr. Bernardino Alvarez, que tanto se distinguió también como sus antecesores, por su ardiente celo caritativo, que es una de las figuras más pintorescas de su época y de carácter mejor definido como español, comienza a edificar su Hospital General para convalecientes, que después fué Hospital de San Hipólito en la calle de la Celada, hoy Venustiano Carranza, y en él estableció una escuela para los niños; la atendían los viejos maestros cansados e inútiles que ganaban así su sustento, y también algunos "hermanos" de la Comunidad de Fr. Bernardino Alvarez.

Después de estos esfuerzos aislados, pero todavía como preliminares, debe mencionarse para iniciar cualquier relato a este respecto la singular figura de D. Pedro López, licenciado en medicina en la Península y el primero en doctorarse en la Real y Pontificia Universidad de México por el año de 1553, quien no contento con haber fundado el hospital para los presos de S. Lázaro, a pesar de un sin fin de dificultades, logra edificar en 1528, en el mismo lugar donde ahora se encuentra el Hospital Morelos, una ermita, un hospital y una casa para niños expósitos, sesenta años antes que Vicente de Paul estableciera en París una institución similar.

En el año de 1548 se reconocieron oficialmente los derechos de tal fundación, que ya estaba bajo el amparo de una cofradía llamada de "Nuestra Señora de los Desamparados;" así quedó desde entonces esa institución para albergar mulatos, mestizos libres y en donde también se atendían y curaban muchos niños de los expósitos. Esta obra subsistió hasta el año de 1694.

En el año de 1731, durante un lapso de tres meses, ocho misioneros franciscanos establecieron en la ermita de Necatitlán (Cinco de Febrero y Cuauhtemotzín) un hospicio que posteriormente fué el Colegio Apostólico de San Fernando. Poco más tarde se estableció en el sitio ocupado por dicha iglesia frente al Jardín de Guerrero actualmente.

En el año de 1754 se terminó la edificación del Hospital de los Betlemitas, los que se dedicaron a la enseñanza de las primeras letras con tal furor, que se hicieron famosos por el rigor con que trataban a los niños.

Después debe ocuparnos el nombre del capitán D. Francisco de Zúñiga, cuando mejorando el Hospicio de Pobres (que fundó el año de 1763 la generosidad de D. Fernando Ortiz Cortés, después de la Real Orden de 1745, cuando se declaró la Ley de Vagancia para los muchachos errabundos), establece la escuela patriótica con el fin de educar separadamente a los "niños honrados de los delincuentes," se decía entonces, obteniendo que por el hecho de ser alumno de tal establecimiento ganaran condiciones y título que los redimiera de ser plebeyos, cosas de la época. Esta escuela era sostenida con fondos particulares del Arzobispo Núñez de Haro y Peralta, del Venerable Deán y del Cabildo, que contribuían con seiscientos pesos, así como el Ayuntamiento Metropolitano que también le asignó renta mensual, y otras fuentes de ingreso. El Capitán Zúñiga, a su vez, le dotó con doscientos cincuenta mil pesos y la tercera parte del trabajo de sus minas.

MEMORIA DEL VII CONGRESO PANAMERICANO DEL NIÑO

De modo muy especial debe mencionarse en este orden la fundación de la Casa de Cuna, efectuada por D. Francisco Lorenzana y Buitrón, Arzobispo de México, que desde el año de 1756 viene funcionando con singular regularidad.

Desde 1732 se proyectó establecer el Colegio de San Ignacio de Loyola por la Asociación de Nuestra Señora de Aranzazú, y en 1767, a promoción de D. Francisco Echeveste, D. Manuel Aldaco y D. Antonio Meave, se fundó dicho establecimiento, el Colegio de las Vizcaínas, a la fecha Colegio de la Paz, para albergar y dar instrucción a niñas, señoritas y viudas.

En 1894 el virrey D. José de Iturrigaray inaugura el Departamento de Partos Ocultos o Reservados, anexo a la Casa de Maternidad. Los niños que nacían en ese lugar eran trasladados a la Casa Real de Expósitos, previo consentimiento de la madre.

En 1841 D. Manuel Eduardo Goroztiza establece, con fondos del Ayuntamiento, una casa correccional anexa al Hospicio de Pobres.

En enero de 1850 el General D. José Joaquín Herrera, bajo el conducto de don José María Lacunza, Ministro de Relaciones y Gobernación, establece el Tecpan de Santiago para la corrección de los menores delincuentes, que más tarde se llamó Colegio Correccional de San Antonio, después Escuela Industrial para Huérfanos y actualmente Escuela Industrial Vocacional.

El día 15 de abril del año de 1861 se promulga una ley para instalar una escuela de sordomudos, bajo el Gobierno del Presidente Juárez, siendo Ministro de Instrucción Pública D. Ignacio Ramírez. Esta escuela se abrió en la época de Maximiliano, el año de 1866.

El día 9 de noviembre de 1861 el Soberano Congreso de la Unión, siendo Presidente de él D. Manuel Dublán, expide el decreto creando un Hospital de Maternidad e Infancia que se empezó a instalar miserablemente en vista de las condiciones económicas del Gobierno en aquella época; para esto el C. Presidente de la República D. Benito Juárez, por conducto del Director de la Beneficencia D. Marcelino Castañeda, designó a una comisión integrada por D. Gabino Bustamante y D. Juan Navarro, para que estudiara el lugar en donde poder instalar una casa de maternidad y un hospital para niños, habiéndose escogido el Hospital de Terceros (en donde ahora se encuentra la Oficina Central de Correos); pero más tarde llegó a establecerse en la calle Nueva (después calle Ancha y hoy calle de Luis Moya).

Por Decreto Imperial del día 7 de junio de 1865, expedido en la ciudad de Puebla, a instancia de la Emperatriz Carlota Eugenia, se inauguró un año después, en la primera calle de Revillagigedo, una casa de maternidad con cupo de cien camas y anexa a ella se construyó un departamento para la Casa Asilo de San Carlos, en donde las pobres dejarían a sus hijos mientras asistían al trabajo, recibiendo en el asilo alimentos y educación, pero esta obra fracasó a causa de los acontecimientos políticos de la época.

Al triunfo del Gobierno Republicano, el C. Presidente D. Benito Juárez designó al señor Dr. D. Ramón Pacheco para encargarse de la Casa de Maternidad y Hospital de Niños que había sido creada por el Decreto de 1861.

PROTECCION A LA INFANCIA EN MEXICO

Estando el Dr. Pacheco al frente de la dirección de la Casa de Maternidad y Hospital de Niños, débese a él la fundación más formal del Primer Hospital de Niños en México; utilizó el Asilo de San Carlos para ampliar los servicios de maternidad y en terreno colindante construyó local aparte para hospital de niños, con la cooperación de doña Luciana Arrazola de Baz, que ya era a la sazón partera de la maternidad; esto sucedía el año de 1867.

Era concejal del Ayuntamiento de la ciudad de México y formaba parte de la Comisión de Beneficencia D. Luis Fernández Gallardo, cuando a su iniciativa, el año de 1868, se creó un departamento anexo al Hospital de San Andrés, dedicado a la atención de los niños enfermos; a esta obra puso sus manos otra vez una mujer, Sor Juana de Antía, superiora de las hermanas que servían en el mencionado hospital; también don Pío Bermejillo contribuyó con muebles y ropa en esta obra que beneficiaría a los niños, siendo su administrador el benéfico D. Juan Abadiano.

Nombróse al Dr. D. Eduardo Licéaga médico de este departamento, ya que había ganado la plaza por oposición; pero, a la sazón, el doctor Carlos Pacheco era elegido Munícipe del Ayuntamiento de la Capital y rindiendo un informe a todo punto desfavorable acerca de las condiciones higiénicas en que se encontraba el Departamento de los Niños en el Hospital de San Andrés, el Ayuntamiento de la Ciudad acordó, cumpliendo con los deseos del doctor Pacheco, que la Sección de Niños que se encontraba en el Hospital de San Andrés pasara a la Casa de San Carlos, adjunta a la maternidad y como un departamento de ésta.

El día 17 de junio de 1869 se inaugura por el Ayuntamiento el Nuevo Hospital de Infancia, habiendo sido designado director de la maternidad el doctor Pacheco y médico del Hospital de Niños el doctor Eduardo Licéaga.

Al tesón de la señora de Baz se debió la organización de funciones teatrales y algunas otras diversiones honestas, para cubrir el déficit del escaso subsidio de que disfrutaba el hospital.

En el mes de marzo de 1869 el Gobierno de don Benito Juárez donó al Ayuntamiento de Tepeaca, Puebla, un edificio para establecer en él una casa de corrección y una escuela de artes.

El día 24 de marzo de 1870 don Ignacio Trigueros, particularmente, establece la Casa de Ciegos que en mayo de 1871 se la reconoce como un establecimiento oficial.

En el año de 1878 la señora doña Carmen Romero Rubio de Díaz, esposa del C. Presidente de la República, establece la Casa Amiga de la Obrera para dar asistencia y educación a los hijos de las trabajadoras de la ciudad, que durante 15 años estuvo bajo su protección económica.

En el año de 1889 se establece el primer dormitorio público, bajo los auspicios del doctor Francisco Díaz de León, en el callejón del Ave María en la casa número 5. Luego se fundó otro en la calle de San Miguel, y el 4 de noviembre de 1927 establece uno la Beneficencia Pública.

Sin detenernos, dada la extensión de este trabajo, sino de un modo somero acerca de las condiciones especiales del tiempo, que corresponden a dichas ins-

MEMORIA DEL VII CONGRESO PANAMERICANO DEL NIÑO

tituciones desde el punto de vista de la beneficencia, considerando apenas el aspecto sanitario, he pretendido señalar únicamente los hechos más salientes que caracterizan la época, hasta llegar al año de 1905, en que el 5 de febrero se inaugura el Hospital General de México, en donde se concentran todos los niños del viejo Hospital de la Infancia, en un pabellón especialmente dedicado a ellos.

El día 17 de septiembre del mismo año se inaugura el edificio especialmente construido en la calzada de Tlalpan para el Hospicio de Pobres, que después se denominó Hospicio de Niños y actualmente, desde el año de 1930, Casa del Niño.

En el año de 1911 el doctor Germán Díaz Lombardo instala en el Hospital Juárez una sala especial para la atención de los enfermitos, que antes estaban diseminados por los distintos departamentos del establecimiento.

En el mes de abril del año de 1920 el VI Congreso Médico Nacional, reunido en la ciudad de Toluca, en su resolución número XII, dice: "Es urgente que las autoridades sanitarias de las escuelas, asilos infantiles, hospicios, salas hospitalarias de pediatría y consultorios públicos, estudien cuidadosamente a todos los niños, con el fin de investigar la existencia de las vegetaciones adenoides y tratarlos debidamente. Se excita al Cuerpo Médico Nacional de todo el país para que haga iguales investigaciones en la clientela civil. Conviene que los datos relativos se envíen al Departamento de Salubridad Pública para la formación de las estadísticas correspondientes." Doctor Miguel R. Soberón.

Esto no encierra, de ninguna manera, el estudio de un problema fundamental de la infancia en México.

Después, ya como hecho que inicia nueva labor, la señorita doctora Antonia L. Ursúa inaugura la cátedra de puericultura en la Escuela Nacional de Enseñanza Doméstica y pugna porque se incluya la misma asignatura en la Escuela Normal para Maestros en el año de 1921.

Como origen de los estudios hechos por Congresos formales para la protección de la niñez en México, debe mencionarse la reunión que con este exclusivo objeto se celebró por primera vez en México, el mes de enero del año de 1921, bajo el patrocinio de "El Universal," y a iniciativa de su Director el señor ingeniero don Félix F. Palavicini, fecha de donde parten efectivamente las soluciones que se han dado a los problemas de la infancia en México, tal ha sido su repercusión.

En las bases de este primer e importante Congreso se hicieron figurar las siguientes secciones: de Eugenesia, Higiene, Legislación y Pedagogía, y se invitó a constituirlo a todas aquellas personas que se interesaran por el bienestar físico y moral del niño. Se presentaron a este Primer Congreso Mexicano del Niño 96 trabajos, habiendo hecho el relato general de las labores el señor doctor Francisco Castillo Nájera.

Sin poder hacer un estudio de todas las ponencias que se discutieron y que fueron presentadas por verdaderos laborantes en cada una de sus secciones, voy sólo a referirme a las conclusiones a que se llegó en aquella ocasión, que demuestra que no son del todo inútiles las labores que conducen a iniciativas

en los senos de los Congresos; ya en el transcurso del tiempo hemos tenido la satisfacción de ir presenciando su realización como prueba de la necesidad imperiosa que se sentía, ya que sólo faltaba el impulso inicial de su estudio, que después llamaría la atención de quienes habrían de realizarlo dentro de cada sector.

Se pugnaba entonces dentro del seno de aquel Congreso, por la reforma del artículo tercero constitucional, pidiendo que se expresara del siguiente modo: "La enseñanza es libre, sin más limitaciones que las que reclama el respeto a las creencias ajenas y a las instituciones sociales." Pedíase la intervención del Estado para vigilar "que los alumnos reciban una educación eficiente para señalar un minimum de conocimientos y para evitar que, a pretexto de inculcar ideas religiosas, se menoscabe el respeto a las creencias ajenas y a las instituciones republicanas."

Se pedía la institución del día del árbol y del día del ave; que se impartiera enseñanza de la puericultura en los establecimientos docentes de niñas y en los centros sociales en general; el establecimiento de una maternidad, de consultorios para mujeres embarazadas y para niños y el establecimiento de la Gota de Leche.

La redacción de una cartilla de puericultura destinada a las madres para distribuirla profusamente; la intensificación de la cultura física en las escuelas y la difusión general de la higiene a los padres de familia; el estudio y la educación por separado de los niños anormales; la obra de educación antialcohólica en la escuela; la organización de las escuelas como centros de preparación para el servicio social; la fundación de "Casas Amigas de la Obrera" o "Escuelas Hogares," para cuidar de los niños de las madres trabajadoras; la creación de escuelas granjas y el establecimiento de un internado modelo; la mejoría del sueldo del maestro; la promoción de una reforma constitucional que declare la educación pública como función ineludible del Estado; la protección de los niños trabajadores menores de 14 años que no hayan concluido su instrucción primaria; la inamovilidad del magisterio y el escalafón riguroso; la creación de un hospital de niños; la asexualización de los criminales; la investigación científica de los problemas biológicos de la herencia en nuestro medio, particularmente del mendelismo; la enseñanza post-escolar de la eugenesia, especialmente en la mujer mexicana; la práctica de la profilaxis de la sífilis hereditaria; la obligatoriedad del certificado médico pre-matrimonial; recomendación de la anatoxina antidiftérica; la abolición del llamado "chupón" de los niños; el establecimiento de dispensarios para niños; la obligación de aplicar el método Credé para la profilaxis de la oftalmía purulenta del recién nacido; la enseñanza de la oftalmología en la Escuela Nacional de Medicina; que la vacunación antivariolosa se aplique únicamente con linfa animal; la organización de los tribunales infantiles; el establecimiento de nuevas bases de las escuelas correccionales para menores; la creación de cortes juveniles, etc.

Estas son algunas de las conclusiones interesantísimas a que se llegó en esa época de estudio y, para satisfacción de los que en él concurrieron, debe mencionarse el hecho palpable de que casi todas han sido fecundas en su realización.

Sirva este aliento como prueba de que la semilla que noblemente se siembra no es inútil del todo. Aquellos que expusieron sus ideas ante esa asamblea, han visto coronados sus estudios, ya que no fueron de ninguna manera vanos, cosa rara de verse como corolario en los Congresos.

En el mismo año de 1921, conmemorativo del Primer Centenario de la Consumación de nuestra Independencia Nacional, durante el mes de septiembre, siendo Jefe del Departamento de Salubridad Pública el señor doctor don Gabriel M. Malda y Secretario General del mismo el señor doctor don Alfonso Pruneda, se efectuó la "Semana del Niño," que se realizó a base de una copiosa exposición, ilustrada con conferencias acerca de los principales problemas de la infancia.

Semana memorable en la que se leyeron pláticas de divulgación popular y se efectuaron otros actos trascendentales para despertar la conciencia en relación a las cuestiones de la infancia en cuantos los presenciaron, dándose cuenta desde entonces que el Departamento de Salubridad Pública le empezaba a dar importancia a todos los asuntos referentes a la vida y la salud del niño.

El día 6 de enero de 1922 se colocó la piedra para un soñado hospital de niños, que en un lote de la Colonia del Valle prometió construir el Consejo de la Cruz Blanca Neutral.

En el mes de noviembre del mismo año el Departamento de Salubridad Pública, a iniciativa del señor doctor don Alfonso Pruneda, prohija la idea del señor doctor don Isidro Espinosa de los Reyes, que presentara al primer Congreso Mexicano del Niño, acerca de la fundación de clínicas de pre y post-natalidad, y establece el Primer Centro de Higiene Infantil con el nombre del doctor Eduardo Licéaga, en la calle de la República de Colombia.

En los primeros días del año de 1923 se reúne en la ciudad de México el Segundo Congreso Mexicano del Niño, que vuelve a patrocinar el señor ingeniero don Félix F. Palavicini, Director del diario "El Universal."

Este segundo Congreso resultó tan importante como el anterior, tan nutrido de trabajos y de iniciativas, que para darse cuenta de su trascendencia es suficiente citar algunas de sus conclusiones: acerca de la ley del descanso femenino; iniciativa al Departamento de Salubridad Pública para que se aporten datos estadísticos y estudios eugenésicos; invitación a la Academia Nacional para que se inicie la Sección de Eugenesia; moción a la Secretaría de Educación Pública para que emprenda estudios de eugenesia; al Departamento de Antropología, de la Secretaría de Fomento, para iniciar y coordinar los estudios de eugenesia; recomendación para que se haga la educación higiénica integral; recomendación para adoptar el método Credé en la profilaxis de la oftalmía purulenta; estudios acerca de la puericultura y la pediatría quirúrgica; hacer notar la importancia de la ortodoncia y la higiene bucal muy especialmente; la instalación de bibliotecas infantiles; creación de escuelas y patronatos para anormales; establecimiento de la Cruz Roja juvenil; de sociedades protectoras de ancianos, de animales y de árboles; de sociedades antialcohólicas; investigaciones del desarrollo del niño mexicano y estudio de los niños anormales; identificación personal biográfica del educando; proyecto para la iniciación gradua-

PROTECCION A LA INFANCIA EN MEXICO

de la educación sexual a los niños con el nombre de "iniciación al estudio de la conservación de las especies;" saneamiento moral de las noticias de la prensa acerca de crímenes y de libros indecorosos; insistir en la Secretaría de Educación para instalar cursos prácticos de puericultura en las escuelas de niñas; iniciativa para formar el teatro para niños y espectáculos adecuados, campos de juego y deportes en plazas y jardines; sugestión para crear la industria de juguetes en México; legislación que proteja el trabajo de niños y mujeres; insistir acerca de la creación de tribunales para menores; educación post-natal inmediata por conducto del Registro Civil, etc.

En este Congreso el doctor Fernando Zárraga, presentó un trabajo acerca de la importancia de los hospitales infantiles y debe mencionarse en esta oportunidad que la señora doña Teresa Farías de Isasi leyó un estudio bajo el rubro de "Cómo puede iniciarse la Educación Sexual en los Niños."

Como se observará, el movimiento intelectual a favor de la infancia en esta época se dispersa en iniciativas fecundas que vienen poco a poco a realizarse gracias a las insinuaciones que en esta ocasión se concretan nuevamente.

El día 23 de septiembre de este mismo año se establece el "Centró de Higiene Infantil Manuel Domínguez" en la calle de la Violeta, que fué el segundo que se instaló, siguiendo los mismos lineamientos del que venía funcionando con el nombre del doctor Eduardo Licéaga.

En el año de 1924 la señorita doctora Antonia L. Ursúa, patrocinada por la Asociación Cristiana Femenina Internacional, funda una Clínica de Higiene Infantil.

En 1926 se establece por el Código Civil, como requisito indispensable para poder contraer matrimonio, el certificado médico pre-nupcial.

El día 10 de diciembre de 1926, a iniciativa del señor doctor don Roberto Solís Quiroga, presentada al señor licenciado Primo Villa Michel, Secretario General de Gobierno del Distrito Federal, se establece el Tribunal de Menores, que ha venido funcionando hasta la fecha con éxito halagador; tanto que el VIII Congreso Médico Nacional, reunido en la Ciudad de Monterrey en diciembre del año de 1927, propone en sus conclusiones, después de felicitar al Gobierno por el establecimiento del Tribunal Infantil, que se excite a los Gobiernos de los Estados "que aún no han establecido Tribunales para Menores," para que establezcan dicha institución, enviando copia del trabajo de los señores doctores Roberto Solís Quiroga y José Torres Torija, para señalar los lineamientos generales de organización.

Este mismo Congreso, en su Sección V, propone dirigirse a las Cámaras de la Unión para restringir considerablemente la inmigración al país de extranjeros que se consideren como elementos negativos para el progreso económico y social, "importadores del tracoma, que vienen a aumentar nuestra insalubridad y nuestras miserias raciales."

En el año de 1928 la Beneficencia Pública establece en la ciudad de Tacubaya la segunda Casa Amiga de la Obrera, con los mismos lineamientos que la que hasta la fecha está establecida en la Colonia de los Doctores.

MEMORIA DEL VII CONGRESO PANAMERICANO DEL NIÑO

El día 7 de mayo de 1929 se inaugura el Centro de Higiene Infantil "Juan Duque de Estrada" en la segunda calle de Juventino Rosas.

A nueva iniciativa del señor doctor don Isidro Espinosa de los Reyes se instaló, bajo la dependencia del Departamento de Salubridad Pública, el Servicio de Higiene Infantil, siendo Jefe del propio Departamento el señor doctor don Aquilino Villanueva, durante cuya actuación se publicó el Decreto correspondiente con fecha 10 de mayo de 1929.

Después se establecieron los Centros de Higiene Infantil "Francisco de P. Carral," en la calle del Pino; el Centro "Luis E. Ruiz" en el kilómetro 6 de la Calzada de Balbuena, que se estableció el día 7 de septiembre de 1929; más tarde, el día 30 de octubre del mismo año, se inauguró el edificio construido para el Centro "Juan María Rodríguez" en las calles de García Diego y doctor Vértiz y, por último, el Centro "Manuel Gutiérrez," que se instaló provisionalmente en la Colonia Anáhuac, inaugurándose el día 7 de mayo de ese año y ocupando su edificio propio el día 13 de enero de 1930, en la calle de Laguna de Términos.

En el año de 1929 se inauguró la Escuela de Puericultura del Departamento de Salubridad Pública, para preparar técnicamente a los médicos, enfermeras visitadoras de hogar y enfermeras técnicas, aunque desde antes se sustentaban cursos de puericultura en la Escuela de Salubridad.

En enero de 1929 el señor doctor don Isidro Espinosa y de los Reyes presentó a la consideración del C. Jefe del Departamento de Salubridad Pública un proyecto encaminado a que por iniciativa privada se emprendiera una obra en pro de la infancia, idea que fué plenamente aceptada y patrocinada por la señora doña Carmen G. de Portes Gil, esposa del C. Presidente de la República, y dió como resultado la fundación de la Asociación Nacional de Protección a la Infancia, que bajo la administración de un comité de damas pasó después a estar bajo la inmediata dirección de la señora doña Josefina Ortiz de Ortiz Rubio, también esposa del nuevo Presidente de la República. Esta obra se sostuvo por la contribución de un sello postal adicional; mantenía diez escuelas hogares, una casa de maternidad, cuarenta y siete subcomités en los Estados de la República y casa provisión de leche; durante el último año de su actuación construyó tres edificios propios para sus escuelas hogares y, en pleno apogeo, todos estos establecimientos pasaron a depender del Servicio de Higiene Infantil del Departamento de Salubridad Pública en el año de 1932.

El día 18 de enero de 1930 se fundó la Sociedad Mexicana de Puericultura, que ha sido la institución científica que ha dado hasta la fecha una copiosa contribución de trabajos, ya que a ella concurren los principales pediatras de México, y edita una importante revista que compendia la labor de sus miembros que trabajan tesoneros en pro de la infancia, todo esto gracias a la activa iniciativa del señor doctor don Anastasio Vergara E.

En el mes de enero de 1930 se reúne en México el VII Congreso Médico Latinoamericano, y entre sus conclusiones deben anotarse las siguientes que nos interesan aquí: Pugna por el establecimiento del certificado médico prenupcial; por la educación sexual; por la declaración obligatoria de los casos

PROTECCION A LA INFANCIA EN MEXICO

de enfermedades venéreas; por la organización de maternidades especiales y aisladas de los hospitales; por la creación de hospitales o consultorios para la prevención de las enfermedades hereditarias; por la actuación del Registro Civil antes de las 24 horas después del nacimiento.

En el mes de noviembre de este año se reúne en la ciudad de México el Primer Congreso Mexicano para la prevención de la Ceguera. Durante estas reuniones se presentaron estudios de eugenesia por los señores doctores: Francisco Bulman acerca de "Matrimonios Consanguíneos, sus inconvenientes y sus consecuencias desde el punto de vista de las enfermedades de los ojos;" Samuel Inclán, "Matrimonio y Herencias;" también se trató acerca de la oftalmía purulenta del recién nacido, y trabajos acerca de higiene escolar. Las conclusiones de este Congreso, en lo que se refiere particularmente al punto que nos atañe, se concretaron a recomendar el Método Credé y el estudio oportuno de los niños desde la edad pre-escolar.

En el año de 1931 se reúne en la ciudad de México el Tercer Congreso Médico Panamericano, y entre sus conclusiones debemos anotar la XXIV, que dice: "Recomendar que se voten en todos los países americanos que no las tengan, leyes adecuadas de protección a la infancia que permitan la coordinación de todos los esfuerzos que actualmente se hacen y que carecen hoy de base legal."

En el año de 1933 se edita el "Libro para la Madre Mexicana," publicado bajo los auspicios de la señora doña Aída S. de Rodríguez, esposa del C. Presidente de la República; obra preparada por el señor doctor don Manuel Martínez Báez, con la colaboración de los señores doctores don Francisco de P. Miranda, don Mario Torroella y don Manuel Cárdenas de la Vega.

Este libro fué profusamente repartido a todas las madres mexicanas y compendia las reglas fundamentales de los cuidados del niño.

Como se ve, la obra de protección a la infancia iniciada en México a raíz de la conquista hispana, ha tomado distintos giros técnicos.

Se la ha abandonado muchas veces, poco se la ha comprendido y a pesar de ello algo se fué logrando en distintos sectores, gracias al impulso inicial de todos los que comprendiéndola y ampliándola han colaborado con sus ideales y su esfuerzo en una acción que salvará a la niñez mexicana cuando se realice completamente.

Hasta aquí el resumen de los principales hechos que acerca de la tarea pro-infancia se han realizado en México en la época post-cortesiana, según algunos de los datos más salientes de que se tiene noticia; pudiendo haberse remontado este sucinto ensayo a los viejos días de la leyenda anterior a la conquista, para señalar que en el imperio de los aztecas había ya un hospital para huérfanos denominado "ichnopilcalli," y también para puntualizar que anexo al Gran Templo Mayor existía un hospicio para niños.

Que entre los aztecas las madres amamantaban siempre a sus hijos y que sólo los fiaban a la nodriza o "tlachichiti," en caso de grave enfermedad, pero antes se percataban de la salud de ella.

MEMORIA DEL VII CONGRESO PANAMERICANO DEL NIÑO

Podríamos haber dicho que era Xoalticiti el nombre de la deidad que representaba al médico nocturno a cuya custodia dejaban a los niños las antiguas madres del Imperio de los Moctezumas. Así debería haber empezado este relato si hubiera podido ser más extenso, pero no menos veraz.

BIBLIOGRAFIA

- Boletín del Departamento de Salubridad Pública. 1929. México.
- Garrillo, Rafael.—"LA CUNA, SU PASADO, SU PRESENTE, SU PORVENIR." Gaceta Médica de México, Tomo X. Año 1916.
- Departamento de Salubridad Pública.—Servicio de Higiene Infantil. CO-LABORACION AL VI CONGRESO PANAMERICANO DEL NIÑO, EN LA CIUDAD DE LIMA, PERU. México, 1930.
- "El Universal."—México. Enero de 1921.
- "El Universal."—México. Enero de 1922.
- "El Universal."—México. Enero de 1923.
- Flores, Francisco A.—HISTORIA DE LA MEDICINA EN MEXICO. 1886.
- Galindo y Villa, Jesús.—Historia Sumaria de la Ciudad de México. México, 1925.
- García Cubas, Antonio.—EL LIBRO DE MIS RECUERDOS. México, 1904.
- León, Nicolás.—"APUNTES PARA LA HISTORIA DE LA ENSEÑANZA Y EJERCICIO DE LA MEDICINA EN MEXICO, DESDE LA CONQUISTA HISPANA HASTA EL AÑO DE 1833." México. Gaceta Médica.
- León, Nicolás.—HISTORIA DE LA OBSTETRICIA EN MEXICO. México, 1910.
- Martínez Báez Manuel.—LIBRO PARA LA MADRE MEXICANA. México, 1933.
- Memoria del Primer Congreso Mexicano del Niño. México, 1921.
- Memoria de la Semana del Niño. México, 1923.
- Memoria del Tercer Congreso Médico Panamericano. México. 1933.
- Memoria del Primer Congreso Mexicano de Prevención de la Ceguera. México, 1930.
- Ocaranza, Fernando.—HISTORIA DE LA MEDICINA EN MEXICO. México.
- Quiroz Rodiles, Adrián.—BREVE HISTORIA DEL HOSPITAL MORELOS. México, 1933.
- Romero Flores, Jesús.—Historia de la Civilización Mexicana. 1923.
- Saavedra, Alfredo M.—HISTORIA DEL PRIMER HOSPITAL DE NIÑOS EN MEXICO. Revista Mexicana de Puericultura. Tomo V, 1935.
- Saavedra, Alfredo M.—HISTORIA DEL MOVIMIENTO EUGENESICO EN MEXICO. Revista "Pasteur." Diciembre de 1934, y enero y febrero de 1935. México.
- Velasco Ceballos, Rómulo.—"El Niño Mexicano Ante la Caridad y el Estado." México, 1935

NECESIDAD DE LA UNIFICACION DE LA ASISTENCIA SOCIAL Y SANITARIA DE LA INFANCIA EN MEXICO

Dr. ANASTASIO VERGARA E.,
Dr. JOSE L. AMOR,
México, D. F.

SI observamos en conjunto todas las diversas actividades que se verifican en México, en relación con la asistencia social y sanitaria de la infancia, podemos fácilmente colegir que se encuentran repartidas las funciones del Estado en la protección de la infancia, controladas una parte por el Departamento de Salubridad Pública, por la Beneficencia Pública, por la Secretaría de Gobernación, por la Secretaría de Educación Pública y por las Instituciones particulares.

Desde luego se puede observar que en el Departamento de Salubridad, en el Servicio de Higiene Infantil, se logra un bosquejo de la primera parte de la Protección a la Infancia y es en lo que se refiere al aspecto eugenésico, puesto que el certificado médico pre-nupcial, día a día ha ido ganando terreno bajo un aspecto de persuasión, más que de ley; en segundo lugar, la protección pre-natal, intra-natal y post-natal, se ha logrado con la considerable labor de los centros de higiene infantil y, en tercer lugar, la protección en edad pre-escolar, se ha verificado por los hogares-escuelas.

Y en estos cuatro primeros puntos de protección a la infancia, representados por el aspecto eugenésico, pre-natal, post-natal y pre-escolar, el Servicio de Higiene Infantil no únicamente ha desarrollado una labor meramente de higiene preventiva, sino que su aspecto social ha sido muy importante, pues es indudable que la labor educativa desarrollada por los médicos y enfermeras visitadoras de los Centros de Higiene Infantil, hace que aparezca la labor del Servicio de Higiene Infantil, no únicamente de aspecto sanitario, sino también social.

Por otra parte, se puede observar la considerable labor de la Beneficencia Pública con los departamentos de maternidad del Hospital General, y el Hospital Juárez, los consultorios para niños, los departamentos de la Casa Amiga de la Obrera, la Casa de Cuna, la Casa del Niño, la Casa Hogar y, además, la Escuela Industrial Vocacional. En fin, todo un conjunto de establecimientos que desarrollan una efectiva labor de asistencia social y que completan los demás postulados de la Protección a la Infancia.

Por lo que se refiere a la enseñanza, la Secretaría de Educación Pública ya representa en nuestro medio una verdadera Institución, abarcando la edu-

cación hasta en las escuelas rurales, y últimamente preocupándose por la enseñanza de los niños anormales, y, por otra parte, el Gobierno del Departamento Central controla el Tribunal de Menores.

Visto así en conjunto el panorama de lo que se hace en México por la infancia, a primera vista parecería como que se han llegado a cumplir los grandes factores de la protección a la infancia de un país civilizado; pero en honor de la verdad, es mucho lo que se ha hecho y es mucho lo que se logra, pero aún falta mucho para cumplir la PROTECCION A LA INFANCIA EN MEXICO, y fundamentalmente falta eslabonar la asistencia social y la asistencia sanitaria y unificar todas las diferentes actividades de las instituciones que se ocupan de la infancia.

En el período pre-natal, por ejemplo, se cumple únicamente más bien con el aspecto de asistencia sanitaria, pues la consulta de pre-natalidad de los Centros de Higiene Infantil cumple con los cuidados indispensables del embarazo y de higiene preventiva, pero en este período pre-natal la asistencia social está abandonada por completo en México, pues no hay propiamente asilos para embarazadas, ni roperos maternales, ni comedores maternales, y lo mismo podemos decir para el período post-natal, ya que no hay en México propiamente casas de protección a la maternidad.

Este aspecto de la protección de la infancia en México es sumamente interesante por lo que se refiere al problema de los llamados hijos ilegítimos, pues es precisamente el factor de la ilegitimidad de los que más influyen en la mortalidad infantil. Ya entre nosotros, la doctora María J. Cisneros de Hernández ha hecho hincapié en este punto fundamental, y por eso nosotros repetimos con ella las palabras del Dr. Augusto Turene, que se expresa en los siguientes términos: "Mientras la impunidad de los seductores encuentre refugio en las costumbres, mientras la sociedad mancille a la madre soltera, a quien no supo defender antes de su caída, destrozando su inteligencia y no vigorizando su carácter, mientras los creyentes o pseudotales acepten convencidos la redención de las magdalenas arrepentidas, pero lapiden a las mujeres que aceptan la responsabilidad de su falta, mientras la legislación mantenga la bárbara clasificación de hijos legítimos e hijos naturales y prohíba la investigación de la paternidad, la protección al niño no pasará de ser muy relativa."

Pero gracias al problema que plantea el hijo ilegítimo, tenemos que detenernos a someter a severa crítica los actos y hábitos de nuestra vida, nuestros conceptos morales y nuestros sentimientos sociales.

Esa tierna víctima de la lujuria y del egoísmo humano, es el más grande revelador de las leyes de la vida, es un silencioso reformador. El inmenso amontonamiento de sus cadáveres, que nos ha hecho enmudecer de horror al abultar las cifras de la mortalidad infantil, es el que pone en evidencia la condición insubstituible de la leche materna, la necesidad imperiosa de proteger a la madre contra los prejuicios sociales y la exigencia inaplazable en evitar su amontonamiento en casas de cuna.

En nuestro medio aún no se ha logrado la protección moral y social de la embarazada fuera del matrimonio, pues no hay ni asilos de embarazadas, ni

comedores maternales, ya sea para el período pre-natal o para el período post-natal, pues en los departamentos de maternidad de la Beneficencia, o de Salubridad, por el contrario, es requisito indispensable el que el ingreso de la mujer embarazada sea casi inmediatamente a la proximidad del parto, y a su vez, tan pronto como cumple ocho o diez días, las puertas son abiertas para que muchas veces vayan a luchar no solamente por su vida en plena convalecencia, sino también para ir a buscar trabajo. En suma, por lo que se refiere al aspecto pre-natal y post-natal en la protección de la infancia en México, aún queda por completar el refugio maternal de la madre soltera.

Por lo que se relaciona al período escolar, en nuestro medio social nada se hace por subir el nivel moral del niño, y por el contrario, desgraciadamente nuestra prensa diaria contribuye con su nota roja cotidiana, a que el niño se vaya familiarizando con la multitud de crímenes que a diario vemos en la prensa y otras veces asistiendo a espectáculos que van enderezando su moral de una manera torcida, y este aspecto es sumamente importante, pues recordamos que el doctor César Viale propuso en la Tercera Conferencia de Abogados, verificada en la República Argentina en 1933, una protección a la infancia, en la que se acordó declarar: que es unánime la esperanza de que por extensión de los aspectos espirituales de la vida, los niños de hoy, llegados a ser los hombres de mañana, superarán moralmente a los del presente.

Pero en nuestro medio la asistencia social, que es problema pedagógico, y el de la asistencia sanitaria, se encuentran establecidos y siguiendo diferentes rumbos; ya hemos hecho hincapié en que la asistencia social del período pre-natal y post-natal, es imperfecto, pero también de una manera general podemos observar que la protección de la infancia en México representa un problema aún no resuelto por no haber una unificación, pues es evidente que el nuevo concepto de la asistencia higiénica social no se limita únicamente a aconsejar, prevenir, o a cuidar a la infancia, sino que representa un gran número de investigaciones y selecciones propias, buscando la mayor eficacia y la mayor rapidez posible de los auxilios.

El profesor Fritz Rotts, de la Facultad de Medicina de Berlín, distingue bajo un aspecto meramente sanitario, una primera fase de selección representada por el descubrimiento de los enfermos y personas en peligro de estarlo; en segundo lugar, una segunda fase de servicio de asistencia, representada por el tratamiento de los mismos enfermos, mediante consejos profilácticos y cuidando de su curación; y en tercer lugar, una tercera fase que vendría a ser de inspección, pues vendría a comprobar la eficacia del tratamiento acordado; pero es importantísimo hacer observar que el profesor Rotts hace hincapié en que la modificación del régimen sanitario que se observa en los últimos años se debe a la fusión entre la higiene pública y la asistencia social, y que en Alemania es manifiesta exteriormente la fusión por un servicio sanitario centralizado, por razones de unificación, y hasta de método, bajo una sola dirección. Así es que se puede colegir que en algunas naciones, como Alemania, han correlacionado la asistencia sanitaria y la asistencia social, teniendo éstas en conjunto por finalidad, no sólo proteger y auxiliar a los niños en peligro o

a los enfermos que la necesiten, sino también defender el medio en que viven, es decir, el medio social. Es muy cierto que la asistencia sanitaria es de índole preventiva, de aspecto higiénico social, pero también es cierto que el aspecto económico es fundamental y que es muy difícil en nuestro medio establecer una frontera entre la asistencia sanitaria y la asistencia social de beneficencia pura.

Si consideramos a la asistencia infantil como una rama coherente y unificada de la Sanidad, desde el recién nacido hasta el aprendiz que comienza la vida profesional, podemos encontrar que en nuestro medio la protección a la infancia representa un problema por falta de unificación, pues es ostensible la falta de engranaje, de eslabonamiento entre todas las diferentes instituciones que se preocupan por los problemas que representa la protección de la infancia en nuestro país, y por esto no olvidaremos que el doctor Ildefonso E. Ballón, en su disertación sustentada en el ilustre Colegio de Abogados de Lima, en el año de 1933, dijo con tanta razón que: la unidad de los problemas de la infancia se han hecho verbo, en lo que llamó bajo una hermosa síntesis realizada al calor de comprensión y humanidad, en la retorta delicada del servicio social; que siendo el niño un precioso eslabón de la cadena humana, laborar por él y para él es, en resumen, simple cumplimiento del instinto de conservación de la especie, si no fuera un más noble gesto de solidaridad humana en el tiempo y a través de las generaciones por venir, a la vez que satisfacción del tributo de vida a los antepasados, cuyo trasunto son los niños.

No sabemos por qué razón la Asociación Nacional de Protección de la Infancia en México se ha extinguido, pero es evidente que aunque la asistencia sanitaria e higiénico-social incumbe al Departamento de Salubridad Pública, y que aunque la Beneficencia Pública desarrolla la labor de asistencia social de Beneficencia, tienen muchos puntos de contacto, pues es innegable que las labores sanitarias de la infancia no pueden dejar de entrecruzar el aspecto económico social y que a su vez las labores en pro de la Beneficencia Pública del niño, no dejen de colaborar en el concepto de asistencia sanitaria.

A nuestro modo de ver, es urgente que vuelva a la vida una Institución como la Asociación Nacional de Protección a la Infancia, si no precisamente para controlar desde el punto de vista administrativo todo lo referente a los problemas del niño, como sucede en el Uruguay, en que su admirable progreso ha llegado hasta a tener un Ministerio de Protección a la Infancia, si cuando menos proponemos y abogamos porque vuelva a la vida una Institución como la extinta Asociación Nacional de Protección a la Infancia, tan bellamente iniciada en México y que por razones desconocidas vinieron a eclipsarse sus actividades, repartándose en diversas Instituciones. Volvemos a repetir, es necesario en nuestro medio una Institución que coordine las diferentes labores de la asistencia sanitaria y social de la infancia en México, pues lástima es que toda la protección desarrollada en su aspecto eugenésico, pre-natal, post-natal y pre-escolar, por el Servicio de Higiene Infantil, se venga a perder más tarde en la edad escolar, y si México quiere seguir el ejemplo de otros países civilizados, tarde que temprano tendrá que coordinar sus diversas instituciones de asisten-

ASISTENCIA DE LA INFANCIA EN MEXICO

cia sanitaria y social en la infancia, para que exista una unificación en pro del niño, protegiéndolo moral y físicamente; en fin, de una verdadera Asociación Nacional de Protección a la Infancia que bajo murallas embalastradas de piedad y de ternura, estudien todos los problemas del niño, ya que es el mayor tesoro de las razas y el fiel representante de las esperanzas de la civilización y del engrandecimiento de los pueblos.

CONCLUSIONES

Proponemos que vuelva a la vida una institución como la extinta Asociación Nacional de Protección a la Infancia; es necesaria en nuestro medio una Institución que coordine las diferentes labores de la asistencia sanitaria y social de la infancia en México, porque en la actualidad la protección desarrollada por el Servicio de Higiene Infantil en el aspecto eugenésico, pre-natal, post-natal y pre-escolar, se pierde más tarde en la edad escolar, en lo que se refiere a la continuación de asistencia social.

Es indispensable en la actualidad la existencia de una Institución que unifique la asistencia social y sanitaria de la infancia en México, para que cuando menos haya una coordinación técnica en favor de su protección, aun cuando no sea de orden administrativo.

CONCLUSIONS

We suggest to have again the National Association of Infantile Protection; it is necessary in our country an Institution that will coordinate with the different activities of sanitary and social assistance of infancy in Mexico, because nowadays the protection developed by the Infantil Hygiene Service in eugenic, pre-natal, post-natal and pre-school aspects, are lost in school age and that concerns to the fail of continuation of social assistance.

It is of great importance nowadays to have an Institution that will unify the social and sanitary assistance of our infancy in Mexico, at least a technical coordination in favor of its protection.

EL TRABAJO SOCIAL COMO REDENTOR EN LA SOCIEDAD

Profesora MARISABEL SIMONS U.,
México, D. F.

EL país necesita una mujer, una mujer que sea todo un optimismo que sepa abrirse paso en las actividades más duras que se presenten, que sea íntegra de carácter, de voluntad firme, que sepa ganarse el corazón y la confianza de los humildes, que sea dulce y cariñosa, enérgica y altiva según las circunstancias.

Necesita una mujer cuyo optimismo la haga despojarse de ese egoísmo humano, de esa vanidad que muchas veces nos trae consigo la civilización y se presenta a dar todo cuanto tiene, a hacer todo cuanto puede por redención de la clase humilde. Esa mujer que necesita el país es **LA TRABAJADORA SOCIAL**. Sí, una **TRABAJADORA SOCIAL** que sepa interpretar su carrera, que tenga conciencia del deber y que no escatime sacrificio alguno en pro del proletariado.

En Alemania desde a fines del siglo XIX se instituyó el **SERVICIO SOCIAL**, en vista de la necesidad que tenía el pueblo de elevar y ensanchar el nivel intelectual, físico, moral y social. La clase humilde respondió a ese llamado del Estado y, como todo pueblo inteligente y progresista, marcha a la vanguardia del **PROGRESO SOCIAL**.

En los Estados Unidos, ejemplo de nación emprendedora, vemos que el **SERVICIO SOCIAL** no solamente ha logrado despertar necesidades en el individuo, levantándolo del bajo nivel en que se hallaba, sino que ha elevado las masas, contribuyendo así al progreso general del país. Vemos que en nuestro vecino del Norte, este servicio no sólo es desempeñado por personas encargadas por el Gobierno, sino que a iniciativa particular, virtud muy generalizada en aquel pueblo, se hace el **SERVICIO SOCIAL** con el espíritu altruista, con la mira anhelante de que su país marche siempre adelante y pueda ocupar el primer puesto entre las naciones del orbe. Llevados por esa ambición innata entre los americanos, vemos las grandes reformas que gracias al **SERVICIO SOCIAL** se han hecho en las cárceles; allí está el **REFORMATORIO DEL MARNE** en el Estado de New York, modelo de **CARCEL DEL MUNDO**, donde los enfermos sociales son reclusos sin hacerles sentir su humillación, sin ser maltratados, sin hacer que se revele en ellos toda su maldad y vuelvan al vicio con más ardor. Antes por el contrario bajo la vigilancia de expertos **PSIQUIA-**

TRAS, PSICOLOGOS, MEDICOS, MAESTROS Y TRABAJADORES SOCIALES, se les convence de las ventajas de ser elementos útiles a la Sociedad, se les hace ver y aquilatar el precioso tesoro de su libertad y con el propio convencimiento, con la voluntad firme de redención, se logra salvar a aquellos pobres enfermos a quienes todos desprecian, a quienes la sociedad repudia, sin investigar siquiera cuál es el móvil del crimen, en qué estado patológico estaban, y muchas veces haciendo a un lado todo sentimiento humanitario se condena a un delincuente sin investigar las causas de su crimen.

Es en los Estados Unidos donde se ha dado gran impulso al TRABAJO SOCIAL, porque se ha visto que gracias a él se consigue el mejoramiento. LAS CASAS CUNA, LAS CASAS HOGARES, LOS HOGARES INFANTILES, LOS HOSPICIOS, REFORMATARIOS, etc., son todos frutos del eficiente rendimiento DEL SERVICIO SOCIAL.

¿Por qué el pueblo norteamericano vive mejor que muchos pueblos antiguos? ¿Por qué se vive allí más cómodamente? ¿Por qué, por bajos que sean los jornales, los individuos tienen un nivel más alto que muchos de nuestros pueblos hermanos? ¡Ah! es que el Trabajo Social en la Nación del Norte, ha tomado incremento, se ha compenetrado de las necesidades del pueblo, le ha creado anhelos, le ha despertado ideales, le ha hecho detestar su propia ignorancia, y sólo así ha comprendido la necesidad del mejoramiento.

El TRABAJO SOCIAL allí, ha realizado su obra magna; ha transformado las masas, haciéndolas ver las conveniencias de su civilización, de su mejor preparación para hacerles menos dura la lucha cotidiana por la vida.

LA TRABAJADORA SOCIAL en Inglaterra, ha logrado compenetrarse del espíritu del pueblo y a pasos gigantescos ha conseguido su redención; ha podido transformar las cárceles, hospitales, hospicios, dispensarios, etc., es decir, ha logrado hacer repercutir su acción y su labor no sólo en el hogar y en la Sociedad sino en el país entero.

En Chile el TRABAJO SOCIAL ha podido en unos pocos años, aunque de una manera lenta pero efectiva, ir elevando poco a poco el espíritu del pueblo, logrando así despertar en él la necesidad del mejoramiento del vivir.

En 1925 creó Chile la primera ESCUELA DE SERVICIO SOCIAL, teniendo la honra de ser la primera Nación de habla hispana que tuvo esta clase de Escuela. Según datos recogidos por el Dr. René Sand, eminente sabio belga, se anota en 1930 la existencia de las siguientes ESCUELAS DE SERVICIO SOCIAL:

ALEMANIA.....	36
ESTADOS UNIDOS.....	23
GRAN BRETAÑA.....	11
BELGICA.....	8
AUSTRIA.....	6
FRANCIA.....	6
PAISES BAJOS.....	4
SUECIA.....	3

MEMORIA DEL VII CONGRESO PANAMERICANO DEL NIÑO

CANADA.	2
HUNGRIA.	2
CHECOSLOVAQUIA.	2
INDIA.	1
CHILE.	1

Generalmente la labor social es mal interpretada, se toma la TRABAJADORA SOCIAL, como un ente mal intencionado, como una propagadora de ideas disolventes, como la encargada de levantar los espíritus infantiles en contra de sus progenitores, en fin, se le cree intrusa investigadora... casi siempre su labor es mal acogida por elementos preparados en otros ramos, por empleados de cualquier oficina que se creen capacitados para desempeñarla, y que juzgan mal la labor social.

Muy raras veces se le dan los méritos que tiene y se reconocen los desvelos y sacrificios que la TRABAJADORA SOCIAL hace en beneficio de la Sociedad. Precisamente por esa mala interpretación que se da a su labor, es por lo que la TRABAJADORA debe tener personalidad para imponerse, para despertar confianza, un absoluto respeto basado en su propia seguridad. Debe ser preparada en todas las materias, para que llevando muy en alto el estandarte del deber cumplido, puede hacer que la Sociedad entera la coloque en un puesto muy alto que cual antorcha luminosa haga la luz a las almas oscuras. La TRABAJADORA SOCIAL debe absorber todo lo que está en su alrededor, ser observadora, prudente, serena, discreta, altruísta, dinámica y desinteresada, inteligente, de una visión clara para poder prevenir a tiempo, para adaptarse al medio; debe ser seria y alegre, para de esa manera hacerse respetar a la vez que amenizar todos los ratos amargos de los que la rodean, buscar alegría donde sólo haya tristezas, para armonizar la pobreza y la diversión, de tal manera que haga a aquella pobre gente una existencia más alegre, más llevadera, para enseñarlas a vivir más fácilmente. LA TRABAJADORA SOCIAL debe hacer como dice Martí: "Preparar a los hijos del pueblo contra el crimen; hacer en cada calle un kindergarten; el hombre es noble y tiende a lo mejor, la infancia salva; una ciudad es culpable mientras no es ella toda una Escuela; la calle que no lo es, es una mancha en la frente de la ciudad; al patriotismo literario hay que oponer el patriotismo activo; de salmos y chocolates eran antes las misiones; las de ahora han de ser Kindergarten y Zapatos; se han de reclutar soldados para el ejército y Maestros para los pobres. PREPARAR UN PUEBLO PARA DEFENDERSE Y VIVIR CON HONOR ES EL MEJOR MODO DE DEFENDERLO."

Esa debe ser la obra de la TRABAJADORA SOCIAL, la sembradora que arroje la simiente pero no en campo estéril; es necesario que are, que prepare el terreno, que abone y luego siembre; si así lo prepara entonces cosechará su fruto, la cosecha será abundante y el resultado será eficiente.

LA TRABAJADORA SOCIAL debe tender al mejoramiento total de las generaciones.

La interpretación de su labor depende del medio y del temperamento; es un hecho que mientras más preparado esté el ambiente mejor interpretación tendrá su labor y más eficiente será su obra.

La labor social es UN APOSTOLADO, QUE, PODEMOS DECIR, ES LA NEGACION DE SI MISMO PARA TRANSFORMARSE EN EL SERVIDOR DE LA COLECTIVIDAD.

Es a la vez una Ciencia y un Arte, exige al mismo tiempo tanto aptitudes como conocimientos; estas aptitudes son: la generosidad, el altruismo, el absoluto dón de sí mismo a la causa de los desgraciados, tino y juicio, mucha paciencia, dulzura, y energía, perseverancia y una infinita benevolencia y comprensión.

A la buena salud física la TRABAJADORA SOCIAL debe unir los conocimientos intelectuales, que le permitan adquirir la experiencia que debe poseer una consejera, un guía hábil.

Ella ayuda efectivamente a la mejor estructura de la Sociedad. La vida actual demanda líderes en el sentido noble de la palabra, que estén ejercitados para ayudar de una manera eficiente, serena y científica a las comunidades.

Muchas veces se da una limosna que se nos pide, movidos por ese sentimiento que se llama CARIDAD; pero la obra de la TRABAJADORA SOCIAL debe hacer guerra a ella, pues ha fracasado completamente después de haber gastado o mal gastado generalmente lo que se ha dado; su labor debe ser edificante, más duradera. Debe preparar a los miserables no para vivir de la ayuda ajena sino más para vivir del esfuerzo propio. Sabemos que la limosna no remedia en absoluto las causas de la miseria, sino que sofoca momentáneamente el síntoma de la mala adaptación de un individuo a las necesidades de la vida y contribuye a transformarlo lenta pero seguramente en un ser desvergonzado, sin iniciativa propia, que vive material y moralmente a expensas de los demás.

La TRABAJADORA SOCIAL con su espíritu penetrante debe buscar las causas cercanas o remotas, intrínsecas o extrínsecas del estado anormal de la miseria y debe aplicar los remedios apropiados a las deficiencias encontradas.

Precisamente es el SERVICIO SOCIAL la forma científica y moderna del altruismo la que viene a asumir este papel. Las características del SERVICIO SOCIAL son las siguientes:

Tratamiento individual de cada caso; estudio de las causas que originan la necesidad y aplicación de los remedios eficaces. Tiende a la elevación del nivel general, de la vida material y moral, viene a ser el lazo de unión entre el asistido y las obras y dirige a cada uno hacia las instituciones que le puedan ayudar.

La TRABAJADORA SOCIAL, así como el Médico y el Psiquiatra, establece el diagnóstico social y el tratamiento adecuado.

En el campo Rural debe desarrollar su obra de encauzamiento, despertar las conciencias, las inteligencias dormidas por falta de guía. Es allí donde la Naturaleza entera, lejos de las exigencias de la vida moderna que la civilización nos trae, presta todo su contingente para llevar una vida más natural, más higiénica, más real. LA TRABAJADORA SOCIAL debe desplegar toda su

astucia, aprovechar toda su iniciativa para hacer el debido estudio del medio, utilizar todas sus experiencias en provecho del desarrollo integral de los humildes. Debe aprovechar todas las bellezas naturales, hacerles comprender el precioso tesoro que desperdician, las ventajas que el campo trae a la salud y con táctica, mejorar su standard de vida.

Puede la TRABAJADORA SOCIAL organizar Bibliotecas, Cursos Nocturnos de Desalfabetización, de Higiene, de Puericultura, de Dietética, Conservación de productos Alimenticios, Alimentación, Deportes, Juegos infantiles, etc., para que de esa manera pueda el individuo ocupar su tiempo libre y así apartarlo del vicio que trae consigo la desocupación.

Debe hacer campaña contra el alcoholismo. Aprovecharse de la sencillez y de la bondad de aquellas inteligencias vírgenes para inculcar en ellos los buenos hábitos y sellar en sus almas la redención de las nuevas generaciones.

En la ciudad, la TRABAJADORA SOCIAL tiene un campo muy diverso; allí es necesario que estudie las causas, que busque los medios para aplicar luego el remedio a las necesidades, que cae muchas veces como lenitivo en el corazón de los desgraciados y olvidados de la suerte. Allí su labor resulta más compleja por las complicaciones de la vida citadina, en donde abunda el vicio y el crimen sobre todo en la clase humilde. Su obra es más rápida, pues puede valerse de CASAS CUNAS, REFORMATARIOS, POLICLINICAS, DISPENSARIOS, HOSPITALES, MANICOMIOS, ASILOS, etc., para llevar a cabo su obra noble, para ayudar a los necesitados. En la ciudad la ayuda material es más rápida, más eficiente.

Allí ella debe multiplicarse para abarcar con su mente todos los problemas que se presenten en el hogar por causas afectivas, económicas, de desadaptación, por el mal ejemplo, por tendencias a la prostitución, por leyes de herencia, o por cualquier otra circunstancia que la Sociedad presente. LA TRABAJADORA SOCIAL debe fijarse, como dice la señora JULIA RUISANCHEZ DE SABIDO, en siete puntos principales:

- I.—Debe hacer una obra que perdure.
- II.—Debe hacerla con cariño.
- III.—Para hacerla tiene que conquistarse a la gente.
- VI.—Debe coordinar sus trabajos con el de los otros misioneros.
- V.—Debe seguir el trabajo que deje empezado, continuarlo y alentarle en cualquier lugar donde se encuentre.
- VI.—Debe infundir en los maestros el deseo de ser directores y guías de la Comunidad y enseñarles la manera de hacerlo.
- VII.—SIEMPRE ENSEÑAR CON EL EJEMPLO.

La TRABAJADORA SOCIAL es la que más estrechamente se liga a la niñez. ¿Por qué? ¿Por qué diré que la Trabajadora Social es la Redentora de la Generación venidera?...

Es porque es ella la que va a visitar los hogares, a subsanar las necesidades de las futuras madres, la que va a ligar el hogar con el maestro y el médico, la que va a encauzar a las madres en el cumplimiento de sus deberes

prenatales y postnatales. Es ella, la que con esa intuición que debe poseer va a orientar a la madre para evitar la mortinatalidad y la mortalidad infantil. Es ella la encargada de velar por los hogares, la que con sus sabios consejos hará que perdure la obra de la Escuela, que progrese, que avance por el camino del mejoramiento de la clase humilde, que encarne el ideal de las nuevas tendencias socialistas de este gran país. Es necesario que la trabajadora social prepare a las madres, para que rodeando a sus hijos de los cuidados y atenciones necesarios se pueda obtener una generación fuerte, sana, preparada y activa que vele por el engrandecimiento del país; es ella quien ha de instruir a la madre para enseñarle de qué medios se valdrá para hacer cumplir a sus hijos los deberes escolares y así ir formando en ellos el hábito del cumplimiento del deber, no por el temor al castigo, no por la ambición de la recompensa, sino por la satisfacción íntima que causa el deber cumplido.

Es ella la que ha de tener en contacto armónico a la madre y al maestro, al hogar y a la Escuela; sólo así comprenderá la madre ignorante el inmenso beneficio de la instrucción. La TRABAJADORA SOCIAL debe ser el lazo de unión entre el médico y los hogares y como intermediaria deberá esculcar los casos de enfermedad, de anormalidad, de necesidad médica, desvaneciendo en madre e hijo ese temor que sienten por el médico, ese pánico mal fundado que injustamente tienen a los conservadores de la salud humana. Hará notar a la madre las ventajas de ver al médico de continuo, de seguir sus tratamientos, de tomar sus medicinas y conservarse sanos tanto ella como sus hijos. En cuerpo sano, mente sana; un sér enfermo no producirá nada bueno, será siempre una carga para la familia, para la sociedad y para el Estado. La TRABAJADORA SOCIAL debe ser el eslabón que mantenga unidos al médico, a la madre y al maestro.

Su misión parece ser muy fácil en la Sociedad, todos creen interpretarla o saber desempeñarla sin dificultades, sin preparación previa, sin estudios especiales y sin tener la verdadera vocación. Jamás han vuelto una mirada hacia el pasado cuando no se conocían las ventajas del Servicio Social, ni al presente cuando ya comienzan a cosechar sus frutos y a apreciar sus beneficios.

La TRABAJADORA SOCIAL, como ya dije en otra ocasión, es la encargada de depurar la estructura de la Sociedad; ella se encargará de formar el corazón de las futuras madres; será ella quien reuniendo a las jóvenes en edad prenupcial, les dará pláticas, enseñanzas instructivas, sabios consejos; la que les hará apreciar el precioso tesoro de la salud, que les enseñará a ver las desventajas de los matrimonios enfermos, los horrores del vicio, los frutos que recogerán, los sacrificios que tendrán que sufrir con sus hijos degenerados ya por la mala salud o por consecuencias del vicio. Sabiamente deberá enseñar a la madre la manera, los medios que empleará para preparar a sus hijos a un matrimonio ideal, para así llenar las aspiraciones de un país grande. Deberá ella también ligar en la industria, al patrón y al obrero y facilitarle los mejores medios de trabajo.

En México comienza a iniciarse de lleno el Servicio Social, en el sentido amplio y noble de la palabra. En 1921, por iniciativa del Lic. Vasconcelos se implantaron los desayunos escolares al frente de los cuales quedó la inteli-

gente señorita Elena Torres; los primeros se hicieron con dinero de los maestros, figurando en 1922 en el presupuesto de la Secretaría de Educación. En este mismo año un grupo de abnegadas profesoras, abandonando sus deberes domésticos, pasaban cada semana a amenizar los tristes días a los reclusos en la Penitenciaría del Distrito Federal, presentando cuadros dramáticos, conferencias instructivas.

Por esta misma época en la Escuela "Francisco I. Madero" de la cual era Director el señor Oropeza, se hacía una intensa labor social.

En 1923 se inició la misión cultural que fué a Cuautla Morelos, patrocinada en la Secretaría de Agricultura y Fomento, por el doctor Ramón Denegri y ayudada particularmente por el Dr. Pruneda, y duró desde septiembre de 1923 hasta marzo de 1924. En esta misma época el profesor Rafael Ramírez recibió una mención honorífica de la Secretaría de Educación Pública, por la brillante labor que llevó a cabo durante la Misión Cultural efectuada en Zaucaltipán, Hgo.

En 1924 en la Penitenciaría del Distrito Federal se inició el primer trabajo sistematizado científicamente de investigaciones sobre las condiciones de los delinquentes. Las señoritas Bertha Navarro y Guadalupe Zúñiga desarrollaron una intensa labor.

En 1926 se iniciaron las Misiones Culturales en todo el país, organizadas por la señorita Elena Torres.

Estas Misiones nacieron de la necesidad de proporcionar alguna orientación profesional a los maestros en servicio de que la Secretaría había tenido que echar mano, en su afán de multiplicar las Escuelas Rurales en toda la nación.

El Departamento de Salubridad Pública organizó cursos especiales de corta duración y varias visitadoras sociales pudieron comenzar a desempeñar su ardua labor, llevadas por ese espíritu de servir al necesitado. La labor fué eficiente, cada día se notaba más y más el beneficio de su obra edificante, gracias a los esfuerzos de la señorita Bertha Heuer, titulada en Inglaterra, llevada a cabo en las Casas Hogares, Centros de Higiene, etc.

Urgía crear la Escuela de Servicio Social, no podía México dejar inadvertida esta imperiosa necesidad... Había que redimir a la futura generación.

En 1932, queriendo responder a ese llamado de la clase humilde y para no quedarse atrás de los países avanzados del mundo, México instituyó la Escuela de Servicio Social, transformando la de Enseñanza Doméstica. (Academia N° 1.) Se agregaron las materias complementarias, se reformó el Plan de Estudios, y gracias a los desvelos, al afán de progreso y a la protección del Ing. Juan de Dios Bátiz, a la labor de la dinámica Directora señora Julia Nava de Ruisánchez, al entusiasmo y altruismo de muchos profesores, la Escuela comienza ya a saborear satisfactoriamente los frutos de su ardua labor. Comienza a abrirse paso entre las miles dificultades, entre las opiniones contrarias a su existencia, y ya ha podido titular dos grupos de Trabajadoras

Sociales, debidamente preparadas de acuerdo con las **NECESIDADES DEL PUEBLO MEXICANO**, con las exigencias de la vida actual, con los ideales de las nuevas tendencias socialistas.

En esta Escuela de Servicio Social, donde se ofrece un amplio programa que da a los estudiantes la oportunidad de desenvolverse personalmente y formarse una amplia y dinámica filosofía de la vida, de conocer ésta, de entenderla y de tener conocimientos básicos para aplicar dicha filosofía a los semejantes que tienen arduos o sencillos problemas que resolver, la labor comprende dos aspectos:

El trabajo colectivo o por grupos;

El trabajo individual o por casos.

Los casos se refieren a los problemas individuales en relación con los mismos individuos, o con sus familiares o con sus grupos sociales. La preparación consiste en saber ayudar a cada gente a lograr una vida más satisfactoria.

El trabajo social con los grupos consiste en saber armonizar éstos, en evitar fricciones individuales dentro de ellos y en darles la técnica necesaria para ser un líder.

En el sagrado recinto de sus aulas se enseña a los estudiantes la manera de ayudar a la educación de las masas, a corregir defectos, a formar buenos hábitos, en general todo lo relativo a conservar la salud pública.

Son ya 26 las trabajadoras sociales tituladas en esta Escuela, que a pasos gigantescos ha llegado a ser la segunda de Hispano-América que comienza a subsanar muchas de las dificultades del pueblo.

Cerca de nueve Misiones Educativas bajo los auspicios de Psicopedagogía e Higiene, por iniciativa del doctor Pablo Alejandro Longin y respaldadas por la Secretaría de Educación, han realizado en los últimos cuatro meses las 27 muchachas del 4º año de la Escuela de Servicio Social (Academia N° 1). Las futuras trabajadoras que con el espíritu lleno de optimismo, con la satisfacción que produce el servir a los demás, con el dinamismo de la juventud emprendedora y con el deseo de responder a ese noble ideal del estado, **DE ELEVAR LA MASA PROLETARIA**, se presentan afanosas a llevar su contingente de mejoramiento a todas las regiones que visita.

PUEBLOS HERMANOS DE LA AMERICA HISPANA: CREAD VUESTRA ESCUELA DE SERVICIO SOCIAL. PENSAD EN LAS VENTAJAS QUE OS REPORTA VELAR POR LA NUEVA GENERACION Y CONTRIBUID ASI A ENCARNAR LA IDEA DE BOLIVAR FORMANDO UNA SOLA PATRIA, SI NO EN GOBIERNO, POR LO MENOS EN IDEALES. IMITEMOS A MEXICO Y A CHILE.

CONCLUSIONES

1ª—Siendo la Escuela de "Servicio Social" la que más rendimiento efectivo puede prestar a la colectividad, désele un lugar preferente en la Politécnica que gracias a la iniciativa del Ing. Juan de Dios Bátiz, será una realidad en el próximo año.

MEMORIA DEL VII CONGRESO PANAMERICANO DEL NIÑO

2ª—Désele impulso y ayuda a la Escuela de "Servicio Social" teniendo en cuenta lo asentado antes.

3ª—Pensiónese a señoritas de los Estados para que hagan sus estudios en la Escuela de "Servicio Social" del Distrito Federal o establézcanse escuelas de este tipo en los Estados.

4ª—Pensiónese fuera del país a las mejores señoritas que hayan terminado sus estudios en esta Escuela y que demuestren verdadera vocación para el servicio.

5ª—Convóquese a un congreso de profesores y estudiantes de todos los países del mundo en donde esté establecido el Servicio Social, para la coordinación de sus trabajos en beneficio de la humanidad.

CONCLUSIONS

1st. Being the School of Social Service, that which may prove more effectively beneficial to the collectivities, give it preferred place in the Polytechnic School, which owing to the creditable initiative of Ing. Juan de Dios Bátiz will be a reality next year.

2nd. Impulse, foment and help the School of Social Service, always bearing in mind what has been said before.

3rd. Pension girls from the various states of the Republic enabling them to attend the School of Social Service of Mexico City or establish schools of this type in the different states of Mexico.

4th. Pension away from the country the outstanding girls who have finished their studies and have shown a true vocation for the social service, thus affording them new fields of experience.

5th. Summon a Congress of Teachers and Students from all of those countries in the world where the Social Service is established, tendent to the coordination of their work in benefit of mankind.

PROGRAMA MINIMO DE PREPARACION DE LAS ENFERMERAS VISITADORAS Y DE LAS TRABAJADORAS SOCIALES (1)

Lic. JENARO V. VASQUEZ.
Lic. GILBERTO LOYO,
México, D. F.

HACE algunos años, en México la Trabajadora Social constituía prácticamente una profesionista rara por su número y también por sus actividades. Se ignoraba en general su función social, se veía con escepticismo el servicio que podía prestar y se consideraba casi como un apostolado para que mujeres dinámicas e inteligentes, de psicología varonil, emplearan sus energías potenciales.

Al plantearse en nuevos términos los más serios problemas de educación, cuando inició sus labores la Secretaría de Educación Pública, creación del Gobierno revolucionario, la Trabajadora Social fué poco a poco adquiriendo perfiles definidos como profesionista, y prestando servicios modestos, pero de visible utilidad, en los diversos campos, restringidos ciertamente, en los que comenzó a actuar.

Más tarde, aun personas no especializadas en los problemas de educación y en el estudio de las cuestiones sociales, comprendieron que un Gobierno como los gobiernos revolucionarios que en los últimos quince años se han sucedido en México, tendrían que hacer una grande y creciente demanda de estas profesionistas y que las necesidades creadas por los hondos problemas de la República, harían de esta profesión una de las que recibirían los más atentos cuidados y más amplios impulsos del Estado.

La magnitud de estos problemas, su complejidad, la complicación acelerada de muchos de ellos, la penuria constante del Estado, las diversas exigencias urgentes que se sobreponían sin cesar y otras circunstancias, han venido produciendo el hecho, que es preciso dejar bien aclarado, de que, reconociéndose la utilidad de las funciones de las Trabajadoras Sociales, así como la urgencia de disponer del mayor número de ellas, por una parte los presupuestos oficiales no establecieran un número suficiente de Trabajadoras Sociales, y por otra, muchas obras sociales se plantearan haciendo caso omiso de la necesaria intervención de estas trabajadoras, o dándoles una participación insignificante.

(1) Contribución del Departamento del Trabajo.

Nuestras observaciones personales indican que la mujer mexicana tiene cualidades personales de sobriedad, de tacto, de cordialidad, de rápida comprensión y desinterés, que constituyen factores favorables para que en nuestro medio podamos contar con muy buenas Trabajadoras Sociales. Además, el clima ideológico de la Revolución no ha hecho sino mejorar las condiciones favorables para el desarrollo de la vocación de las mujeres que quieran adoptar esta profesión. Y los problemas sociales, que cada día se clarifican más en sus verdaderos lineamientos, crean una fuerte atracción para aquellas mujeres enérgicas y laboriosas que sienten el significado de las nuevas ideas y las urgencias vitales de la Nación.

En México, y en casi todos los países de la América Latina, una gran parte de la potencia humana de trabajo de la población femenina, no se aprovecha, puesto que la mayoría de las mujeres continúan enmarcadas en las costumbres de una sociedad semicolonial, en que la mujer es un ser pasivo que debe dedicarse sólo a las labores domésticas, en forma rutinaria; y también esa enorme potencia humana de trabajo no se utiliza por el bajo nivel cultural de la mayoría de las mujeres, que resulta de varias causas, entre ellas de la idea de que la mujer, como máquina de trabajo hogareño, no necesita sino muy elementales conocimientos. En contraste con todo esto, la prensa, el teatro, y sobre todo el cinematógrafo muestran más altos niveles de vida, costumbres libres de los prejuicios de las sociedades semifeudales y una nueva posición de la mujer frente a la vida. El indiscutible progreso cultural de México, sobre todo en sus clases medias, las modas en función del desarrollo industrial y bajo la presión de la 'invasión comercial de productos extranjeros, han venido produciendo un fuerte desnivel entre los ingresos del jefe de la familia y las necesidades de los miembros de la misma, sobre todo de las mujeres, cuyas necesidades a fines del siglo pasado eran cortísimas, por lo cual una familia más o menos numerosa, si vive en una ciudad de importancia, no puede tener un nivel de vida más o menos de tipo moderno si los hijos, y sobre todo las hijas de la casa, no trabajan. Por otro lado la Revolución, desde un principio, aumentó el número de mujeres jóvenes ocupadas en las oficinas públicas. El creciente desarrollo de las funciones del Estado ha aumentado esta demanda, y la organización política no ha hecho sino ampliarla, puesto que en nuestro medio los políticos y funcionarios manifiestan su influencia a través del número de plazas que obtienen para las jóvenes de su amistad o que les son recomendadas. Insensiblemente la mujer, que ha demostrado capacidad en las oficinas a pesar de su muy limitada cultura, al transformarse en trabajadora y aportadora de dinero en la familia, ha adoptado posiciones de independencia, nuevas costumbres y, sobre todo, se ha creado nuevas necesidades. Pero el trabajo femenino de oficina, aumentado en esta forma y paralelamente al aumento de mujeres ocupadas en la industria, y las limitaciones mismas que encuentra la mujer tanto para ascender en su trabajo como para el desarrollo de su personalidad intelectual, hacían sentir, en mujeres de determinadas cualidades, la necesidad de seguir otros caminos, bajo la atracción de recorrer campos y ciudades, de viajar, de conocer de cerca las costumbres de los pequeños poblados, de recoger su música

popular, de llevar instrucción y consuelo a las desamparadas mujeres que en los campos desempeñan las más duras faenas. No nos detendremos a analizar todo el proceso sentimental e ideológico que, en función de los factores sociales y económicos que hemos apuntado, explica que muchas mujeres, sin haber pasado por las cátedras del trabajo social, ingresaran a las misiones culturales y a otros órganos de la Secretaría de Educación Pública y prestaran importantes servicios que la mayoría del público desconoce.

*
* *

¿Qué es una Trabajadora Social? Hemos deseado interrogar a varias alumnas de la Escuela de Enseñanza Doméstica y Servicio Social, de la Secretaría de Educación Pública, y a continuación transcribo las contestaciones:

"La Trabajadora Social es la mujer que está dedicada a colaborar, junto con el médico y el maestro, para luchar por el mejoramiento del pueblo revolucionario." (María del Carmen Moncada.)

"La Trabajadora Social, el médico y el maestro forman el triángulo de progreso para la labor de profilaxis social, física y mental de nuestro pueblo." (Catalina Núñez.)

"La Trabajadora Social es la mujer moderna, joven, llena de energías que se preocupa por el mejoramiento social. Forma un lazo de unión entre la madre, el maestro y el médico." (Martiniana Montaña.)

Otras trece definiciones presentan todas de común lo siguiente:

La Trabajadora Social debe tener espíritu de sacrificio; es eslabón entre la sociedad, la madre, el maestro y el médico; debe investigar las condiciones sociales, para indicar cómo mejorarlas.

Como se ve, el carácter fundamental de investigadora y de constructora, lo comprenden con suficiente claridad, aunque no lo expresen con precisión, estas alumnas; subrayan todas el hecho de que esta profesión no es para enriquecerse, ni puede serlo, y que la vocación firme es elemento indispensable para la formación de una buena Trabajadora Social; limitan demasiado su actividad cuando la coordinan sólo con las funciones de la madre, del maestro y del médico.

*
* *

Según un programa para los cursos de Trabajadoras Sociales en la Escuela de Enseñanza Doméstica y Servicio Social, las Trabajadoras Sociales tienen tres funciones fundamentales:

Investigar las condiciones sociales, instruir y educar a las mujeres campesinas en determinadas materias, y ser consejeras sociales de familias, de instituciones y de pequeñas comunidades.

Indudablemente la Trabajadora Social debe ser investigadora, educadora, consejera y constructora social. Nosotros la consideramos como un auxiliar insustituible del ingeniero social (economista, sociólogo, etc., etc.). Util auxiliar porque en tratándose de investigar problemas relativos a la mujer y al niño, na-

MEMORIA DEL VII CONGRESO PANAMERICANO DEL NIÑO

die mejor que ella posee las cualidades de comprensión y tacto para entrar al hogar y a la comunidad, ser oída y consolidar una alta posición moral, y actuar.

En la citada Escuela se han proyectado los planes de estudio para las especialidades de Trabajadoras Sociales. Son como sigue, según un cuadro oficial que se tuvo a la vista:

INVESTIGADORAS SOCIALES

Materias culturales:

- Expresión oral y escrita.
- Documentación.
- Estadística.
- Higiene.
- Historia y Geografía Humana.
- Inglés.
- Cultura Física.

Materias de apoyo:

- Dactilografía.
- Teoría y práctica de investigaciones sociales.
- Psicología.

INSTRUCTORAS DE MUJERES CAMPESINAS

Materias culturales:

- Expresión oral y escrita.
- Documentación y estadística.
- Higiene y enfermería.
- Inglés.
- Problemas de la mujer obrera y campesina.

Materias recreativas:

- Juguetería.
- Labores femeniles.
- Remiendo.
- Deportes.

Materias de apoyo:

- Dietética.
- Conservación de productos alimenticios.
- Técnica del servicio social.
- Química de alimentos.
- Puericultura.
- Cooperativismo.

PREPARACION DE LAS TRABAJADORAS SOCIALES

CONSEJERAS SOCIALES

Materias culturales:

- Sociología.
- Inglés.
- Higiene Industrial.

Materias recreativas:

- Organización de diversiones y descanso.
- Dibujo constructivo.

Materias de apoyo:

- Pedagogía y metodología.
- Problemas económico-sociales.
- Organización de comunidades.
- Pequeñas industrias.
- Taquigrafía y mecanografía.

En estos planes de estudios se dice que las Investigadoras Sociales deberán trabajar preferentemente en la Secretaría de la Economía Nacional, en el Tribunal de Menores y en las Escuelas Correccionales; que las Instructoras de Mujeres Campesinas deberán trabajar de preferencia en el Departamento de Salubridad Pública, en los dispensarios y casas de cuna, y en las comunidades rurales; y que las Consejeras Sociales prestarán de preferencia sus servicios en las Misiones Culturales y en el Departamento del Distrito Federal. Se exigirá para ingresar a estas carreras, según informes, el certificado de enseñanza secundaria, además de los certificados de salud y de buena conducta.

Nos parece plausible que se exija la enseñanza secundaria para estas carreras, pero desde luego llama la atención la desproporción que hay en el número de materias de estas tres carreras, porque en tanto que las Investigadoras Sociales sólo tienen materias culturales y de apoyo, las Instructoras de Mujeres Campesinas y las Consejeras Sociales, según el citado proyecto, tienen, además de las materias culturales y de apoyo, otras llamadas recreativas. Nos parece que estos programas no están suficientemente meditados y organizados. Desde luego a las Consejeras Sociales les faltan materias fundamentales como la Economía Política y la Estadística, puesto que el curso "Problemas económico-sociales," considerado como materia de apoyo, no puede consistir en un curso cortísimo de Economía Política y de Economía Social en el mismo año, ya que por el título de la asignatura, parece que se trata, y así debiera ser, de práctica de investigación sobre problemas económico-sociales.

Consideramos que es indispensable que las alumnas que se inscriban en los cursos de Trabajadoras Sociales hayan terminado su Enseñanza Secundaria. Pero al mismo tiempo creemos que no hay absolutamente razón para organizar ca-

MEMORIA DEL VII CONGRESO PANAMERICANO DEL NIÑO

rreras muy cortas, con perjuicio de la preparación suficiente y para contribuir a aumentar el número de profesionistas sin ocupación, porque a menor número de años de estudio corresponderá, en el mismo período de tiempo e igualdad de otras condiciones, mayor número de graduadas, y el número de éstas crecerá posiblemente, como lo demuestra la experiencia, en una proporción mayor que la de la demanda que el Estado y diversas instituciones hagan de esta clase de profesionistas. Por lo tanto, dejamos apuntada la necesidad de que la carrera se desarrolle en un mínimo de tres años, y que en todos ellos haya suficiente número de cursos prácticos de investigación, de trabajo social, de labores manuales, pequeñas industrias, etc.

Por otra parte, no nos parecen adecuadas las especialidades de Trabajadora Social: Investigadoras Sociales, Instructoras de Mujeres Campesinas y Consejeras Sociales. Desde luego, toda Trabajadora Social debe ser investigadora, instructora y consejera; pero como consideramos que las muy diversas condiciones sociales del medio rural y del medio urbano exigen en realidad dos clases de Trabajadoras Sociales, creemos que podrían formarse dos tipos de ellas: Trabajadora Social Urbana y Trabajadora Social Rural. Consideramos en cambio muy atinada la división de las materias en culturales, de apoyo y recreativas, aun cuando las denominaciones no nos parecen adecuadas.

El plan de estudios de la Academia Número Uno de Enseñanza Doméstica, (Escuela de Enseñanza Doméstica y Servicio Social) para 1936, al cual nos referimos, tiene otras deficiencias. Se anotan algunas de ellas.

La carrera de Investigadora Social, comprende sólo un año de estudio y once materias, con treinta horas a la semana:

CARRERA DE INVESTIGADORAS SOCIALES

ASIGNATURAS.	Horas a la semana.
Expresión oral y escrita.....	5
Estadística.	2
Dactilografía.	2
Documentación.	3
Geografía Humana.	2
Higiene.	2
Historia.	2
Inglés.	3
Juegos y deportes.	2
Psicología (General y Especial).	3
Teoría y práctica de Investigaciones sociales.	4

30

Son demasiadas materias para un año.

Mientras se señalan tres horas para el curso de Documentación, sólo se proyectan dos horas semanarias para la clase de Estadística.

Con cuatro horas a la semana, en la asignatura de Teoría y Práctica de Investigaciones Sociales, no es posible obtener ningún resultado efectivo por tratarse de una carrera de un año. Esta carrera de Investigadoras Sociales debe ser de tres años. Nada se pierde con retener por este tiempo a las jóvenes dándoles suficiente preparación, disciplina y método de investigación. Sobre todo, en nuestro medio donde tanto se ha abusado de la palabra investigación, después de que por varios años la clase media proclamó que era necesario investigar nuestros propios problemas, abundan los trabajos carentes de seriedad, que, bajo el nombre de investigaciones, consumen inútilmente tiempo y recursos produciendo desorientación, confusión, simulación intelectual y escepticismo de los funcionarios respecto a la seriedad de estos trabajos.

La carrera para Instructoras de Mujeres Campesinas se hará en dos años de estudios; está mucho mejor planeada que la anterior; pero creemos, por las mismas razones anteriores, que debe ser una carrera de tres años, porque no hay absolutamente ningún interés en lanzar al campo mujeres deficientemente preparadas.

La misma complejidad de los fenómenos de la vida rural mexicana exige una carrera que, sin regatear años de estudio, prepare debidamente a estas promotoras sociales. Una prueba de la deficiencia del plan de esta carrera, es que en el segundo año aparece un curso de Técnica y Práctica del Servicio Social con tres horas de estudio a la semana, y en todo el resto de la carrera no se consignan asignaturas en que la alumna pueda disciplinarse para la investigación.

A continuación se inserta la lista de las asignaturas para la carrera de Instructora de Mujeres Campesinas:

CARRERA PARA INSTRUCTORAS DE MUJERES CAMPESINAS

PRIMER AÑO

ASIGNATURAS	Horas a la semana
Costura a mano.	5
Costura en máquina.	5
Documentación.	3
Enfermería.	4
Expresión oral y escrita.	3
Higiene.	2
Inglés.	4
Juegos y deportes.	2
Química de los alimentos.	2
	30

MEMORIA DEL VII CONGRESO PANAMERICANO DEL NIÑO

SEGUNDO AÑO

ASIGNATURAS

Horas a la semana

Cooperativismo.....	2
Dietética y cocina.....	6
Conservación de productos alimenticios.....	3
Estadística.....	2
Inglés.....	2
Juegos y Deportes.....	1
Juguetería.....	2
Labores Femeniles y Remiendo.....	5
Puericultura.....	3
Problemas de la mujer obrera y campesina.....	2
Técnica y Práctica de Servicio Social.....	3
	31

Por lo que se refiere a la carrera para Consejeras Sociales, no es posible aceptar una carrera de un año, como se ha planeado, con diez materias y treinta horas a la semana, por las razones antes dichas.

Así planeada la carrera de Instructora de Mujeres Campesinas, por una parte resulta que ésta no es propiamente una Trabajadora Social, puesto que no está capacitada para investigar; por la otra es preciso reconocer que la formación de estas Instructoras responde a las necesidades observadas en la Secretaría de Educación Pública para la formación de las Agentes de Organización Social de las Misiones Culturales.

En el programa que venimos comentando hay una nota que dice que para adquirir el título de Consejera Social, se necesita haber hecho las dos carreras anteriores: Investigadora Social e Instructora de Mujeres Campesinas; lo que quiere decir que la carrera de Consejera Social será de cuatro años, puesto que la alumna debería haber empleado uno en la carrera de Investigadora Social y dos en la de Instructora de Mujeres Campesinas. (1)

De todos modos, los esfuerzos de la Escuela de Enseñanza Doméstica, en esta materia, realizados últimamente, son dignos de todo aplauso, y es de desearse que un estudio más cuidadoso de los planes de estudio para el año entrante establezca las dos carreras de Trabajadoras Sociales a que nos hemos referido, con tres años de estudio cada una.

Respecto al plan de estudios para la carrera de Trabajadora Social y Profesora de Economía Doméstica, que ha regido en los últimos años, y que comprende cuatro años, sin que a las alumnas se les exija haber terminado su enseñanza secundaria, es necesario observar, entre otras cosas, que sólo en el tercer año se encuentra la asignatura llamada Prácticas relativas a la profesión y

(1) Parece que se trata de hacer una serie de cursos de perfeccionamiento en un año, más que una carrera. Aparte de que hay serios desajustes entre las tres carreras, consideradas en conjunto, es obvia la ventaja de que la Trabajadora Social mejore sus conocimientos en cursos que escoja libremente o que se le recomienden.

en el cuarto año una materia titulada, Técnica y Práctica de Investigaciones Sociales. Siendo tres los años que corresponden a la Enseñanza Secundaria, en realidad la carrera de Trabajadora Social, según este plan, comprende un año de estudios propios de la carrera, lo cual es insuficiente. Por lo demás, merece aplauso en este programa el afán de combinar asignaturas científicas con artes y oficios y algunas materias de preparación para las investigaciones sociales, aunque por el lugar que ocupan dentro del plan de estudios, y por la escasa preparación de las alumnas que no han hecho su Enseñanza Secundaria, estos cursos tienen que ser excesivamente elementales y no pueden por lo tanto dar una sólida base a quienes van a investigar los fenómenos sociales para sugerir, aconsejar y construir.

A continuación se da el plan de estudios para la carrera de Trabajadora Social y Profesora de Economía Doméstica (de septiembre de 1933, vigente hasta el año de 1935).

PRIMER AÑO

ASIGNATURAS	Horas a la semana
Lengua Castellana (1er. Curso)	3
Aritmética.	3
Anatomía, Fisiología e Higiene.	3
Botánica y Zoología.	3
Economía Doméstica (1er. Curso).	3
Caligrafía.	1
Costura a mano.	5
Costura a máquina.	5
Cocina y repostería.	4
Dibujo constructivo y decorativo.	3
Cultura Física y deportes.	2
	35

SEGUNDO AÑO

Lengua Castellana (2º Curso)	3
Geometría.	3
Civismo y Elementos de Derecho.	3
Enfermería (1er. Curso).	3
Estadística.	2
Economía Doméstica (2º Curso).	2
Dietética (1er. Curso).	3
Documentación.	2
Corte y Confección.	5
Física y Química.	3
Puericultura.	3
Remiendo y compostura de ropa.	4
Cultura Física y deportes.	2
	88

MEMORIA DEL VII CONGRESO PANAMERICANO DEL NIÑO

TERCER AÑO

ASIGNATURAS

	Horas a la semana
Lengua Castellana (Tercer Curso).....	3
Geografía.....	3
Conservación de Productos Alimenticios.....	4
Dietética (2º Curso).....	3
Enfermería (2º Curso).....	6
Química Bromatológica.....	2
Psicología General.....	3
Sociología.....	3
Bordados y Tejidos.....	3
Bordado en máquina.....	5
Prácticas relativas a la Profesión. (1er. Curso).....	6
Cultura Física y Deportes.....	2

45

CUARTO AÑO

ASIGNATURAS

Horas a la semana

Dibujo Constructivo.....	2
Contabilidad.....	3
Expresión Oral y Escrita.....	3
Historia Patria.....	3
Higiene de las Colectividades.....	3
Psicología Social.....	4
Prácticas y Técnica de la Economía Doméstica.....	6
Técnica y Prácticas de Investigaciones Sociales.....	6
Técnica de la Cultura Física.....	1
Cultura Física y Deportes.....	3

34

En la citada Academia Número Uno (Escuela de Enseñanza Doméstica) se graduaron, en 1933, 11 Trabajadoras Sociales y 15 en 1934. De las graduadas en 1933, sólo 3 trabajan en su profesión: una en el Tribunal para Menores del Distrito Federal, otra en una Escuela del Estado de Hidalgo y la tercera en la Casa Orientación para Mujeres, de Coyoacán, D. F. De las graduadas en 1934 sólo una trabaja en su profesión y forma parte del personal de la "Escuela Hijos del Ejército."

La mayor parte de las alumnas de dicha Escuela pertenecen a familias muy humildes, en que la escasez de recursos es grande. En diversos lugares de la Re-

pública han hecho, organizadas en brigadas, prácticas de Servicio Social y parece que su labor ha sido eficiente. Cuando menos su entusiasmo ha merecido el aplauso de las autoridades. La Secretaría de Educación Pública y el Departamento de Salubridad Pública parece que van a hacer el año entrante una mayor demanda de Trabajadoras Sociales. La Directora de esta Escuela, que ha aprovechado sus observaciones para ir perfeccionando los estudios de esta carrera en el plantel citado, considera que el obstáculo principal para obtener mejores resultados, es la corta edad de las alumnas y el recargo de materias del plan de estudios vigente.

Hemos interrogado a las alumnas del último año de Trabajadoras Sociales en el mismo plantel, y de esto resulta que las materias que se han dificultado a la mayor parte de las alumnas, son: Civismo, Elementos de Derecho, Química Bromatológica, Psicología General, Psicología Social y Dietética. Las autoridades escolares deben tomar nota de esto.

Las que dicen que se les han facilitado más, son: Labores Manuales, Enfermería, Higiene y Conservación de Productos Alimenticios. Las materias que consideran que les han sido más útiles en las actividades que han desarrollado como aspirantes a Trabajadoras Sociales, son: Puericultura, Trabajos Manuales, Conservación de Productos Alimenticios, Enfermería, Investigaciones Sociales y Sociología. Muchas alumnas manifestaron que se les dificultaron los Trabajos Manuales; casi un número igual de las que consideraron fácil la Bromatología, estimó difícil la misma asignatura. Casi todas las alumnas, manifiestan que la Cultura Física está entre las materias que no les han sido útiles; este error general debe ser considerado.

*
* *

Hemos interrogado a varias alumnas de los Cursos de Trabajadoras Sociales acerca de su vocación, y todas manifiestan que creen tenerla; entre las modalidades de su carácter, que estiman favorable para su trabajo, la mayor parte contestó diciendo que son la abnegación y la fuerza de voluntad. En realidad la mayor parte de estas jóvenes deben ser tenaces en cuanto se advierte que, a pesar de que los gastos de la carrera son muy cortos, su situación económica es tan mala que han debido hacer grandes esfuerzos para poder continuar sus estudios. Entre las modalidades desfavorables de su carácter para desempeñar bien su carrera, algunas subrayan un exceso de sentimentalismo y otras la incapacidad de imponerse a los demás.

Entre veinticuatro jóvenes que están a punto de graduarse como Trabajadoras Sociales, 21 contestaron que están dispuestas, si es necesario, a trabajar en el campo y en zonas insalubres; una manifestó que sólo por imperiosa necesidad trabajaría fuera de la ciudad, debido a su corta edad, y dos manifestaron que no están dispuestas a trabajar en el campo.

Por lo que se refiere a la ocupación de la persona de que depende económicamente la alumna, la mayoría pertenece a las clases humildes o a la clase media inferior (modestos empleados particulares o del Gobierno, pequeños ven-

MEMORIA DEL VII CONGRESO PANAMERICANO DEL NIÑO

dedores de distintas mercancías, obreros de ferrocarril o de imprenta, costureras, etcétera); sólo de las veinticuatro personas consideradas, una depende económicamente de un ingeniero civil y otra persona a una familia cuyos ingresos principales son la renta de una pequeña casa.

*
La señorita Berta Heuer, Jefe de Enfermeras Visitadoras en el Departamento de Salubridad Pública, considera que las asignaturas fundamentales para la carrera de Trabajadora Social, son: Teoría Económica General, Derecho Industrial, Problemas Obreros, Economía Industrial, Psicología, Biología, Higiene General, Puericultura e Higiene Mental. Sin duda que todas las asignaturas de la lista anterior son fundamentales, aun cuando algunas de ellas sólo lo sean para Trabajadoras Sociales Urbanas. De todos modos es preciso aclarar que la citada señorita ha seleccionado las materias que de acuerdo con su experiencia deben considerarse fundamentales para las Trabajadoras Sociales, y que merece subrayarse el hecho de que cuatro grupos de asignaturas informan el programa mínimo: asignaturas relativas a las ciencias económicas, a las ciencias jurídicas, a las ciencias biológicas y la psicología. Quizás el orden más claro sería: Bases Biológicas, Psicológicas, Económicas y Jurídicas, siguiendo la trayectoria comtiana de la clasificación de las ciencias.

La señorita Margarita Jiménez considera que una Trabajadora Social del Departamento de prevención social debe tener conocimientos sólidos en psicología y en sociología; opina que las Trabajadoras Sociales al servicio del Departamento del Trabajo deben tener sus conocimientos basados en las ciencias biológicas y preparación suficiente en Higiene Industrial y en Derecho Industrial.

La señorita Heuer manifiesta que los cursos de Enfermería, Psicología, Teoría Económica General y especialmente los cursos de Medicina, son los que más utilidad le han prestado en el desempeño de sus funciones como Trabajadora Social.

La señorita Jiménez, por la naturaleza especial de sus labores, manifiesta que lo que le ha sido más útil en éstas, ha sido la Psicología Normal y Patológica, la Criminología y sus observaciones sobre las diversas esferas en que actúan los individuos.

En estas contestaciones como en otras, dos personas dedicadas a diversas actividades opinan naturalmente desde sus puntos de vista, por lo cual de las contestaciones de estas dos personas se deriva la necesidad de que la Trabajadora Social tenga permanencia en sus actividades, a fin de que se especialice y pueda recibir cursos universitarios de complemento o estudiar por sí sola para mejorar su preparación técnica.

La señorita Heuer hace notar, con razón, que el bajo nivel cultural medio de la mujer mexicana dificulta su capacitación como Trabajadora Social, y sobre todo su ejercicio profesional.

La señorita Jiménez distingue entre aquellos conocimientos que se adquieren en la práctica del trabajo y los que se adquieren en un plantel. Consi-

dera más difícil de adquirir en nuestro medio los últimos, por no existir en México, según su opinión, un instituto adecuado que prepare a las Trabajadoras Sociales.

La primera de estas dos Trabajadoras Sociales considera que las especialidades de la carrera de Trabajadora Social en nuestro medio, deben ser las siguientes: Trabajadoras Sociales de Hospitales, Trabajadoras Sociales de Clínicas y Dispensarios, Trabajadoras Sociales Escolares, de Instituciones de Regeneración Social, de Centros Industriales y de Centros Rurales. Es interesante esta clasificación porque señala en realidad tres grupos de especialización:

- 1º El de las Trabajadoras Sociales de Hospitales, Clínicas y Dispensarios.
- 2º Las de Centros Rurales, y
- 3º Las de Centros Industriales.

Por lo que se refiere a las de Centros Escolares y a las de Instituciones de Regeneración Social, la especialización debe hacerse en el ejercicio profesional.

Por lo demás, con estudios de algunas materias en la Escuela Normal Superior y en la Escuela de Derecho, respectivamente, una buena Trabajadora Social en la práctica puede llegar a prestar excelentes servicios, después de completar sus conocimientos en las cátedras, para servir en Centros Escolares y en Instituciones de Regeneración Social, respectivamente. La otra señorita opina que la escuela puede proporcionar a la Trabajadora Social una preparación general, y después especializarse en la práctica.

Diversas personas a las que hemos interrogado están de acuerdo que en México se necesitan muchas Trabajadoras Sociales, que las oportunidades para ellas aumentan y que el Estado debe designar mayores recursos que se traducen en mayor demanda de estas Trabajadoras. Afirman con razón, que en aquellos países donde se conoce la labor de las Trabajadoras Sociales, siempre aumenta la demanda de ellas de acuerdo con las posibilidades financieras del Estado. En los países avanzados, el número de Trabajadoras Sociales al servicio de instituciones privadas tiende a aumentar, aunque no en la misma proporción que en las instituciones públicas; en México puede considerarse nula la demanda de Trabajadoras Sociales de parte de las instituciones privadas.

La señorita Jiménez manifiesta que las mujeres de los países latinoamericanos son sentimentales, lo que es un inconveniente porque hace sentir con exceso el dolor de los demás e impide frecuentemente la clara visión del problema.

Lo mismo opina la señorita Heuer y añade que la delicadeza del trato, propia de la mujer mexicana, las hace más accesibles, y, por lo tanto, sin gran dificultad pueden ganarse la confianza de las personas con quienes se ponen en contacto. La misma señorita dice que la falta de cultura de las mujeres mexicanas, les impide tener confianza en sí mismas y hacer valer su personalidad.

Se ha apuntado que el complejo de inferioridad debe ser frecuente entre las mujeres que en México se dedican a la carrera de Trabajadora Social, con sus desfavorables consecuencias sobre su labor.

Podemos decir que de acuerdo con las observaciones hechas por nosotros y con las contestaciones que diversas personas nos han dado, en general puede decirse que no es bajo el coeficiente de aprovechamiento de los resultados de las labores de las Trabajadoras Sociales; pero que puede y debe elevarse este coeficiente. Los más importantes trabajos efectuados por las Trabajadoras Sociales dependientes de Salubridad, han consistido en continuar y completar la labor médica en los hogares y divulgar la higiene en los mismos, en propagar ciertas instituciones creadas para el bien colectivo, en impartir conocimientos útiles dentro del hogar y en su benéfica influencia, en las relaciones dentro de la familia.

Las dos personas citadas están de acuerdo en que es necesario organizar bien una Escuela de Trabajadoras Sociales, que capacite debidamente a las alumnas, las cuales deben tener una suficiente preparación cultural para poder cumplir su cometido.

Las diversas personas que interrogamos están de acuerdo en que el Departamento del Trabajo debe crear, en su Oficina de Previsión Social, una Sección de Protección Social con un número suficiente de Trabajadoras Sociales, y además aprovechar los servicios de suficientes Trabajadoras Sociales en la Oficina de Inspección, sobre todo, y en otras oficinas en menor proporción.

Se ha subrayado la importancia de que estas Trabajadoras Sociales, al servicio del Departamento del Trabajo, actúen entre la población trabajadora a fin de hacer cumplir los Reglamentos de Previsión Social (de Labores Peligrosas e Insalubres para Mujeres y Menores, de Medidas Preventivas de Accidentes del Trabajo, etcétera). Además de la función de la Trabajadora Social como inspectora y vigilante del cumplimiento de los Reglamentos, su obra de convencimiento, las observaciones importantes que recoja para reformar los reglamentos o los modos de aplicación, y la protección efectiva a las clases trabajadoras por medio de la acción preventiva en cuanto se traduce entre otras cosas en evitar que las garantías de que la Ley rodea al trabajador no permanezcan sólo escritas, hacen de la Trabajadora Social un factor importante dentro del Departamento del Trabajo, en su nueva orientación en que la previsión social irá ocupando el primer plano como uno de los principales medios del Estado para la realización de una política social.

El Departamento Autónomo de Cultura y Economía Indígena, que se creará de acuerdo con recientes declaraciones del señor Presidente de la República en su último Mensaje al Congreso Federal, deberá hacer una demanda creciente de Trabajadoras Sociales y de Enfermeras Visitadoras.

El Plan Sexenal del Gobierno Revolucionario fija que la distribución de personal capacitado para la lucha contra la mortalidad infantil, las epidemias y las endemias, tiene a un mínimo de una enfermera por cada 10,000 habitantes, es decir, 18,000 enfermeras para toda la República, bien distribuidas.

*

* *

La maestra Ana María Hernández, Inspectora del Trabajo, clasifica a las Trabajadoras Sociales en tres tipos: 1. Trabajadoras Sociales Obreras y Campe-

sinas, cuya función debe ser la de orientar a las mujeres de los sindicatos y comunidades agrarias; 2. Trabajadoras Sociales Enfermeras Visitadoras, para orientar al hogar, y sobre todo a las madres de familia; 3. Trabajadoras Sociales Investigadoras de Problemas Sociales (delincuencia infantil, aborto, etcétera). Desde luego las Enfermeras Visitadoras tienen características completamente distintas de las Trabajadoras Sociales. La misma persona dice que las ciencias que le han sido más útiles en su vida profesional son la Sociología y la Psicología, y que los conocimientos más difíciles de adquirir en nuestro medio por las Trabajadoras Sociales, son las condiciones reales de la vida nacional. Dice que la mujer mexicana tiene cualidades para ser una buena Trabajadora Social, pero que su nivel general de preparación es muy bajo; cree que la mayor parte de los trabajos hechos hasta ahora por las Trabajadoras Sociales no han sido aprovechados debidamente y subraya, como otras personas, la importancia de las Trabajadoras Sociales dentro del Departamento del Trabajo.

La misma profesora Hernández ha propuesto un plan de estudios para las Trabajadoras Sociales, que comprende dos años de estudios en la Escuela y dos años de práctica social en alguna comunidad. Naturalmente que no estamos de acuerdo con la condición de admisión para estas alumnas, que dicha maestra fija de este modo: saber leer y escribir y no ser menor de 18 años; ser hija de padres obreros o pertenecer a un sindicato o comunidad agraria, y por lo que se refiere a esta última parte, es notorio que no hay razón para excluir de esta carrera a las hijas de artesanos, de vendedores ambulantes, de modestos empleados y en general de personas pertenecientes a la clase media inferior. Las materias que propone para esta carrera son:

PRIMER AÑO

Lengua Castellana.
Aritmética.
Ciencias naturales.
Geografía Física de México.
Historia.
Civismo.
Economía Doméstica.
Corte y confección de ropa.
Cultura física.
Canto coral.

SEGUNDO AÑO

Lengua Castellana.
Aritmética.
Organización social.
Derecho obrero y agrario.
Cooperativismo.
Estudio comparativo de las religiones.

Higiene general.

Industrias agrícolas.

Pequeñas industrias.

Cultura física.

Canto coral.

Desde luego como se ve, se trata de una preparación muy exigua, puesto que no tiene materias básicas como Estadística, Economía Política y Sociología; carece de Prácticas de Investigación. Un curso único anual de industrias agrícolas y otros de pequeñas industrias son notoriamente deficientes. Algunos de sus "considerandos" son interesantes, pero el programa además de las deficiencias de exigir a las alumnas sólo saber leer y escribir, carece de materias básicas para una suficiente preparación.

*

* *

Merece ser citado el Programa de funciones de la Organizadora Rural, que norma las actividades de las Trabajadoras Sociales que dependen de la Secretaría de Educación Pública.

Según dicho programa oficial, "corresponde a la Agente de Organización Rural dar todas las orientaciones y enseñanzas necesarias a las comunidades para lograr el mejoramiento económico, el embellecimiento del hogar y la organización de la producción doméstica; promover la organización comunal de la producción femenina y de los servicios compatibles con las posibilidades de la mujer e impartir a los maestros cursos especiales con el mismo fin." Como se ve, estas actividades corresponden en realidad a un miembro de un conjunto llamado Misión Cultural o de cualquiera otra manera, pero al fin y al cabo una unidad de acción, de enseñanza y de promoción. Se divide el conjunto de sus funciones en tres partes:

- a). Con la escuela de demostración;
- b). Con los maestros y alumnas, y
- c). Con la comunidad.

Con la escuela sus funciones son de enseñante, de organización de grupos de alumnas que trabajan simultáneamente en las diversas actividades relacionadas con el programa de Economía Doméstica, y de organizadora de las agrupaciones individuales de producción doméstica, de acción cívica y culturales.

Con los maestros y alumnas deberá hacer un estudio detallado del programa de Economía Doméstica, deberá dar a los maestros bases para organizar el trabajo doméstico en las industrias domésticas; dará pláticas sobre la organización de crédito rural, sobre leyes de relaciones familiares y otras que favorezcan a la mujer y a su prole, y organizará, con los maestros asistentes a reuniones especiales, el servicio de alimentación de los mismos.

Respecto a la Comunidad, investigará las condiciones de vida familiar (obtenerá datos demográficos sobre higiene, mobiliario y equipo del hogar, sobre alimentación, etcétera); hará, derivado de esta investigación, un plan de trabajo

PREPARACIÓN DE LAS TRABAJADORAS SOCIALES

para el mejoramiento de la vida doméstica y de la producción de las industrias domésticas rurales; conducirá campañas comunales de dignificación de la mujer y de mejoramiento. Es un programa interesante, sus puntos valen por derivar de la experiencia alcanzada en la Secretaría de Educación Pública, y puede servir de base para formular el programa mínimo para las Trabajadoras Sociales Rurales.

Después de esto no estamos de acuerdo. Repetido porque consideramos que la medida que la población es más pequeña, los medios con que se cuenta son menores y en consecuencia los conocimientos técnicos deben ser mayores para resolver por sí solas (las Enfermeras Visitadoras), sin la ayuda valiosa del médico, los problemas que se presenten. Y de aquí el citado facultativo deriva la conclusión de que las enfermeras de la ciudad no necesitan tantos conocimientos como las del campo. Reconoce que no es posible preparar dos clases de enfermeras. Dice que la función de las Enfermeras Visitadoras es ir a las casas de los enfermos para inspeccionar el estado de higiene en que se encuentran, saber si la enfermedad es contagiosa o no para aislar o no al enfermo; dar instrucciones a los familiares de cómo deben administrarse los medicamentos; practicar pequeñas curaciones, asépticas o antisépticas; aplicar inyecciones solamente intramusculares o hipodérmicas; practicar diversas clases de vendajes; manejar los más simples aparatos ortopédicos; reducir luxaciones de las articulaciones pequeñas, dejando al médico las más difíciles; deberá tener conocimientos cortos pero suficientes de puericultura, baño de los niños, curaciones del cordón; cuidado de los ojos del recién nacido, de la dentición. Preparación de diversos alimentos artificiales para los niños. Saber un poco de higiene del embarazo para poder aconsejar, a las madres que lo soliciten, en qué deben consistir sus alimentos, y qué ejercicios físicos pueden practicar, y ayudar a destruir creencias erróneas. Debe tener conocimientos sobre profilaxis de las enfermedades más comunes; deberá saber practicar la vacuna antivariolosa, la desinfección de la casa del enfermo, y de las ropas y utensilios que haya usado; sabrá prácticas de desinsectización; tendrá nociones de bacteriología, conocerá medidas preventivas bacteriológicas de algunas enfermedades; sabrá los procedimientos de esterilización de la leche; conocerá los modos de recolectar productos para enviarlos al laboratorio para su análisis. Deberá tener conocimientos para evitar la propagación de las enfermedades venéreas, aconsejando sobre todo a las mujeres; deberá tener conocimiento de terapéutica, de aplicación de enemas con sonda o sin ella, masaje, etc.; nociones de clínica, termometría clínica, obturación de la respiración, formación de gráficas de estos fenómenos y de otros; nociones de anatomía y fisiología; nociones de higiene y de profilaxis de las enfermedades. Propone un programa mínimo de un año de trabajo en dos semestres.

PRIMER SEMESTRE

Anatomía,
Fisiología y
Bacteriología.

SEGUNDO SEMESTRE

Higiene,
Terapéutica,
Partos y
Clínica.

Desde luego no estamos de acuerdo con el programa mínimo del señor doctor Rebolledo, porque consideramos fundamental esta afirmación: la Enfermera Visitadora debe ser una enfermera; es decir, debe tener todos los conocimientos que corresponden a una enfermedad moderna; pero como es un tipo especial de enfermera, debe tener, además de estos conocimientos, algunos otros que le permitan hacer algunas investigaciones más o menos conexas con las investigaciones sociales y ser auxiliar en esta clase de investigaciones.

Por lo cual concluimos que el Programa Mínimo de las Enfermeras Visitadoras debe ser el conjunto de asignaturas teóricas y prácticas que toda enfermera debe estudiar y, además, los siguientes cursos: Estadística, Demografía, Sociología, Economía Política y Práctica de Investigaciones Sociales.

Por lo que se refiere a las Trabajadoras Sociales, consideramos un programa mínimo formado por cinco materias teóricas en cada uno de los tres años de la carrera y dos materias prácticas, porque la experiencia universitaria de varios países demuestra, para carreras similares, la conveniencia de que las materias teóricas no excedan de cinco o seis y las prácticas no excedan de dos, en cada año.

Por lo tanto, proponemos el siguiente Programa Mínimo de Preparación de las Trabajadoras Sociales:

PRIMER AÑO

Dactilografía y Taquigrafía.
Inglés.
Higiene.
Estadística.
Sociología.
Prácticas de Investigaciones Sociales.
Prácticas de Estadística.

SEGUNDO AÑO

Enfermería.
Dietética.
Puericultura.
Psicología.
Economía Política.
Prácticas de Enfermería.
Prácticas de Investigaciones Sociales.

TERCER AÑO

Historia Económica, y Social.

Nociones de Derecho Agrario y Obrero.

Organización cooperativa.

Demografía.

Curso Práctico de Conservación de alimentos.

Prácticas de Investigaciones Sociales.

Un programa mínimo para las Trabajadoras Sociales debe comprender:

1º Suficientes cursos prácticos de Investigaciones Sociales.

2º Materias fundamentales de las Ciencias Sociales, como Economía Política y Sociología, Estadística y Demografía.

3º Conocimientos que permitan al alumno que corte su carrera trabajar en alguna forma, y a la trabajadora social ejercer su función ampliamente, sea enseñando algunas industrias como la de conservación de alimentos, sea aplicando conocimientos de Enfermería, Dietética, Puericultura e Higiene.

4º La Psicología es fundamental y el curso debe ser orientado especialmente a la finalidad de la carrera.

Se supone que los cursos de inglés que hayan hecho en la Escuela Secundaria les permitan cuando menos traducir libros científicos; en caso contrario, sería necesario aumentar en el primer año y en el segundo un año de inglés en cada uno, con lo cual no se sobrecargaría el plan de estudios.

Al considerarse la necesidad de que se preparen trabajadoras sociales urbanas y rurales, las diferencias entre las dos carreras podrían ser de las de la orientación y el contenido de los cursos prácticos, y la diferencia entre las industrias pequeñas que se enseñan a unas y otras de acuerdo con el medio en que van a actuar.

La trabajadora social rural debe conocer, dada la orientación que en la Secretaría de Educación Pública se ha dado a sus funciones, deportes, juguetería, labores femeniles, costura a mano, etcétera; pero la mayor parte de estos conocimientos están comprendidos dentro de las asignaturas de la Enseñanza Secundaria, como los deportes, los trabajos manuales y otros.

Se puede afirmar que un Programa Mínimo para las Trabajadoras Sociales debe comprender, de manera irreductible, como un mínimo esencial, cursos de Estadística, Demografía, Economía Política, Sociología, Psicología, Derecho Agrario y Obrero, Higiene y Prácticas de Investigaciones Sociales.

SUMMARY IN ENGLISH

How to train female social workers. A scheme for a minimum program

FIRST GRADE

Typewriting and Shorthand.
English.
Hygiene.
Statistics.
Sociology.
Practical Social Research.
Practical Statistics.

SECOND GRADE

Nursing.
Dietetics.
Physical education of children.
Psychology.
Political Economy.
Practical Nursing.
Practical Social Research.

THIRD GRADE

History and Social Economy.
Principles of Agrarian and Labour Law.
Organisation of Cooperative Associations.
Demography.
Practical Food Preserving.
Practical Social Research.

In a minimum Program for Social Workers should be comprised:

- 1st. Sufficient practical courses of Social Research;
- 2nd. Fundamental matters of Social Science, such as Political Economy, Sociology, Statistics and Demography:
- 3rd. Sufficient knowledge to enable the pupil when interrupting his career, to start working in some way, and the Social Workers to practise extensively by teaching a few industries such as Food Preserving, or by making the best use of her knowledge of Nursing, Dietetics, Physical education of children and Hygiene.
- 4th. Psychology is essential and the course should especially be orientated towards the career's finality.

PREPARACION DE LAS TRABAJADORAS SOCIALES

It may be safely surmised that sufficient English is being taught in Secondary Schools to enable pupils at least to translate scientific material. If not, the convenience should be considered of developing English in the first grade and including English in the second grade, so as not to overburden the program.

Where it is considered necessary to train Urban and Rural Social Workers, differences between both careers might be those of orientation and material of practical courses, also the difference between the minor industries both are being taught according to centers where they are going to operate.

In view of the orientation that has been given to her working by the Ministry of Education, the Social Worker must be acquainted with sports, games and toys, women's tasks, needlework, & the larger part of which however are being included in the subjects taught at Secondary Schools, such as sports, Handwork and a few others.

It may be safely asserted that a minimum program for Social Workers should irreducibly include, as an essential minimum: courses of Statistics, Demography, Political Economy, Sociology, Psychology, Agrarian and Labour Law, Hygiene and Practical Social Research.

ESCUELA DE SERVICIO SOCIAL

Colaboración del Museo Social Argentino.

LA ESCUELA DE SERVICIO SOCIAL fué creada por el Consejo Directivo del MUSEO SOCIAL ARGENTINO, a iniciativa del doctor Germinal Rodríguez en el año 1930.

Su creación respondió a una doble necesidad: La formación de una conciencia colectiva que llevara a la organización científica de la beneficencia y la instrucción de un personal técnicamente especializado para que con pleno conocimiento de las causas y efectos de la miseria, aplicara los procedimientos y métodos del Servicio Social.

Tres tipos de asistentes sociales forma la escuela: Los destinados a actuar en las obras de beneficencia; los destinados a promover la organización de los servicios sociales en la industria y el comercio y, por último, aquellos destinados a trabajar como personal técnico auxiliar en las obras de protección de la infancia abandonada o delincuente.

Los cursos de la Escuela de Servicio Social tienen una duración de dos años, durante los cuales se estudian las siguientes materias: 1er. año: Higiene y medicina sociales; Elementos de Economía Política; Economía Doméstica. 2º año: Economía y Legislación Sociales; Organización y Técnica del Servicio Social; Organización de los servicios sociales en la industria y en el comercio; Asistencia a la infancia abandonada o delincuente.

La enseñanza de las materias de este plan de estudio comprende, además de la exposición sintética de la asignatura, su aplicación práctica en forma de encuestas, monografías, ejercicios de seminario, visitas de estudio a obras de asistencia pública y social, etc.

El cuerpo de profesores lo forman: doctor Tomás Amadeo, iniciador y presidente del Museo Social Argentino, profesor de Economía Rural en la Universidad de Buenos Aires y de Derecho Rural de la Universidad de La Plata; doctor Carlos de Arenaza, vicepresidente del Patronato Nacional de Menores, Presidente de la Comisión de la Infancia del Museo Social Argentino; doctor Píladés O. Dezeo, Docente libre de Higiene y Jefe de Trabajos del Instituto de Higiene de la Facultad de Ciencias Médicas; señorita Cidanelia Reynés, Asistente Social egresada de la Escuela de Servicio Social del Museo Social Argentino; doctor Germinal Rodríguez, profesor adjunto de Higiene y Jefe de Trabajos del Instituto de Higiene de la Facultad de Ciencias Médicas; doctor Alejandro M. Unsain, Profesor de las Universidades de Buenos Aires y La

Plata; doctor Alberto Zwanck, Profesor titular de Higiene de la Facultad de Ciencias Médicas y Director de la Escuela de Servicio Social.

La Escuela de Servicio Social recibe dos clases de alumnos: alumnos regulares y alumnos oyentes.

Los alumnos regulares siguen obligatoriamente los cursos, debiendo, al finalizar cada año de estudios, rendir una prueba de competencia.

Los alumnos oyentes pueden seguir la totalidad de las actividades docentes de la Escuela o la enseñanza de una o varias materias del plan de estudios, debiéndolo así hacer constar en el momento de inscribirse.

De la Escuela han egresado 85 alumnos con título, de los cuales 3 están trabajando en la Escuela, 10 en sociedades de Beneficencia, 4 en empresas industriales, 8 en la Dirección de Educación Física de la Municipalidad de la capital, 7 en los Servicios Sociales de los Hospitales, 4 en la Jefatura de Policía, y 3 en Tribunales de menores, Patronatos de menores y recreos infantiles.

Para terminar, les enviamos los estatutos de la Escuela, programa y el volante de propaganda que reparte la Escuela.

REGLAMENTO

Art. 1º—La Escuela de Servicio Social del Museo Social Argentino tiene por finalidad la de impartir una instrucción especial que capacite a sus egresados, para actuar eficazmente: a), en las obras de asistencia a los necesitados; b), en los servicios sociales de la industria y del comercio; c), en la asistencia de la infancia abandonada o delincuente, y d), en las obras de organización y educación social.

Art. 2º—Los cursos de la Escuela de Servicio Social tendrán una duración de dos años, durante los cuales se estudiarán las siguientes materias:

Primer Año: Higiene y Medicina Sociales; Elementos de Economía Política; Economía Doméstica.

Segundo Año: Economía y Legislación Sociales; Organización y Técnica del Servicio Social; Organización de los Servicios Sociales en la Industria y en el Comercio; Asistencia a la Infancia Abandonada o Delincuente.

Art. 3º—La enseñanza de las materias de este plan de estudio comprenderá, además de la exposición sintética de la asignatura, su aplicación práctica en forma de encuestas, monografías, ejercicios de seminario, visitas de estudio a obras de asistencia pública y social, etc.

Art. 4º—La Escuela de Servicio Social recibirá dos clases de alumnos: alumnos regulares y alumnos oyentes. Los alumnos regulares seguirán obligatoriamente los cursos, debiendo, al finalizar cada año de estudios, rendir una prueba de competencia. Los alumnos oyentes podrán seguir la totalidad de las actividades docentes de la Escuela o la enseñanza de una o varias materias del plan de estudios, debiéndolo así hacer constar en el momento de inscribirse.

Art. 5º—Los alumnos regulares que hubieran rendido satisfactoriamente las pruebas de competencia, reglamentarias, recibirán el título de "Asistente Social." Los alumnos oyentes que hubieran asistido a un 75% de las clases

teóricas y prácticas de la materia o de las materias en que se inscribieran, podrán solicitar un certificado de asistencia.

Art. 6º—Para ingresar como alumno regular a la Escuela de Servicio Social, deberán llenarse los siguientes requisitos: a), tener más de 18 años de edad; b), acompañar un certificado de conducta, firmado por dos personas de responsabilidad; c), comprobar haber cursado por lo menos el ciclo completo de la escuela primaria o pertenecer en calidad de miembro o de empleado a una institución de asistencia o previsión sociales, a una industria, comercio u obras de organización y educación sociales o rendir un examen de ingreso.

Los alumnos oyentes deberán cumplir con los requisitos establecidos en los incisos a) y b). Las solicitudes para ingresar en calidad de alumno regular u oyente, serán presentados por escrito, acompañando los documentos exigidos en el artículo anterior. El Museo Social Argentino se reserva el derecho de admitir o no la inscripción.

Art. 7º—Los alumnos regulares pagarán un derecho de inscripción de sesenta pesos moneda nacional por cada año de estudio, cuya suma podrá ser abonada en tres cuotas: la primera en el momento de inscribirse, la segunda en el mes de julio y la tercera en el mes de octubre.

Los alumnos oyentes abonarán al inscribirse un derecho de treinta pesos moneda nacional por cada año de estudios, en el caso de seguir la totalidad de los cursos, o de diez pesos por cada asignatura cuando se inscriban para seguir la enseñanza de una o varias de las que componen el plan de estudios.

Art. 8º—El personal docente de la Escuela de Servicio Social estará formado por el Director, la Secretaria y el cuerpo de profesores.

El Director de la Escuela será nombrado por el Consejo Directivo del Museo Social Argentino y tendrá las siguientes funciones: a), coordinar y vigilar las distintas materias del plan de estudios, así como su aplicación práctica, con el fin de asegurar los propósitos de la Escuela; b), presentar anualmente al Consejo Directivo del Museo Social Argentino un presupuesto de gastos y sueldos, basado en un cálculo de recursos; c), proponer al Consejo Directivo del Museo Social Argentino el nombramiento de los profesores y de la Secretaria de la Escuela.

Los profesores nombrados, serán los directamente responsables de la enseñanza de la materia del plan de estudios a su cargo, cuyo programa sintético deberán presentar a la aprobación del Director, antes de comenzar los cursos.

La Secretaria de la Escuela tendrá a su cargo todo lo referente al cumplimiento del artículo 3º. Dependerá directamente del Director de la Escuela y estará en relación constante con los profesores para colaborar en la enseñanza.

PROGRAMAS DEL PRIMER AÑO DE ESTUDIOS

ELEMENTOS DE ECONOMIA POLITICA

I.—Economía Política: definición y relaciones con otras ciencias. El método en la economía política. Riquezas. Bienes. Necesidades. Utilidad. Valor.

ESCUELA ARGENTINA DE SERVICIO SOCIAL

II.—Producción de la riqueza. Factores de la producción. La naturaleza. El medio físico. El medio social.

III.—El trabajo. Trabajos productivos e improductivos. La división del trabajo. Circunstancias que favorecen o perjudican la productividad del trabajo. La división del trabajo: ventajas e inconvenientes. La racionalización.

IV.—El capital. Definición y concepto. Capitales fijos y circulantes. Las máquinas. Amortización de los capitales. El capitalismo. Clasificación de los trabajos útiles. Trabajos que actúan sobre los hombres. Trabajos que actúan sobre las cosas.

V.—La empresa. Asociaciones para la reunión de capitales. Sociedades. Empresas del Estado.

VI.—Distribución. Renta: teorías de la renta. El salario. Condiciones de los asalariados. Interés. El beneficio.

VII.—Circulación de los bienes. El cambio, la compraventa. La moneda. El crédito.

VIII.—Crisis monetarias, comerciales e industriales. El libre cambio, la protección y el prohibicionismo.

IX.—El consumo de los bienes. ¿Qué es consumir? Diferentes especies de consumos. Consumos privados o públicos. Impuestos.

X.—Cooperativas urbanas y rurales, de consumo, producción, trabajo, crédito y seguros. Mutualidades. Sindicatos profesionales.

XI.—El Museo Social Argentino: su origen, constitución y finalidades. Secciones que integran este Instituto. Asociaciones internacionales.

HIGIENE Y MEDICINA SOCIAL

I.—Historia y evolución de la Higiene.—Higiene individual, pública y social. La medicina preventiva. La medicina social. Asistencia pública y asistencia social.

II.—La salud y la enfermedad.—Factores sanitarios, económicos y sociales que intervienen. El valor económico de la salud y de la enfermedad. La conservación de la salud y la prevención de las enfermedades.

III.—Demografía y Demología.—Divisiones de la demografía; intrínseca y extrínseca; estática y dinámica. Los censos. Estadísticas vitales: nupcialidad, natalidad, morbilidad y mortalidad. La biometría. La inmigración: externa e interna.

IV.—El problema de la población.—Crecimiento vegetativo. Densidad de la población. Población urbana y rural. La pirámide de la población. Las teorías de la población. La lucha contra la despoblación, medios directos e indirectos. Demografía argentina.

V.—La herencia y el medio.—Enfermedades hereditarias; su importancia en la higiene social. La eugenesia; medidas eugénicas positivas, negativas y auxiliares.

VI.—La puericultura.—Definición y divisiones. La morti-natalidad y la mortalidad infantil; sus causas directas. Influencia de las condiciones econó-

micas y sociales. La protección de la mujer embarazada, de la madre y de las familias numerosas. La protección de la primera infancia; asistencia pública y asistencia social del lactante. Fomento de la lactancia materna. La lactancia mercenaria.

VII.—El niño en la edad pre-escolar.—La protección de la segunda infancia; su importancia sanitaria y social. La edad escolar. La higiene escolar y la moderna medicina escolar; sus fines y medios de acción. El médico escolar y la visitadora escolar. Organización de los servicios médicos escolares. La higiene individual del escolar. La alimentación: su importancia sanitaria y social. (Cantinas escolares y clínicas de nutrición.) La defensa del niño débil. La educación de los anormales y retardados.

VIII.—El urbanismo.—Ciudad y salud pública. La higiene urbana. La profilaxis comunal. La habitación: su influencia sobre la morbi-mortalidad general y especial. Importancia social de la habitación higiénica y barata; las casas para obreros. La alimentación de las colectividades: factores individuales, económicos y sociales que intervienen. La protección social de la alimentación.

IX.—El industrialismo.—Influencia de la industria sobre la salud pública. Concepto moderno de la higiene industrial. La higiene individual del obrero. La fatiga industrial. Las intoxicaciones y las enfermedades profesionales. Los accidentes del trabajo.

X.—Organización científica de la industria.—La higiene física en el establecimiento industrial. La jornada de trabajo. El trabajo de las mujeres y de los niños. La orientación profesional.

XI.—Las enfermedades transmisibles.—Factores que rigen su aparición y desarrollo. Endemias, epidemias, pandemias; su importancia económica y social. La profilaxis de las enfermedades transmisibles; denuncia, aislamiento y desinfección. La inmunidad; natural y artificial; activa y pasiva. La profilaxis específica.

XII.—El alcoholismo y las toxicomanías.—Sus causas individuales, económicas y sociales, importancia de la herencia. Acción sobre el individuo, la colectividad y la raza. La lucha contra las toxicomanías y el alcoholismo: medidas individuales y morales; legislativas y sociales. Asistencia pública y asistencia social de los alcoholistas y toxicómanos.

XIII.—La tuberculosis.—Su etiología y epidemiología. Influencia de la edad, del sexo, de la profesión y de las condiciones económicas y sociales. La inmunidad antituberculosa. La lucha contra la tuberculosis; medios directos e indirectos. El dispensario, el sanatorio y el hospital. La protección de la infancia.

XIV.—Las enfermedades venéreas.—Su influencia sobre el individuo, la colectividad y la raza. La lucha contra las enfermedades venéreas; lucha directa e indirecta. Reglamentación y abolicionismo. La profilaxis por el tratamiento; el dispensario antiveneréico. La educación sexual y la antivenérea.

XV.—El cáncer.—Estado actual del problema social del cáncer. La profilaxis; importancia del diagnóstico y del tratamiento precoz. La lucha contra el cáncer; su organización.

XVI.—La higiene mental.—Sus fines y medios de acción. Profilaxis de las enfermedades nerviosas y mentales. Asistencia de los psicópatas y alienados. (Protección abierta y cerrada.) El dispensario de higiene mental.

XVII.—Asistencia pública del enfermo y del convaleciente.—Asistencia hospitalaria. Asistencia domiciliaria social del niño y del adulto enfermo. Asistencia pública y social de los inválidos y de los ancianos.

XVIII.—Previsión médico-social nacional.—Las fuentes de información; la demografía y la estadística. Acción de los poderes públicos y de la iniciativa privada. Sanidad nacional y comunal. Asistencia pública nacional y comunal. La educación sanitaria. Previsión médico-social internacional. La Sociedad de Naciones. La Unión Panamericana. El Office International d'Hygiene. La Liga de las Sociedades de la Cruz Roja.

ECONOMIA DOMESTICA

I.—La economía doméstica.—El concepto corriente: lo que habitualmente se entiende y lo que se debe entender. Los principales obstáculos que deben ser vencidos; la rutina, la indiferencia y la miseria. Objeto de la economía doméstica: el hogar, la familia. Casa-contenido material. Hogar-contenido espiritual y afectivo. La familia-origen. Célula social natural. Componentes: el padre, la madre, los hijos, las hijas. Deberes y derechos de cada uno. Principios de respeto, obediencia y disciplina. Cohesión familiar. Consecuencias sociales de la disgregación de la familia. Función de la Asistencia Social frente al hogar. Creación y fortificación del espíritu de familia. Educación de los miembros de la familia por el asistente social. La Economía Doméstica y el Servicio Social.

II.—El ama de casa.—Su responsabilidad. Virtudes y conocimientos que debe poseer. Consecuencias sociales del descuido voluntario o involuntario del hogar. El ama de casa como administradora del hogar. Los gastos domésticos; los indispensables y los superfluos. Modos diversos de efectuar las compras: a), según las formas de pago; b), según la cantidad. Ventajas e inconvenientes de cada uno de estos sistemas. Libretas y créditos; liquidaciones y remates. El contralor de los gastos; los libros de contabilidad doméstica. El presupuesto doméstico; cálculo aproximado de los gastos de las familias modestas. La previsión y el ahorro. Las sociedades cooperativas y de socorros. La avaricia; el derroche.

III.—Organización del trabajo doméstico.—Economía de tiempo, trabajo y dinero. El aseo, primer elemento para conservar la salud. El orden, primer elemento de belleza. La comodidad que emana del aseo y del orden; su aspecto higiénico, económico y estético. Los elementos de limpieza; los de acción mecánica y los de acción química. El aire y la luz en las habitaciones. La ventilación y el asoleamiento. Luz natural y artificial. Calefacción; procedimientos más económicos. Peligros y accidentes. El mobiliario: disposición y conservación. Ornato de la habitación: su influencia espiritual y moral. Valor de las flores y las plantas y aprovechamiento de restos de tela, lana e hilos como elemento económico de decoración.

MEMORIA DEL VII CONGRESO PANAMERICANO DEL NIÑO

IV.—Los vestidos.—Función sanitaria que llenan. El aseo personal y el de las ropas. El lavado y el planchado de las ropas. Útiles y procedimientos usados. Su costo aproximado. Compra, consumo y economía de los vestidos. Los trajes y el crédito. Cómo se debe guardar la ropa. La aguja como restauradora y creadora. Costura a mano y a máquina. Los trapos viejos. El vestido y la economía familiar.

V.—Los alimentos.—Qué son y para qué sirven. Qué, cómo y cuándo debemos comer. La ración alimenticia bajo su aspecto económico. Las carnes. Carnes de mayor consumo; carne de primera, segunda y tercera calidad. Las aves y los pescados. Los vegetales. Especies comestibles. El régimen mixto; generalidades. Asociaciones culinarias más comunes. El alcohol y los condimentos. Las conservas; comerciales y caseras. Los recursos de la provisión doméstica; industrias caseras. La preparación de los alimentos; cómo y por qué se cuecen. La compra de los alimentos; consejos prácticos para su adquisición económica; precios corrientes. La conservación de los alimentos; procedimientos domésticos. La cocina; su importancia doméstica. La luz, el aire y el agua en la cocina. Diversos tipos de cocina y de combustibles. La batería de cocina; su aseo y conservación. Piezas indispensables. La cocinera; su arreglo e indumentaria. La lucha contra los animales dañinos. El aseo en la preparación de los alimentos. La presentación de las comidas y su importancia higiénica y social. La hora de la comida en el hogar.

PROGRAMAS DEL SEGUNDO AÑO DE ESTUDIOS ECONOMIA Y LEGISLACION SOCIALES

I.—La economía social. Su concepto. La legislación del trabajo. Razón de su existencia. Desarrollo actual.

II.—Historia del trabajo. Diferentes regímenes. La esclavitud. Los siervos. El trabajo en la Edad Media. Nacimiento de la gran industria.

III.—Extensión de la legislación del trabajo por razón de su sujeto. El niño y la mujer. El empleado. Los trabajadores del campo. Los trabajadores intelectuales. La protección a la familia y el mejoramiento fuera de la fábrica.

IV.—Antecedentes de la legislación obrera en la República Argentina. Época de la conquista y de la colonización. Alcance de la Revolución de Mayo. Los códigos. Las leyes especiales. Legislación provincial. Intervención de las municipalidades.

V.—El contrato individual de trabajo. Disposiciones argentinas. El contrato colectivo. Su práctica en el país.

VI.—El salario. Diferentes modos de fijación. Formas modernas. El salario mínimo. Leyes argentinas sobre el salario.

VII.—La mujer y los niños en el trabajo. El problema. Historia. Leyes argentinas que protegen a la mujer y al menor en la industria.

VIII.—Los conflictos del trabajo. Huelgas. Boycot. Causas. Efectos. Legislación argentina.

ESCUELA ARGENTINA DE SERVICIO SOCIAL

IX.—El trabajo a domicilio. Ventajas e inconvenientes. Estudio de la ley argentina N° 10,505.

X.—Accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. Indemnizaciones correspondientes a cada clase de incapacidad. Aspectos principales de la ley N° 9,688.

XI.—La jornada de trabajo. Su limitación. Beneficios sociales que trae aparejados. Examen de las disposiciones de la ley argentina N° 11,554. Descanso dominical. Sábado inglés.

XII.—Instituciones sociales oficiales argentinas. Departamento Nacional del Trabajo. Caja Nacional de Ahorro Postal. Comisión Nacional de Casas Baratas. Agencias oficiales de colocaciones. Instituciones privadas.

XIII.—Organización Internacional del Trabajo. El Tratado de Versalles. Sus principios de protección social. Composición. Resultados.

XIV.—El seguro social. Riesgos que cubre. Aportes. Prestaciones. Examen de las leyes argentinas sobre jubilaciones.

XV.—La desocupación. Causas. Efectos sociales y económicos. Estadística. Remedios preventivos. Seguro social de desocupación. El problema en la República Argentina.

XVI.—Instituciones de derecho civil. La mujer y el menor. Examen de la ley N° 11,357 sobre derechos civiles de la mujer. Los menores y el Código Penal. Tribunales de menores. Patronatos de liberados.

ORGANIZACION Y TECNICA DEL SERVICIO SOCIAL

I.—Evolución histórica del concepto de la caridad.—(Edad antigua, media, moderna y contemporánea.) Caridad, filantropía y beneficencia. El Servicio Social; definición y divisiones. Sus fines y medios de acción. Importancia económica y social del Servicio Social.

II.—El pauperismo.—Pobreza, indigencia y miseria. Influencia de la herencia y del medio. Importancia del factor psíquico. Las causas del pauperismo; intrínsecas y extrínsecas; mediatas e inmediatas; directas e indirectas; primarias y secundarias. Miseria permanente y temporaria. "La línea de la miseria." La mendicidad. Análisis de las causas del pauperismo. Causas directas; enfermedad, invalidez, vejez o muerte del jefe de la familia; irregularidad en el trabajo; paro forzoso; insuficiencia de salario; familia numerosa. Causas indirectas, alcoholismo, juego, ignorancia. Indiferencia, imprevisión. Los círculos viciosos en la miseria.

III.—La asistencia.—Definición. Obras de asistencia individual. Asistencia pública y asistencia social. Obras voluntarias, legislativas, de beneficencia y de organización social. La organización científica de la beneficencia; el diagnóstico social y el tratamiento social. El Servicio Social de los casos colectivos y el de los casos individuales. El fichero central de Asistencia Social: su importancia económica y social. Organización de un fichero de obras de asistencia. Fichero central de indigentes; oficinas de identificación.

MEMORIA DEL VII CONGRESO PANAMERICANO DEL NIÑO

IV.—La previsión.—Definición y formas de la previsión. El Servicio Social en las obras de previsión social.

V.—El Servicio Social de los casos individuales.—Definición. El diagnóstico social. Las encuestas: su importancia. Técnica para recoger los datos de una encuesta. Importancia del factor individual. Modelo general de encuesta. El tratamiento social: sus finalidades y limitaciones. Técnica del tratamiento social, medios directos y medios indirectos.

VI.—Los agentes del Servicio Social.—La Visitadora de Higiene Social y el Asistente Social. Límites de sus funciones. Condiciones personales que deben cumplir.

ORGANIZACION DE SERVICIOS SOCIALES EN LA INDUSTRIA Y EN EL COMERCIO

I.—Ideas generales y definición. Alcances de esta forma del Servicio Social. Historia y evolución del Servicio Social en la industria y en el comercio. La racionalización.

II.—El mecanismo de acción del Servicio Social en la industria y en el comercio. Sus agentes: La Visitadora y el Asistente Social. Límites de su acción. Las encuestas: su importancia y finalidad. Técnica de las encuestas.

III.—El factor humano en la industria: el motor humano y las leyes que regulan su funcionamiento. La fatiga industrial y su profilaxis.

IV.—Los técnicos del Servicio Social en la industria: los superintendentes de usina. La "Academia del Trabajo."

V.—La comodidad y la salubridad en el trabajo. Su importancia médica, económica y social. La higiene física de los locales. (Luz, aire, temperatura, humedad, etc.) Los servicios anexos: guardarropas, lavatorios, baños, etc.

VI.—Las obras de asistencia física en la industria y en el comercio. Comedores industriales, cooperativas de consumos, vivienda obrera, campos de deportes, vacaciones, sanidad industrial, asistencia médica y dental, salas de lactancia y salas-cunas, mutualidades y seguros, prevención de los accidentes y de las enfermedades, mucamas industriales, etc.

VII.—Las obras de asistencia espiritual y moral: a). Destinadas a instruir (Bibliotecas, extensión universitaria, escuelas vocacionales, escuela de aprendices, ciencias y artes aplicadas, etc.). b). Destinadas a distraer (Cultura artística: teatro, música, visitas a museos, clubes sociales, fiestas, conferencias, etc.). c). Destinadas a un fin moral (Lucha contra las toxicomanías, el juego, la pereza, las malas pasiones y los malos hábitos, contra la crueldad y crimen, etc.).

VIII.—Obras de mancomunidad obrera y patronal.—Habilitación de las ganancias de la industria. El salario familiar. Préstamos para edificación. Cajas de Ahorro. Ayuda económica (préstamos). Pólizas de seguros de vida, maternidad; primas dotales. Indemnizaciones especiales por accidentes o invalidez. Cajas de pensiones para ancianos. Cooperativas. Seguros especiales contra el paro forzoso.

IX.—Problemas especiales del Servicio Social en la industria y en el comercio.—a). Orientación y selección profesional. b). El problema de los salarios; las cajas de compensación. c). Legislación obrera; política social. d). El trabajo de la mujeres y de los niños. e). El trabajo en los medios insalubres. f). El trabajo a domicilio.

X.—Organización de los servicios sociales en la industria y en el comercio.—(Iniciativa patronal, obrera o mixta.) El costo de los servicios sociales. El rendimiento de los servicios sociales. Beneficios directos e indirectos para el empleado, el obrero y la colectividad.

INFANCIA ABANDONADA Y DELINCUENTE

Bolilla I.—Infancia abandonada.—La protección del Estado y la Sociedad a la infancia abandonada. Qué se entiende por menor abandonado, concepto social y concepto legal. El menor abandonado ante la legislación argentina y ante la legislación extranjera. El menor en peligro moral. Causas del abandono. Variedades de abandono, abandono material y abandono moral. Necesidades mínimas a proveer a los niños.

Bolilla II.—Prevención y tratamiento del abandono.—Medios para prevenir el abandono. Patria potestad, disposiciones legales. Ley de Organización de los Tribunales y los Defensores de Menores. Disposiciones legales. Los asesores de Menores. Organización de las Defensorías de Menores. El abandono de Menores y la ley 10,903. Legislación extranjera. Instituciones y establecimientos para la prevención y asistencia social de la infancia abandonada, la Sociedad Nacional de Beneficencia, Casa de Expósitos, etc. El Patronato Nacional de Menores. El Patronato Nacional de la Infancia. La Sociedad de San Vicente de Paul, etc.

Bolilla III.—Delincuencia infantil.—Evolución del concepto social y legal. La delincuencia de menores ante la escuela clásica y la positivista, concepto actual. El delito y el delincuente. La delincuencia juvenil a través del universo; su aumento, dificultad para precisarlo. Delitos contra las personas, contra la propiedad, contra la autoridad y contra el Estado. Definiciones, contravención, homicidio, lesiones leves y graves; contra la honestidad; robo, hurto, defraudación, estafa; desacato, atentado, etc. Jurisdicción, autoridades y jueces a los que corresponde intervenir en cada caso.

Bolilla IV.—Delincuencia juvenil.—Causas de la delincuencia juvenil, intrínsecas y extrínsecas; clasificaciones. Constitución física y psíquica, la herencia, las afecciones nerviosas, las infecciones y las intoxicaciones. El medio familiar, la escuela, el taller, la calle, el cinematógrafo, etc. Importancia actual de los titulados "conflictos mentales" en la primera infancia. Definiciones, estadísticas, casos prácticos, etc.

Bolilla V.—El conocimiento del niño.—Nociones de psicología, psicología experimental y racional, definiciones, métodos de investigación psicológica; introspección, observación externa; método experimental, genético, patológico; cuestio-

nario, tests, etc. Evolución neuropsíquica del niño. Aplicación de "Tests," etc. Las clínicas de observación y orientación infantil, etc.

Bolilla VI.—Prevención de la delincuencia infantil.—Medios y procedimientos. Legislación. Los tribunales para menores; el tribunal unipersonal y el colegiado. La intervención de la mujer en los juicios en que los menores son parte. Condiciones a llenar por los jueces de menores. Locales de audiencia. La legislación y los procedimientos en Europa y América. (Visita al Tribunal.)

Bolilla VII.—Actos que preceden al juicio.—La información de vida y costumbres; rol a desempeñar por los asistentes sociales. El delegado del tribunal. Encuestas e informaciones: sistemas, procedimientos, formularios, etc. El arresto y la detención provisoria de los procesados. Establecimientos especiales, etc. (Visita a la Alcaldía de menores, etc.)

Bolilla VIII.—El juicio.—Carácter del juicio: audiencias privadas y secretas, publicidad, personas autorizadas para presenciarlas, variedad en los procedimientos. Audiencia de testigos y juicios en los que intervienen procesados menores y adultos conjuntamente. Resoluciones que puede tomar el tribunal; sobreseimiento, suspensión de sentencia, libertad del acusado, libertad bajo vigilancia, colocación en familia, en hogares extraños, internación en establecimientos, etc.

Bolilla IX.—Libertad vigilada.—La libertad vigilada y las funciones del delegado. Delegados honorarios y delegados rentados. Condiciones a llenar por los delegados. El delegado y el niño. El delegado y la familia, el delegado y la escuela, el delegado y el taller, el delegado y las amistades y diversiones del niño. Sistema.

Bolilla X.—Los establecimientos.—Caracteres generales que deben reunir, capacidad, ubicación, construcciones, instalaciones, personal, etc. Disciplina. Instrucción escolar y profesional. Recompensas y castigos. Costo de sostenimiento. Asistencia a los egresados. Establecimientos para niñas, para indisciplinados, para anormales y enfermos. Hogares de semilibertad. Resultados.

Bolilla XI.—La ley 10,903 y su reglamentación.—Exposición crítica de la misma. Propósitos que se tuvieron al dictarla. Resultados obtenidos. Estudio comparativo con las legislaciones similares en Europa y América. Reformas o modificaciones que convendría introducirle.

Bolilla XII.—Instituciones y establecimientos en la Argentina.—Instituciones oficiales y privadas. La Alcaldía de Menores. La Escuela de Artesanos Almafuerte. La Colonia Hogar "Ricardo Gutiérrez." El Colegio "Carlos Pellegrini." La Casa del Niño. La Asociación Tutelar de Menores y sus establecimientos de sistema familiar. Visita a establecimientos, etc.

Bolilla XIII.—El trabajo de menores.—Legislación. El trabajo de menores en la vida pública, en fábricas y talleres. El servicio doméstico. El trabajo agrícola. La delincuencia juvenil en relación con el trabajo de menores.

PROFESSIONAL EDUCATION FOR CHILD WELFARE WORKERS

Miss. SOPHONISBA P. BRECKINRIDGE,
Chicago, Illinois, U. S. A.

SINCE the Sixth Pan-American Child Congress there has been marked development in the field of Professional Education for Social Work, including the preparation of persons for all aspects of Child Care and Child Welfare Work. In the United States, at any rate, Child Welfare is now recognized as one aspect of Social Work for which a Minimum Curriculum has been developed and accepted by the Association of Schools of Social Work. It may be of interest to the members of this Conference to know that there is such an association in the United States in which there are thirty Schools of Social Work, in the curriculum of each of which the courses devoted to the subject of Child Welfare constitute an important and integral part. The basis of membership has to do with: 1) Organization separate from other divisions of the University; 2) the experience and educational qualifications of the instructional staff; 3) the library equipment; 4) the endowment, and 5) the permanence of the organization. It may also be interesting first to state certain principles that are now accepted and then to describe this curriculum somewhat more at length. Among these principles are:

(1) Education for Professional Social Work should be on at least as high an academic level as education for the practice of Law or of Medicine. In the United States, this means, in general, that the professional curriculum should be based upon a four year college course following the accepted four year curriculum of the secondary school.

(2) The professional course should assume a reasonable preparation in the field of the Social and Biological Sciences, specially Economics and Government and the basis of sound psychological understanding.

(3) The professional curriculum should contain three bodies of instruction, a) that given in the class-room; b) that given in the field corresponding to the Clinical Work of the hospital in a Medical Curriculum; and c) that given in research, both in the library and in field research.

(4) These fields of instruction should be so arranged and interrelated as to introduce the student to four divisions of information.

On the basis of these principles a Minimum Curriculum has been formulated and adopted. The Curriculum contains four divisions. In the first of

MEMORIA DEL VII CONGRESO PANAMERICANO DEL NINO

these divisions, containing courses on so-called Case Work and Medical and Psychiatric Information, all three are required; in the other three divisions there is a degree of choice.

In the second division, two out of three courses are required; in the third, there four from which two must be taken; and in the fourth, there are four from which only one is required. This means a considerable range of choice, yet a fair degree of common discipline.

The prospective Child Welfare worker will participate in courses containing these different lines of instruction, and will be able to cooperate intelligently with social workers engaged in other forms of social work. At least one year of this organized instruction is now regarded as a minimum preparation and undoubtedly in a short time two years will be thought of as the least time in which to contemplate preparing for such responsible work.

It may be noted that on November 1, 1934 there were in the 29 schools then in the Association, 6,602 students of whom 1,104 were men and 5,498 were women and 3,910 were graduate students. During the year 1934-5, in fact, 912 persons selected from the staffs of the Federal Relief Administration from 39 states and 225 students from the State Relief Staffs were enabled by the provision of scholarships to attend one or another of these schools.

Reference should also be made to another development which has affected the educational program. Constantly, the increase in the appreciation of the importance of the social treatment of the child in the family group has led to the development of facilities for social and psychiatric treatment of the individual as contrasted with reliance on compulsion or on statutory change without facilities for treatment. The recognition of treatment as a substitute for compulsion and of case work as a resource in addition to environmental changes expresses itself in the developing curriculum in three ways. In the first place, there are courses being organized with increasing effectiveness which deal with the problems of Psychiatry in Case Work Treatment and Behavior Problems of Children. Secondly, these courses are supplemented by the Field Work in both Medical Social Work and Psychiatric Social Work. This Field Work is done under the supervision of a member of the Staff of the School of Social Service, but in connection with a Clinic or a so-called Psychiatric Institute or Laboratory. A third development takes the form of an experimental research project in Psychiatric Social Work which may deal especially with problems of Probation and the treatment of children and adults who have either come in conflict with the law or are in moral danger. These three lines of instruction which are made available in a curriculum of Social Work may be supplemented by courses in Mental Testing, in Clinical Examination of Children, in Mental Growth, as well as by courses which have to do with Juvenile Court Organization and, in general, with the problems of Crime and Punishment. To take advantage of such a curriculum will require probably not less than three years after the completion of the work for the Baccalaureate degree and the student is then fairly well equipped to enter upon responsible service

EDUCATION FOR CHILD WELFARE WORKERS

in connection with Child Placing, Juvenile Court Organization, or special Psychiatric Service of a Clinic or Hospital. Especially the experimental research will indicate the shortcomings of the services already available through the standard agencies and will suggest developments in staff and in methods of work. That research will also, of course, call attention to the deficiencies in the Community Organization, in the attitude and relation of the Police Force to the children of the community, to the disastrous mental and moral consequences of economic deficiency or domestic neglect, improper housing and recreation facilities.

It is not intended to imply that all of this educational development has been endorsed and approved by the Association of Schools Work. The courses in the first year, or minimum curriculum, have, however, been outlined so that every school may supply at least that opportunity for the professional equipment of the prospective Child Welfare Worker. The more fortunate schools, which are organized in connection with universities, or which enjoy fairly generous endowments, are able to provide training of this kind and a development in these directions is anticipated on the part of all the Schools which are admitted to membership in the Association.

Frankness compels the admission that not all the Schools in the Association; fulfill the requirements now imposed upon those recently admitted to the Association but it has been decided that within two years any School not fulfilling these requirements will either improve and amplify its work or withdraw from the Association.

The following resolutions will, perhaps, express the view now generally accepted with reference to the education of prospective Child Welfare Workers in the United States:

First, that the preparation for Child Welfare Work should be of as high an academic level as preparation for the practice of the so-called "learned" professions;

Second, that the professional course should be based upon reasonable preparation in the Social and Biological Sciences and especially in Economics and Government;

Third, that adequate preparation will be based upon three forms of instruction: a), that given in the classroom; b), clinical work with a recognized Social Case Work Agency, under the direction of the responsible educational institution; and c), experience in research technique.

Fourth, the curriculum should contain courses relating to Case Work Methods, Public Welfare Organization, Community Organization, and Social Reform.

EDUCACION PROFESIONAL DE LOS TRABAJADORES EN EL SERVICIO DE PROTECCION A LA INFANCIA

Srita. SOPHONISBA P. BRECKINRIDGE,
Chicago, Illinois, U. S. A.

DESDE que se celebró el Sexto Congreso Panamericano del Niño se ha venido notando un movimiento bien marcado en el campo de la educación profesional para el servicio social, incluyéndose en él la preparación de personas para atender a todas las fases de los trabajos de cuidado y protección de la infancia. De cualquier manera, en los Estados Unidos se reconoce el bienestar de la niñez como una fase del trabajo social para lo cual se ha preparado un programa mínimo de enseñanza, que ha sido aceptado por la Asociación de Escuelas de Servicio Social. Debe interesar a los miembros de esta Conferencia saber que existe en realidad una asociación de este carácter en los Estados Unidos, formada por 30 escuelas de servicio social, las cuales, entre sus cursos de enseñanza, incluyen preferentemente el de materias relacionadas con el bienestar del niño y constituyen éstas una parte integral muy importante de sus planes de estudios. Para ser miembro de la Asociación se requiere:

1). Una organización independiente de los otros departamentos de la Universidad; 2). Idoneidad y capacidades del personal docente; 3). Equipos de biblioteca; 4). Las dotaciones en efectivo, y 5). La estabilidad de la institución. Es interesante apuntar también varios principios que han sido aceptados ya y describir, a la vez, el programa de enseñanza con más extensión. Entre estos principios se incluyen:

1.—La educación para el servicio social profesional deberá ser del mismo nivel académico del que se requiere para las carreras de abogado y de médico. En los Estados Unidos esto significa, en general, que los programas de enseñanza deben basarse en un curso preparatorio de cuatro años siguiente al de cuatro años de las escuelas secundarias.

2.—El curso profesional deberá comprender una preparación razonable en el campo de las ciencias sociales y biológicas, especialmente en economía y en gobierno, así como una base sólida de comprensión psicológica.

3.—El programa de estudios profesionales deberá comprender tres grandes grupos de instrucción, a saber: a), la cátedra; b), el correspondiente a los trabajos de clínica comprendido en los programas de las escuelas de medicina; y c), el de investigaciones, tanto en bibliotecas como en la práctica.

4.—Estas materias de instrucción deberán arreglarse de tal manera y entrelazarse de tal modo que permitan la entrada al estudiante a estas cuatro divisiones informativas.

EDUCACION PARA EL SERVICIO DE PROTECCION A LA INFANCIA

Basándose en estos principios, se ha formulado y adoptado un Programa Mínimo de Estudios. El programa está dividido en cuatro partes. En la primera de ellas se incluyen cursos en el llamado trabajo de casos y de Información Médica y Psiquiatra; estos tres se requieren. En las otras tres divisiones puede elegirse el curso.

En la segunda división, de tres de los cursos se requieren dos de ellos; en la tercera hay cuatro de los cuales deben elegirse dos, y en la cuarta hay cuatro, de los cuales debe tomarse uno. Lo anterior suministra un amplio campo de selección y a la vez cierto grado de disciplina.

El aspirante a trabajador del servicio social deberá participar en cursos que incluyen las clases anteriores de instrucción, y estará capacitado para cooperar con inteligencia con los demás trabajadores sociales dedicados a diversas formas de trabajo social. Por lo menos se requiere un año de esta instrucción organizada como un mínimo de preparación, y sin duda que en muy poco tiempo se requerirán cuando menos dos años de preparación para un trabajo de tanta responsabilidad.

Se debe hacer notar que el 1º de noviembre de 1934, había en las 19 escuelas que integraban entonces la Asociación, 6,602 alumnos, de los cuales 1,104 eran hombres y 5,498 mujeres, habiendo entre ellos 3,910 alumnos graduados. En efecto, durante el año de 1934-35, 912 personas seleccionadas de entre los personales de la Administración Federal de Beneficencia, en 39 Estados, y 225 alumnos de los personales de las Agencias Estatales de Beneficencia, tuvieron oportunidad de aprovecharse de becas para asistir a cualquiera de esas escuelas.

Asimismo, debe hacerse referencia a otro desarrollo que ha afectado el programa de educación. Constantemente, el aumento en la estimación de la importancia del tratamiento social del niño en el grupo de la familia ha conducido al desarrollo de facilidades de tratamiento social y psiquiatra del individuo, en contraste con el hecho de depender de la fuerza o en cambios en los códigos, sin facilidades para el tratamiento.

El reconocimiento del tratamiento como un sustituto de la fuerza y del trabajo de casos como un recurso, además de los cambios de ambiente, se expresa en el desarrollo del programa de enseñanza en tres distintas direcciones. En primer lugar, se están organizando cursos con mayor eficacia que se ocupan de problemas de psiquiatría en el tratamiento de casos y de problemas de conducta de los niños. En segundo lugar, estos cursos se completan con trabajos de medicina social como de psiquiatría social. Esta práctica se hace bajo la vigilancia de un miembro del personal de la Escuela de Servicio Social y en conexión con una clínica o un instituto o laboratorio de psiquiatría. El tercer desarrollo toma la forma de un proyecto experimental de investigaciones en trabajos sociales de psiquiatría, que traten de problemas de libertad vigilada y del tratamiento de los niños y adultos que han tenido dificultades con las leyes o se encuentran en peligro moral. Estas tres clases de instrucción que se encuentran comprendidas en los programas de enseñanza del servicio social pueden reforzarse por medio de cursos en pruebas mentales, exámenes clínicos de niños, desarrollo mental y por cursos que tengan conexión con la organi-

zación de los tribunales de menores en general y con los problemas criminales y de castigo. Para aprovechar estos programas de enseñanza se requerirán tres años más o menos después de haberse completado los cursos para obtener el bachillerato, y entonces el alumno estará lo suficientemente bien preparado para dedicarse a la práctica en conexión con la colocación de los niños, organización de los tribunales de menores, o servicios especiales de psiquiatría, clínica y hospitales. Las investigaciones experimentales, especialmente, indican las deficiencias de los servicios existentes, por medio de las agencias standard y sugerirán las mejoras en los personales y en los métodos de trabajo. Esas investigaciones, asimismo, apuntarán las deficiencias en las organizaciones vecinales, y en la actitud y relación de la policía con los niños de la comunidad, a las desastrosas consecuencias mentales y morales de la deficiencia económica o de la negligencia doméstica y a la deficiencia de los establecimientos de recreación.

No se quiere decir con esto que todos los desarrollos educativos han sido respaldados o aprobados por la Asociación de Escuelas de Servicio Social. Los cursos del primer año, o de programa de enseñanza mínimo, han sido trazados, de manera que cualquiera escuela pueda suministrar, cuando menos, la oportunidad para la preparación profesional del aspirante a trabajador del servicio social. Las escuelas más afortunadas que están organizadas en conexión con las universidades o que gozan de generosas dotaciones en efectivo, están en condiciones de ofrecer entrenamiento de esta naturaleza y un desarrollo a lo largo de estas sendas lo esperan las escuelas que han sido admitidas como miembros de la Asociación.

La franqueza nos impulsa a declarar que no todas las escuelas que forman la Asociación cumplen con los requisitos que se imponen actualmente, a las que han sido admitidas recientemente; pero se ha acordado que, dentro de dos años, cualquiera de las escuelas que no cumplan con esos requisitos deberán mejorar y ampliar sus trabajos o serán dadas de baja de la Asociación.

Las resoluciones siguientes expresarán, probablemente, los puntos de vista que han sido aceptados en general, con referencia a la educación de los aspirantes a la carrera de trabajadores sociales en los Estados Unidos:

Primero, que la preparación para el Trabajo de Protección a la Infancia debe ser tan avanzada como los niveles académicos de preparación para la práctica de las llamadas profesiones "liberales."

Segundo, que el curso profesional debe basarse en la preparación razonable en las ciencias sociales y biológicas, muy especialmente en la económica y en la de gobierno.

Tercero, la preparación adecuada deberá basarse en tres formas de institución: a), la de la cátedra; b), trabajos de clínica en una agencia de servicio social, bajo la dirección de una institución educativa responsable, y c), experiencia en la técnica de investigaciones.

Cuarto, el programa de enseñanzas deberá comprender cursos relativos a Métodos de Trabajos de Casos, Organización de Bienestar Público, Organización Comunal y Reformas Sociales.

SERVICIO SOCIAL INFANTIL Y DE HIGIENE DOMESTICA

Profesora ELENA TORRES,
México, D. F.

PARA aquellos que tomamos parte en los primeros movimientos post-Revolución y que asistimos a los primeros Congresos del Niño, el tiempo no ha pasado en vano: recordamos los primeros Congresos y comparamos los limitadísimos elementos con que se combatía entonces y con los que se cuenta ahora, que si están muy lejos de cubrir las necesidades del país, son muy superiores a los que había para tal objeto en aquellos años.

Convocaban entonces el Ingeniero Félix F. Palavicini y el Doctor Alfonso Pruneda; los Congresos se ocupaban mucho más de proyectar planes de acción, la obra era escasa y pobres las demostraciones que podían hacerse y las ayudas que se daban para proteger al niño. En las exposiciones se presentaban sugerencias, se distribuía literatura y todos nos retirábamos con el propósito de trabajar, enriquecidos con las ideas que allí se vertían y que eran un intercambio valioso.

Después de uno de estos Congresos, el segundo, la Doctora Antonia L. Ursúa y la señorita Elena Landázuri, establecieron la primera clínica gratuita para los niños pobres en el mercado del "El Volador," trabajo modestísimo, pero con puntos de vista muy amplios. Se trataba de la Primera Clínica de Higiene, desligada de ideas tendientes a proporcionar limosna a los necesitados; su ideal fué servir como una escuela para las madres, que les proporcionara recursos de conocimiento para velar por el interés de sus hijos, que son los intereses de la sociedad que tiene que substituirnos.

Otras personas, entre las que podemos contar a la señora Aurelia Bórquez, el señor Sierra y otras más, se ocuparon de abrir dormitorios infantiles, tratando de resolver un problema que continúa en pie, no obstante el dormitorio que la Beneficencia Pública en el Distrito Federal tiene abierto en la calle de la Soledad.

El Licenciado Vasconcelos patrocinó una junta organizadora del Servicio de Desayunos Escolares, siendo Rector de la Universidad Nacional. Integramos esa Junta el Ingeniero Roberto Medellín, como Presidente; el Ingeniero Luis Massieu, como Tesorero, y la que esto escribe, como Secretaria Ejecutiva, encargada de la Jefatura del Servicio.

MEMORIA DEL VII CONGRESO PANAMERICANO DEL NIÑO

Los trabajos de Higiene Escolar y de investigación en relación con este servicio fueron escasos; los médicos que pudieron haberlo hecho ocuparon su tiempo en criticar la obra y solamente el Doctor González Ureña prestó una inteligentísima cooperación, encargándose de dirigir las curaciones de los niños enfermos de la piel, que eran motivo de una separación en la ESCUELA DOCTOR BALMIS; el mismo Doctor González Ureña vigiló cuidadosamente la influencia de la ración complementaria dada a los niños, que consistía en dos panes blancos, un cuarto de litro de leche, con café muy ligero, con arroz o sola. El resultado fué excelente y el Doctor González Ureña pudo comprobar que por lo menos un setenta por ciento de los niños, padecían de afecciones de la piel por falta de alimentos suficientes.

Por aquellos días, el Departamento de Salubridad contaba con un presupuesto mezquino y su influencia no podía llegar fuera del Distrito Federal en forma de servicio.

En estas condiciones, el año de 1923 visité a varios funcionarios, entre ellos al Doctor Alfonso Pruneda, que era Secretario General del Departamento de Salubridad, con el propósito de conseguir su ayuda para organizar la primera misión de cultura rural. El Departamento, por conducto de su Secretario General, me dió todos los materiales necesarios para realizar trabajos de Higiene, de Profilaxis y de Puericultura. Comisionó a una Enfermera y Partera competente, la señora Jovita Muñiz, y me dió completa autorización para usar los recursos como yo quisiera.

Así, en esa forma modestísima, se inició el trabajo de Salubridad que ahora es tan amplio y bien metodizado. En 1926, a mi regreso de mi permanencia para estudiar en los Estados Unidos, organizamos sin presupuesto especial las primeras seis Misiones de Educación Rural dependientes de la Secretaría. Los misioneros salieron con carácter de comisionados, cobrando sus sueldos a distintos Departamentos de la Secretaría. Los instructores de ellos fueron invitados para dar cursos de preparación y lo hicieron voluntariamente y en forma honoraria. Lo relativo a la instrucción de Higiene, Sanitaria y de Profilaxis, estuvo a cargo del Doctor Manuel Martínez Báez y de la Doctora Antonia L. Ursúa.

Ahora, en 1935, nos encontramos en presencia de realizaciones que son un testimonio de lo que se está haciendo. El suntuoso edificio que sirve de matriz a las Delegaciones Sanitarias que están diseminadas por todo el país, las numerosas clínicas pre-natales, las clínicas infantiles y las anti-venéreas, constituyen los instrumentos que educan a las madres, atienden a los pequeños y previenen las malas herencias a que pueden dar lugar las enfermedades específicas.

Ver la obra social que en relación con la Salubridad e Higiene se está haciendo, atendida por manos expertas y dirigida por mentalidades bien preparadas, satisface cuando recordamos los comienzos de todo esto; pero inquieta pensar en que con todo, apenas alcanza a un pequeño número de madres y de niños, que allá en el campo y aquí en la ciudad, en los lugares más desheredados, se

debate, junto con la miseria económica, la miseria fisiológica que es la semilla, moral y material, de las desdichas de la sociedad futura.

Pienso entonces que el presupuesto debe de aumentarse, pero pienso también que hay que enderezar el esfuerzo para conseguir la educación de todas las madres mexicanas como un recurso de higiene social que garantice la eficiencia de la tarea.

Tenemos recursos naturales de defensa, como nuestro sol que brilla todo el año, elementos que en materia de alimentación pueden ser utilizados con mayor prudencia para la salud y para mayor deleite del gusto. Tenemos sectores sociales que deben ser ocupados sabiamente y manejados por los preparadores, para que el servicio alcance a todos.

Bien puede el Departamento de Salubridad crear un sistema de servicio infantil obligatorio para todas las niñas mayores de catorce años y menores de diez y ocho. Es muy posible que en el término de diez o quince años pueda cubrirse el servicio total de la atención infantil, aparte de que la educación femenina quedará garantizada en el aspecto vital que implica el interés de la especie.

Cuatro puntos serían atendidos:

1. Higiene de la alimentación.
2. Higiene de la habitación.
3. Higiene del vestido y aseo personal.
4. Cuidado infantil.

Es muy posible que algunas personas afirmen que la educación a las niñas debe darse en las escuelas públicas; yo misma he analizado este punto, pero no todas las niñas mayores de catorce años asisten a la escuela, y las que asisten no prestan servicio social, lo están recibiendo ellas. Quizá se están preparando para hacer un servicio importante, destinado a ser desempeñado por la minoría, pero la mayor parte de las veces tampoco reciben la preparación que debe ser común a todas las mujeres, cualquiera que sea su situación social o su preparación intelectual.

El Departamento de Salubridad Pública, cualquiera que sea el presupuesto y los elementos de que disponga para proteger a los niños, tiene que contar, para realizar su propósito, con la madre, y ésta es la que forma la gran masa femenina. Sólo las mujeres, educadas convenientemente, pueden proteger los intereses de las generaciones futuras que esperamos que tengan mayor interés en la salud, la belleza y la abundancia de las cosas necesarias para todos, que en reñir por todas las cosas y hacer guerras y matanzas.

En una sociedad culta, ciertos servicios deben ser hechos por las mujeres. Son ellos todos los servicios públicos y privados que constituye las actividades que deben desarrollarse en la industria ligera. La industria pesada tiene que estar desempeñada por hombres. Ciertos trabajos de servicio público deben ser equivalentes a los que son exclusivos de los hombres. Muchos Gobiernos consideran el servicio militar obligatorio para los hombres. No es el caso nuestro, en que el soldado es una clase social. No es este lugar a propósito para discutir los inconvenientes de esto, pero sí debe prevenirse que se considere

como una carrera especial la atención infantil, cuando no es el caso de una preparación verdaderamente profesional.

Para todas las mujeres de México es deseable que se establezca el servicio infantil y de higiene doméstica obligatorio. Que éste dure dos años y que se inicie poco a poco para que en el curso de dos o tres generaciones alcance a todas las jóvenes de México.

Debe comenzarse por investigar la proporción de muchachas de esta edad en nuestra población total. Yo pienso que entre 24 y 30 por cada mil habitantes, y que por todas serán unas 540,000. El cálculo está hecho tomando en consideración los lugares pequeños donde se puede apreciar el número de jovencitas en relación con el número total de habitantes. Reduciendo al principio el servicio infantil y de higiene doméstica a la población urbana de algunas entidades y ciertos sectores rurales, puede el servicio iniciarse con la décima parte de lo que se requiere para la totalidad de la población del país.

Si este servicio tuviera una duración de dos años, se destinaría un año para servicios de higiene doméstica y un año para servicio de atención infantil y educación de los párvulos. Con esta preparación común, a más tardar dentro de diez o quince años, contaríamos con una generación de madres que constituirían una fuerza poderosa en la realización de ideales generosos contenidos en las doctrinas colectivistas y que tan mala interpretación tienen las más de las veces.

Quedarían como plazas permanentes en el presupuesto, aquellas destinadas a pagar a los científicos, a los técnicos y a los expertos con trabajo calificado. Tendrían que desaparecer las inspecciones y otras plazas que constituyen un peligro muy serio para conservar la integridad moral de los procedimientos que se ponen en práctica para hacer cumplir algunas disposiciones que son dictadas por las Jefaturas o por los Cuerpos Técnicos con la mejor intención, pero que se ejecutan por gente incapaz de medir las consecuencias de sus actos. Gente que contribuye a aumentar los sufrimientos humanos en vez de aliviarlos y que representan la contradicción con los propósitos de la institución a que sirven.

En el momento actual, cuando los recursos económicos son, si no suficientes para las necesidades a que hay que atender, por lo menos superiores a los que había hace doce a quince años, conviene prevenir cualquiera equivocación para el futuro. En el punto particular de los intereses del niño, conviene:

1º Tomar en consideración las ventajas favorables que ofrezca nuestro clima. La pobreza de nuestro pueblo y la necesidad de hacer de la asistencia infantil y de la protección de la madre, un servicio que alcance a toda la población de México.

2º Que por razones de economía y de interés social y para atender a un aspecto fundamental de la educación femenina, se cree el Servicio Infantil y de Higiene Doméstica.

3º Que se pida la expedición de una Ley en términos de que las jóvenes de 14 a 18 años presten servicio, sin distinción de preparación intelectual y mucho

SERVICIO SOCIAL INFANTIL

menos social, y que éste sea hecho precisamente en las ciudades, villas o comunidades de su residencia.

4º Que se señale a los miembros de las brigadas de servicio infantil y de higiene doméstica un salario no mayor de aquel que produce un trabajo manual en fábricas y talleres, para que el servicio no entrañe una dificultad en la vida común del pueblo.

LA COORDINACION Y DESARROLLO DE LOS TRABAJOS ENCAMINADOS A PREPARAR A LAS MADRES PARA LA DEBIDA PROTECCION DE SUS HIJOS

Sra. ENELDA G. de FOX,
México, D. F.

TOMANDO el punto de vista de las madres y sus problemas, y conociendo la urgente necesidad de prepararlas y ayudarlas en su difícil tarea de criar, proteger y educar una generación, me permito sugerir aquí la forma cómo este importante propósito podría llevarse a cabo eficaz y económicamente.

Primero es necesario hacer notar que debe recomendarse que los departamentos oficiales o privados que se dediquen a la protección de la infancia o a la educación de los niños, busquen la manera cómo lograr la mayor cooperación voluntaria de los padres, procurando, además, ganarse su confianza. De lo contrario, no sólo se pierde el tiempo y el dinero que se dedique a estos trabajos, sino que los prejuicios de los padres se agravan al punto de provocar antagonismos y el niño se encuentra en un conflicto morboso, entre los prejuicios e ignorancias de su hogar, y el idealismo o exigencias dogmáticas del gobierno o de las agencias que se impongan.

El ganarse la opinión pública debería ser el primer paso a cualquier acción social que forzosamente necesita la cooperación del público, sobre todo en un trabajo de esta naturaleza que intenta preparar y ayudar a las madres para la importante tarea de formar hombres y mujeres para la comunidad.

Con la intención de lograr la cooperación pública, es necesario hacer un estudio de los prejuicios e ignorancias existentes que pudieran ser un impedimento; con el propósito de conocer los obstáculos y poder buscar la mejor forma de vencerlos sin crear antagonismos al proyecto o al programa que se desea llevar a cabo. Posiblemente esto requiere una reeducación de las ignorancias y prejuicios que se deseen erradicar, llamando la atención del público sobre el problema existente antes de proponer el remedio. De esta manera generalmente resulta que el público es el primero en insistir que se desarrolle un programa reparador y ayudar a su realización.

Una vez preparado el camino, habiendo eliminado el impedimento de la oposición que pudiera llegar hasta a destruir el proyecto, y una vez conquistada la opinión pública en suficiente mayoría para poder contar con su apoyo,

entonces, y no antes, se podría presentar el programa, y esto debería de iniciarse de tal modo que despertara entusiasmo en su favor, apelando a las emociones y a los sentimientos altruistas.

La emoción da el impulso a la energía y, cuando no se despierta, la reacción del público sería negativa y en cuyo caso no sería posible llevar a cabo un trabajo de esta naturaleza. Por otra parte, cuando no se prepara el terreno antes de introducir un propósito nuevo, existe el peligro de que el público se declare en su contra debido a prejuicios y a desconfianzas.

Con respecto al programa que presento aquí, veremos que se funda en dos necesidades sobresalientes que son comunes a toda sociedad y que merecen ser enfrentadas con premura. Este programa atendería simultáneamente dos problemas por medio de un solo trabajo.

Estos problemas son:

Primero.—La necesidad de preparar a las madres para la debida protección de sus hijos.—Nuestra civilización ha llegado a un estado en que necesita reconocer que ya no puede considerar que los instintos animales del ser humano sean lo suficientemente eficaces para que la madre pueda confiar y depender de ellos como una guía en la crianza, protección y educación de sus hijos. Los instintos maternos que la madre tiene en común con los animales no son suficientes como una preparación para la vida civilizada.

Parece increíble lo poco que las comunidades han hecho prácticamente para preparar y ayudar a la mujer en la actividad que tenemos que admitir como la más importante de su naturaleza, eso es el cuidado, crianza y educación de los hijos.

La escuela se ha preocupado casi exclusivamente por impartir conocimientos que considera más o menos esenciales desde el punto de vista intelectual o de la vocación; pero verdaderamente no se ha enfrentado con el problema de educar a las madres en la preparación del escolar; el niño entra a la escuela ya impedido por daños físicos o mentales que provienen, en gran parte, de la ignorancia y falta de preparación de los padres. La escuela apenas empieza a comprender que hay ciertas actitudes y estados que significan una mala salud mental y que, por lo general, son el producto de un hogar ignorante en la higiene apropiada.

La salud mental, tanto como la física, deberían considerarse de importancia en la educación si deseamos que el niño aproveche los fines de su enseñanza y llegue a ser un individuo ecuánime, desarrollado en inteligencia, consciente, sin egoísmo, y comprendiendo el valor de la cooperación; adaptable a la vida en una forma productiva, armoniosa y feliz.

Segundo.—La segunda necesidad, que acompaña a la anterior, es descubrir los suficientes conocimientos sobre ciertos defectos de nuestra sociedad. Necesitamos estudiar más ampliamente todas las condiciones y tendencias de la generación que se va desarrollando, no sólo con el propósito de la prevención y curación de enfermedades físicas y mentales, sino también con el fin de llegar a conocer mejor todos los factores que influyen sobre el desarrollo del ser humano, débanse a la herencia o al medio ambiente.

Todos los investigadores, médicos, psicólogos, psiquiatras, antropólogos, eugenistas, biólogos, educadores, etc., comprenden lo útil que sería poder recurrir a datos estadísticamente compilados, tomados de millares de niños a través de todo su desarrollo, incluyendo, hasta donde sea posible, datos sobre la herencia. Documentos de este tipo formarían una fuente de inspiración que ayudaría a esclarecer muchos problemas que no se podrán comprender de otra manera y que indicarian también el modo de resolverlos.

Además del valor colectivo que tienen para la comunidad estas historias del desarrollo de los niños, existiría el enorme valor para el individuo de un amplio estudio continuado de su persona, un estudio que no sólo ayuda a mantenerlo en las mejores condiciones posibles de salud y capacidad, sino que también le ayuda a comprender sus responsabilidades y posibilidades.

Desde el punto de vista económico, las sociedades modernas consideran que esta continua vigilancia del niño constituye el programa de mayor economía para la salubridad del país.

Estas dos necesidades, la educación de las madres y la historia continua del niño, incluyendo la compilación de estadísticas que requieren las ciencias correspondientes, se podrían atender simultáneamente coordinando la vigilancia del niño con la preparación de la madre.

Existen en las comunidades modernas centros de protección de la infancia que se preocupan de la curación y vigilancia de los niños.

Estos centros deberían clasificarse en dos grupos: el primer grupo incluiría los centros correspondientes a ciertas edades de niños normales; el segundo grupo constaría de los centros de función especial para casos excepcionales.

El primer grupo comprendería:

1. Los centros de vigilancia y cuidados de la maternidad, cubriendo el período pre y post-natal, la lactancia y el destete. Esto es, desde la concepción hasta los dos años de edad.

2. Los centros de vigilancia y cuidados del niño pre-escolar. Cubriendo el período de dos a seis años, o sea el de preparación para la escuela.

3. Los centros de vigilancia y cuidados de los escolares, incluyendo los trabajos de las diferentes secciones como la de Higiene Escolar, la de Psicopedagogía, etc. Estos tres centros deberían trabajar en íntima cooperación, transfiriendo los casos de un centro al próximo, junto con los documentos que les corresponden. Lo mismo se requiere con respecto a los centros de función especial, a los cuales se mandarían aquellos casos como los que requieren un tratamiento específico médico, ortopédico, psiquiátrico, psicólogo, de hospitalización o de consulta y vigilancia especiales.

Esta clasificación de los centros de protección a la infancia facilita la organización y su funcionamiento, además de evitar la duplicación del trabajo y establecer una vigilancia continua de los niños, logrando que la historia de su salud y desarrollo físico-mental sea continua y completa.

Este trabajo, realizado por especialistas, constituye el ideal de una verdadera prevención de enfermedades físicas y mentales y evita los daños del

abandono que llegarían, en muchos casos, a constituir una costosa carga para la sociedad.

La medicina curativa siempre ha obtenido el apoyo de los sentimientos humanos, mientras que la medicina preventiva depende enteramente del razonamiento para poderse realizar. Considerando al niño como individuo, desde el punto de vista colectivo, la medicina preventiva requiere un plan de acción y colaboración concentrado.

Necesitamos preocuparnos, no sólo por las enfermedades conforme van apareciendo, sino también en la mantención de la salud.

Fundamentalmente, la función de la medicina preventiva es educativa y por eso abarca no sólo la necesidad de poder llevar a cabo investigaciones colectivas más amplias, sino muy especialmente también, la educación de las masas en los asuntos que pertenecen a la salud.

El médico moderno necesita ser un consejero y orientador para los sanos, además de un auxiliar eficaz en las enfermedades. Necesita ampliar su preparación para poder ejercer sus funciones de orientador en campos sociales y económicos. Y para poder alcanzar estos fines constructivos necesita la experiencia que sólo se adquiere por exámenes consecutivos de niños sanos durante todo el proceso de su desarrollo, y los datos que surgen de las estadísticas que proporciona la investigación de un gran número de casos debidamente examinados y que un solo médico no podría obtener de su experiencia personal.

Desde el punto de vista educativo, el terreno que más propiamente se ofrece para cultivar los fines de la prevención, se encuentra, naturalmente, en las madres.

Pero, no obstante lo que los varios países han procurado hacer a este respecto, considero que hubieran logrado más si hubieran tomado en cuenta el momento oportuno.

Son muy contadas las madres que puedan aprovechar o recordar consejos sobre niños que no sean los apropiados a la edad o condición de sus hijos. Cuando los consejos carecen de un interés inmediatamente aplicable, se olvidan con facilidad; por eso la educación de las madres debería proseguir paralelamente con la vigilancia de su hijo, dentro de los mismos centros adonde el niño concurre.

Con este fin, no sería difícil poder establecer cursos consecutivos sobre puericultura en los centros de maternidad, de pre-escolares y en las escuelas, donde las madres podrían recibir la instrucción práctica en el cuidado y educación de sus hijos.

Sería de recomendarse que estas divulgaciones se presentaran de una manera atractiva y que después de una corta plática se procurara alentar la libre discusión entre las madres para despertar un mayor interés en asuntos de puericultura y para lograr una mayor cooperación en el cuidado de los niños.

Para poder empezar la vigilancia de la madre y de su hijo e iniciar la historia tan temprano como fuera posible, sería necesario hacer un reglamento que obligara a los médicos y parteras a que dieran aviso al centro de protección a la infancia más cercano, en cuanto se pongan en contacto con un caso.

Estos centros, al recibir aviso, deberían ocurrir a sus registros y de no encontrarse anotado como asistente a uno de los centros para niños normales o para casos excepcionales, entonces deberían enviarle una indicación para que visite el centro más cercano a su hogar.

Cuando se registre un nacimiento en las oficinas del registro civil, o cuando una partera o médico atendiere un parto, debería ser su obligación avisar al centro de maternidad inmediato al hogar de la madre. El centro entonces debería felicitar a la madre e invitarla a que lleve a su hijo en cuanto se levante, porque esperan conocerlo y desean ayudar en su vigilancia y empezar la historia continua de su desarrollo y salud, con la intención de prevenir sus enfermedades y para que se logre sano, hermoso y capaz, debido a la ayuda que el centro puede ofrecerle.

Si la madre rehusa la invitación, sería necesario visitarla para procurar convencerla, haciéndole ver que sería lástima que su niño quedara ignorado y no incluido entre los otros de su comunidad, y que si llegara a enfermarse sería más difícil tratar su caso cuando no se han obtenido datos de su estado anterior. Debería hacérsele comprender la enorme ventaja que tienen los exámenes periódicos de su hijo, no para poder compararlo con los de otros niños, sino para ver cómo el mismo va mejorando y desarrollándose.

Además, es bueno que las madres comprendan que su comunidad tiene cierto interés y derecho para exigir que todos los niños reciban cuidados que sean esenciales para su salud y educación, con la intención de mejorar el nivel de salud y adelanto de su raza.

Cuando el niño entra a la escuela, su madre también asistirá a los cursos de puericultura correspondientes a la edad de su hijo y que ahora tendrá que recibir allí. Esto tiene otro valor significativo para el niño, como también para los padres, porque es de interés que comprendan que la enseñanza no es exclusivamente para menores, sino que la educación tiene su utilidad a través de la vida. De esta manera, llegarían a reconocer a la escuela como un verdadero centro cultural y de servicio social, y la escuela llenaría la función de ser una fuente de actividades para todas las necesidades constructivas.

Es necesario que se establezca una íntima cooperación entre los médicos, parteras, hospitales, sanatorios, clínicas, etc., del Gobierno y de los particulares con los centros de protección a la infancia. La vigilancia del niño y la educación de las madres en los centros, no debería quitar clientela de los profesionistas particulares, mientras no exista una socialización total de los servicios médicos. Los centros deberían más bien mandar a los médicos todos los casos que necesitan tratamiento curativo y que no carecen de recursos pecuniarios, y sólo a los menesterosos se les enviaría a las instituciones del Gobierno para que se les atendiera gratuitamente.

En los países donde estos trabajos de protección a la infancia se han llevado a cabo más ampliamente, se ha encontrado que en vez de disminuir el trabajo para los médicos, ha aumentado considerablemente, porque las madres están más alertas debido a mayor comprensión y pueden reconocer los primeros signos o síntomas de enfermedades o daños, recurriendo a buscar el consejo de los médicos.

CONCLUSIONES

1. Es necesario desarrollar una técnica más eficaz para lograr la cooperación del público en trabajos sociales.

2. Es necesario educar práctica y oportunamente a todas las madres para la prevención y el reconocimiento de enfermedades físicas y mentales en los niños.

3. Para extender los fines de la protección a la infancia, y cubrir todas las edades y estados físicos y mentales de los niños, y para evitar la duplicación del esfuerzo, es necesario coordinar el trabajo de todos los centros en forma progresiva para normales, y de especialización para los casos que requieran tratamientos específicos.

4. Es indispensable llevar las historias de la salud y desarrollo de todos los niños a través de su crecimiento, no sólo con el fin de prevenir o tratar las enfermedades físicas y mentales oportunamente, sino también con el fin de compilar estadísticas para las investigaciones científicas que nos demuestren cuáles son los peligros de nuestra sociedad.

CONCLUSIONS

1. It is indispensable to develop a more efficient technique in order to gain the cooperation of the public in social works.

2. It is necessary to educate all mothers in the prevention and recognition of physical and mental diseases in children and this should be carried out in a timely, appropriate and practical manner.

3. In order to extend the aims of infant welfare work and cover all ages and conditions of children, and so as to avoid duplication of work, it is necessary to coordinate all the different child-welfare centers in a progressive order, each one covering an age group in the case of normal children and for children requiring special treatment these would be dealt with by supplementary centers of specialized capacity.

4. It would be exceedingly useful to write up the continuous histories of the health and development of all children throughout the period of their growth, not only with the aims of prevention and opportune treatment of mental and physical diseases, but also with the purpose of compiling statistics for the scientific investigations that may help us to discover the dangers within our social structure.

COORDINACION Y DESARROLLO DE TRABAJOS ENCAMINADOS A PREPARAR A LAS MADRES PARA LA DEBIDA PROTECCION DE SUS HIJOS

Dr. NIEVES HERNANDEZ,
México, D. F.

ESTE tema, que puede dar origen a múltiples estudios desde el punto de vista psicológico, médico y jurídico, va adquiriendo gran importancia en los momentos actuales en que la eugenesia, con su tendencia al mejoramiento de la raza, viene constituyendo la preocupación máxima de los pueblos civilizados del orbe.

La metamorfosis social de la mujer, observada después de la gran guerra, ha hecho pensar a higienistas y legisladores en el establecimiento de nuevas leyes que adaptándose a esa evolución, traigan el mejoramiento espiritual y físico de una nueva raza.

Nuestro país, entrando en una nueva era de progreso, no ha permanecido alejado de esa corriente impetuosa, muy justa y muy humana de protección a la mujer y su prole. El gobierno emanado de la revolución y nacido en la gleba, no ha estado indiferente a esa oleada de simpatía despertada en otros países que marchan a la vanguardia de la civilización y rompe el letargo para decir a la mujer: ¡Salud! ¡Levántate y camina por el nuevo sendero de felicidad, de paz y de progreso!

Mi deber como médico higienista y dedicado al ramo industrial, me obliga solamente a hablar de la mujer obrera, de esa mujer desvalida, que arastrada al taller por las numerosas vicisitudes de la vida, sale del claustro sagrado del hogar para conocer la miseria, la fatiga y la muerte.

La eugenesia, la obstetricia y la puericultura, son tres plabras que encierran toda la ciencia y todo el arte de proteger a la mujer y a su prole; el adelanto de ellas significaría el progreso de los pueblos y la solución de su problema demográfico.

En pocos países, como en México, se hace perceptible la miseria, ambiente de las clases trabajadoras. El insignificante jornal ganado por el obrero, sa-

larios de hambre y miseria, ha hecho que las masas laborantes sean verdaderas víctimas, entre las cuales la mujer en su nuevo aspecto social viene a ser la más interesada.

¿Cómo es posible que un pueblo mal nutrido y hambriento pueda dar origen a una generación robusta? ¿Acaso una mujer agobiada en todo tiempo, física y moralmente, por penosas faenas, puede ser madre de hijos saludables?

La disminución de la natalidad es un hecho casi general en los países que han alcanzado un estado de civilización avanzada. En el nuestro la natalidad está disminuida, y depende, no de la infecundidad de la raza, sino de la influencia nefasta de la civilización moderna y sus inconvenientes.

Nuevas costumbres han imbuído un verdadero pavor por la preñez, al mismo tiempo que el orden social ha obligado a la mujer a desempeñar trabajos que repercuten ostensiblemente en su naturaleza delicada.

Desde el momento en que el huevo anida en el útero, el organismo de la mujer sufre una serie de modificaciones que cambian de modo notable sus condiciones anatomo-patológicas en la esfera genital y en la economía entera. Ahora bien, estas relaciones íntimas entre la gestación y el organismo son modificadas por el trabajo industrial, ya por medio de factores mecánicos como acontece con las actitudes profesionales, o por factores biológicos, como ocurre en el caso de los tóxicos.

No son pocas las ocupaciones en que la embarazada ejecuta toda una serie de movimientos que, por su rapidez, reclamada por el ritmo de la máquina, repetición y duración de la jornada, perturban la evolución normal del embarazo, así como su final, el parto. La embarazada que se encorva, se inclina, se estira y sufre choques por ligeros que sean, en el abdomen, desquicia el curso normal de su gravidez, sin contar la mayor incidencia de accidentes profesionales. La estrechez de "los espacios libres," como la menor agilidad de la obrera durante el embarazo, la orillan a caer en los accidentes profesionales con mayor frecuencia.

Otros factores exteriores obran indirectamente sobre el estado grávido de las obreras: la industria textil, las "industrias polvosas" y las llamadas "insalubres," originan determinados padecimientos o exacerbándolos, perturban el buen desarrollo de la preñez y la eutocia.

En lo relativo a las industrias insalubres, los tóxicos hacen sentir su influencia morbosa hiriendo el aparato hepato-renal y provocando discrasias sanguíneas y afecciones nerviosas. Además de estas lesiones comunes a las obreras no gestantes, debe tenerse presente la influencia morbosa que sobre el producto de la concepción tienen fatalmente las intoxicaciones. El peligro toma proporciones considerables en los países de crecida población femenina trabajadora, por el porvenir que espera a la raza.

La intoxicación saturnina provoca el aborto o el parto prematuro después de la muerte del feto in-útero. Los productos heredo-saturninos que logran vivir aportan una elevada mortalidad durante el primer año de su existencia o bien son atacados de idiotez, epilepsia o hidrocefalia. La intoxicación profesional por el mercurio, ya sea paterna o materna, ejerce sobre la preñez y el

producto una influencia desastrosa, aunque menos brutal que la antes mencionada. El fósforo, el sulfuro de carbono y otros tóxicos, obran también produciendo abortos y partos prematuros.

No son pocas las modificaciones que el trabajo industrial imprime al embarazo: el aborto, el parto prematuro, la inserción viciosa de la placenta, las presentaciones viciosas, la ruptura prematura de las membranas del huevo, la toxemia gravídica, las hemorragias, flebectasias; pero se citan únicamente las que mayor gravedad toman en la obrera.

En los últimos años, según algunos expertos, el trabajo industrial va comprometiendo, indiscutiblemente, en menos grado la salud de la mujer preñada, en virtud de las disposiciones legales que prohíben su actividad industrial en los trabajos insalubres.

Ahora bien, si el organismo de la obrera paga un pesado tributo a las toxo-infecciones, es porque sus defensas biológicas fueron reducidas por la fatiga engendradora en el taller. No es extraño, pues, que el índice de morbilidad sea mayor en la obrera que en su compañero de tareas, dado que la constitución y las funciones propias de su sexo, colocándola en un plano de resistencia menor, aceleran la aparición de la fatiga.

El número de accidentes profesionales crece paralelamente con las horas transcurridas en la jornada, es decir, con la intensidad de la fatiga. Cualquiera que sea su mecanismo, nos explicará la precocidad de su aparición en la mujer y, por consiguiente, su mayor incidencia morbosa; las dificultades económicas, los fracasos matrimoniales, los descalabros materiales y morales, con mayor razón cuando no son amortiguados por la recreación y el reposo espiritual, la hacen caer frecuentemente en la fatiga y surmenage.

La mujer que trabaja en el taller está más expuesta a la fatiga, por la situación social en que actúa; costumbres tradicionales la han consagrado como la cultivadora del hogar, y a su tarea profesional tiene que añadir las múltiples tareas domésticas.

El retorno a la fábrica durante el puerperio puede provocar la hemorragia o la embolia post-partum, accidentes tanto más de temerse, cuanto menos tiempo ha transcurrido después del parto por los esfuerzos realizados, cuando el útero está aún distendido y ricamente vascularizado. El trabajo se hace laborioso y fatigante para la puerpera y muy a menudo es víctima de la sub-involución, de la super-involución y aun de la inversión uterina aguda. Más aún: la frecuencia de las desviaciones y prolapsos uterinos, de las dismenorreas, de la esterilidad y de los abortos, alcanza cifras considerables, fenómenos explicables por el levantamiento y trabajo realizado prematuramente. La mortalidad, a decir de los expertos, se muestra altamente superior a la de las puerperas no trabajadoras.

Ahora, refiriéndome a la influencia del trabajo de la obrera sobre su proge, un importante acopio de observaciones muestran la influencia que éste desarrolla en el organismo materno sobre el producto de la concepción.

Esta influencia en ocasiones es de tal magnitud, que es capaz de provocar la expulsión del huevo desde los primeros meses del embarazo; en otros, menos

brutal, es motivo del parto prematuro. El producto, a veces, llega a término, aunque por su miseria fisiológica sucumbe o bien se logra, pero con un desarrollo tan mezquino que lo incapacitará más tarde. Por último, puede llegar a término, pero presentarse viciosamente.

El trabajo de la madre durante el embarazo es un poderoso motivo de parto prematuro y de la debilidad congénita del recién nacido. Pinard, desde 1895, insistía acerca de la influencia feliz que tiene sobre el producto el reposo durante las semanas que preceden al parto. Observó para el caso tres grupos de 500 mujeres: el primero trabajó hasta el desenlace del embarazo; otro abandonó su ocupación 15 días antes, y el último poco antes de un mes. El producto de las obreras de este último grupo, pesaba alrededor de 300 gramos más que el de las mujeres cuyo trabajo fué interrumpido por el parto.

A su vez madame Sarrawte-Leurié ha comparado mil quinientas mujeres asiladas con otras tantas que habían trabajado hasta el momento del parto: la preñez se prolongó en las primeras alrededor de 20 días por término medio, con los beneficios consiguientes; los hijos cuyas madres reposaron, fueron más robustos que los de las que trabajaron al final. Ribemont resume claramente este conocimiento al decir: "el vendaval hace caer los frutos prematuramente."

Del estudio de las estadísticas emprendidas en diferentes clases sociales, se desprende que el porcentaje de recién nacidos con peso inferior al medio es tanto más bajo, cuanto mejores son las condiciones de las clases a que pertenecen, y que el peso medio del feto es tanto más crecido, cuanto mejores son las condiciones sociales de la madre.

Numerosas encuestas denuncian que la mortalidad infantil de las clases trabajadoras, y de preferencia en las familias donde la madre es obrera, alcanza la cifra más elevada, guardando la mortalidad infantil general un marcado paralelismo con el trabajo industrial de las mujeres.

Una de ellas, hecha por Woodbury con 22,960 niños observados en 8 ciudades americanas, en 1925, permitió establecer una mortalidad durante el primer año de vida, de 9.8% para los niños cuyas madres no habían trabajado durante la preñez; de 11.5% para aquellos cuya madre había trabajado en casa, y de 18% para los hijos de las madres que habían trabajado en el taller durante su gestación.

El trabajo de la obrera, se puede concluir, ejerce una influencia poco feliz sobre su prole, citándose entre las causas responsables las de orden general y las de orden especial.

En el primero quedarían comprendidas: la falta de reposo de la madre antes del parto, su regreso prematuro al trabajo, y un tercero a rango de corolario: la privación de cuidados maternos a que se somete la criatura.

La segunda categoría se referiría a la naturaleza del trabajo. El abandono en que quedan los niños al retornar la madre a la fábrica es una causa tan poderosa de su mortalidad, que Salisbury Hughes, entre otros autores, la coloca sobre las demás. Pinard, con toda la sabiduría con que lo enriqueció su larga experiencia, solía decir: "todo lo que aleja al niño de su madre, lo pone en es-

tado de sufrimiento y en peligro de muerte; el corazón y la leche de una madre, no se reemplazan jamás."

Los malos métodos de crianza y su consecuencia, las afecciones del tubo digestivo, son los grandes motivos de la crecida mortalidad durante el primer año, como resultado de la falta de atención que sufre el hijo cuya madre marcha a la fábrica.

La alimentación natural, pero insuficiente y desordenada; la alimentación mercenaria o la artificial, se muestran responsables en grado diverso. La artificial figura en unas encuestas en el 51% de los casos, en otros en 63%, siendo el hecho esencial que estas cifras suben al doble en el caso de mujeres que trabajan.

En nuestro país, en donde la legislación obrera no ha llegado a la perfección que es de desearse, la mujer embarazada, a pesar de la reciente conquista del descanso pre-natal, burlado frecuentemente por patrones sin conciencia, no ha ganado aún el derecho muy humano de defenderse, ni logrado la debida protección para el producto que lleva en sus entrañas.

La mujer obrera mexicana ganando míseros jornales, viviendo en casuchas que más bien cuadran a animales irracionales, presa de la fatiga y el surmenage, huye de la fecundidad, en unos casos por la necesidad de las costumbres y en otros por la plena responsabilidad que un hijo significa, tanto para su manutención, cuanto que es un estorbo para la madre y un impedimento en la lucha para su propio sustento.

La mujer obrera, a pesar de todo, prolifera por condiciones propias de la raza, da nacimiento a hijos débiles y desnutridos que resultan víctimas fáciles a todas las infecciones, a todas las epidemias y a todos los males.

¿En qué consiste, pues, esa coordinación y desarrollo de trabajos encaminados a preparar a las madres para la debida protección de sus hijos?

Difícil tarea, pero muy humana y muy justa.

La madre obrera mexicana, antes que preparar a sus hijos, necesita la preparación a sí misma. Es necesario destruir leyes ineficaces, romper costumbres tradicionales que perjudican su bienestar y esgrimir valientemente nuevas ideas, nuevos horizontes, precisamente de acuerdo con esa evolución que la mujer como obrera manual e intelectual, ha iniciado en estos tiempos modernos.

Por eso en Francia, mejor que en otros países extranjeros dice el Dr. Tisserand, hay facilidades y medios adecuados y legales para proteger a la natalidad y luchar eficazmente contra la mortalidad infantil. El trabajo de la madre, como se ha indicado en renglones anteriores, tiene repercusión palpable en la vida del niño, y en conciencia de ello se ha formado poco a poco un sistema social, una organización defensiva de las mujeres que se ganan la vida y de sus hijos.

En Francia, dice el mismo autor, la ley permite a la mujer abandonar sus labores durante 12 semanas consecutivas para cubrir el período que precede al parto y el que sigue, sin que haya ruptura del contrato de trabajo. En caso de enfermedad resultante del embarazo o del parto, atestiguada por medio de certificado médico, este tiempo es ilimitado y lo fija el facultativo encargado del cuidado de la enferma.

PROTECCION DE LAS MADRES OBRERAS

La misma ley prohíbe emplear a las mujeres durante las cuatro siguientes semanas del alumbramiento.

Toda mujer embarazada de nacionalidad francesa y privada de los recursos suficientes, tiene derecho a indemnización obrera. Esta indemnización era dada, hasta que la ley de seguros sociales la reformó, sólo durante las cuatro semanas anteriores al parto y las cuatro siguientes, mediante certificado médico. La ley no estaba acordada y cada mujer tenía que gestionarlo y atender, además, por sí misma, los cuidados necesarios de higiene, para ella y para su hijo. Esta indemnización resultaba irrisoria, por lo que la nueva Ley de Seguros Sociales, vigente en Francia desde octubre de 1931, asegura un beneficio de medio salario, según su categoría, durante 12 semanas, seis antes y seis después del parto, y en caso de necesidad por alguna complicación, está estatuido un reposo con goce de medio sueldo, durante cualquier tiempo del embarazo y el necesario después del alumbramiento.

A este respecto, en nuestro país, si se toma en cuenta el descanso pre-natal, durante los tres últimos meses del embarazo, con goce de medio salario, no autoriza ni obliga el goce de sueldo por todo el tiempo que sea necesario para el restablecimiento de la mujer enferma. Deja completamente al arbitrio del industrial este asunto legal, que es incumbencia del Estado.

Creo sinceramente que la ley francesa, se hace humana al emitir estas dos que protegen, no sólo a la mujer, sino también al producto, por lo que pienso que deben ser tomadas en cuenta por nuestro país, que trata de mejorar la situación de la colectividad obrera y las condiciones raciales degeneradas de nuestro pueblo.

La ley francesa ha establecido medidas legislativas que conciernen a la crianza. Toda francesa admitida en el beneficio que concede la ley a las mujeres recién paridas perciben una subvención supernumeraria llamada "Prima de Crianza" durante los doce meses siguientes al parto. Esta prima, naturalmente, sólo se otorga a las madres que crían a sus hijos.

En todo establecimiento comercial o industrial, las madres que amamantan a sus hijos, disponen durante un año, contado desde la fecha del nacimiento, de una hora diaria dividida en dos períodos de treinta minutos cada uno, en las horas de trabajo para atender al cuidado de amamantar a los pequeños. En los lugares en donde el número de mujeres de 15 años pasa de 100, se instala en el mismo edificio o en lugar próximo una pieza adecuada para este fin.

La ley autoriza a los propietarios a reemplazar tales piezas por una indemnización, permitiendo a la madre dejar su trabajo. Esta indemnización varía mucho, dice el Dr. Tisseraud, por ejemplo: medio salario durante tres meses y tres cuartos de salario hasta que se desteta al niño, con término máximo de un año.

En la mayoría de las ciudades existen establecimientos especiales (del Gobierno o particulares) donde se depositan a los niños durante el día por las madres que trabajan.

Pero este asunto merece especial atención, porque en realidad la aglomeración de niños de varias edades crea una situación enojosa, ya que es casi imposible evitar las contaminaciones de todo género que se pueden.

En nuestro país también se exige en las fábricas cuyo número de obreras pasa de 50, el establecimiento de salones especiales dedicados a la crianza, pero desgraciadamente no se ha hecho obligatorio. Muy pocos son los lactarios instalados y muy pocos los industriales que compenetrándose con este problema de la maternidad, busquen el alivio de la clase obrera.

Los lactarios que existen, a pesar de la buena voluntad de los fabricantes, no llenan aún su cometido; las leyes que recomiendan la higiene no son bien observadas y el personal médico no es lo suficientemente preparado para dar un mejor rendimiento.

La mujer obrera mexicana también tiene casas de beneficencia en donde dejar a sus hijos durante sus horas de trabajo. La institución denominada "Amiga de la Obrera" recibe a los niños y los retiene, dándoles las enseñanzas de acuerdo con su edad e inteligencia.

Sin embargo, no está perfectamente a salvo ni suficientemente protegida. Es necesario establecer servicio social bien organizado, a base de competentes inspectores de trabajo y asistentes sociales que gestionen la mutación de empleos que concedan a las mujeres encinta un trabajo menos fatigoso y de acuerdo con su estado físico.

Es necesario aumentar las indemnizaciones que se otorgan durante el periodo post y pre-natal, porque con el objeto de no sufrir merma en su jornal, hay muchas mujeres que ocultan su parto reciente y reanudan sus labores antes del tiempo concedido. En cuanto al reposo pre-natal, las mujeres pueden tomarlo, pero no es obligatorio ya que la mayoría de las obreras prefieren trabajar hasta el término del embarazo con el consiguiente perjuicio de la salud del hijo, cosa que no ocurriría si se les pagara el salario completo durante el reposo.

Medida de gran beneficio sería, sin duda, permitir a cada mujer que tuviera oportunidad de alimentar personalmente a su hijo, arreglando que la suspensión del trabajo por este concepto no fuera causa de la ruptura del correspondiente contrato de trabajo.

CONCLUSIONES

- 1°—La mujer obrera mexicana presenta mayor morbilidad y mortalidad que su congénere del sexo masculino en igualdad de condiciones.
- 2°—La obrera embarazada tiene mayor morbilidad y mortalidad que las obreras no gestantes.
- 3°—El número de incidencias profesionales en la mujer embarazada aumenta con la evolución de la preñez.
- 4°—La natalidad está notablemente disminuída en las poblaciones esencialmente industriales, y
- 5°—La morbilidad y mortalidad de los niños de la clase obrera es mayor que la de las otras clases sociales.

PROTECCION DE LAS MADRES OBRERAS

A este respecto, propongo a la ilustre consideración de ustedes, las siguientes medidas en provecho de la mujer y en beneficio del nuevo ser que lleva en sus entrañas:

- 1º—Establecer y vigilar el cumplimiento exacto de las leyes de trabajo industrial vigente. Modificar las actuales que resultan ineficaces por no adaptarse a la evolución actual de la colectividad obrera.
- 2º—Establecer el descanso obligatorio de la mujer obrera durante los tres últimos meses del embarazo, con pago íntegro del salario estipulado por el contrato.
- 3º—Vigilar el cumplimiento exacto del descanso post-natal, con prohibición absoluta del retorno de la obrera a las labores, antes del mes consecutivo al parto.
- 4º—Establecer el pago íntegro de salario cuando a juicio del médico, la obrera, por complicación del embarazo o del parto, no pueda concurrir a sus labores.
- 5º—Crear el servicio médico social a base de personal médico competente y especializado, que establezca la mutación de empleos para mujeres embarazadas y puerperas, científicamente.
- 6º—Establecer centros culturales y deportivos, además de los ya existentes, en sitios de mayor densidad obrera, para la recreación de su cuerpo y de su espíritu.
- 7º—Hacer obligatorio el establecimiento de lactarios higiénicos en todas las fábricas que tengan más de 50 obreras, o en su defecto, el pago de una indemnización correspondiente a un año (el primero de edad del pequeño).
- 8º—Procurar el establecimiento de nuevos centros benéficos "Amiga de la Obrera" en zonas fabriles.
- 9º—La creación de casas-cunas ambulantes tipos, y
- 10º—Formación de un Cuerpo Médico especializado en Higiene Industrial que haga visitas periódicas a las fábricas y dé conferencias higiénicas a la masa obrera.

LA CRUZ ROJA DE LA JUVENTUD Y SU COOPERACION PERMANENTE EN LA PROTECCION A LA INFANCIA

Dr. ALFONSO PRIANI,
México, D. F.

P L A N

- I.—LOS RUMBOS CARDINALES DE LA PROTECCION INFANTIL.
- II.—LA TRAYECTORIA HUMANA Y SOCIAL DE LA CRUZ ROJA DE LA JUVENTUD.
- III.—SU FISONOMIA:
EN CUANTO A SUS FINALIDADES,
EN CUANTO A SU ORGANIZACION,
EN CUANTO A SU FUNCIONAMIENTO.
- IV.—SU ESENCIA VITAL DE PROTECCION.
- V.—NORMAS DE DIFUSION.

I

“La vida humana se compone de
pequeñas acciones que constituyen
grandes deberes.”

HERBERT.

LOS cuadros de la vida social contemporánea, de suyo complicados y febriles, acentúan la urgencia de solventar, con la máxima brevedad y el más alto sentido de equilibrio, algunos de los múltiples rasgos de dificultad y de conflicto que en ella se presentan.

Las condiciones económicas, políticas y sociales imperantes obligan, de modo intransferible, a buscar solución adecuada y conveniente a más de una de las manifestaciones de la colectividad, que constituyen problemas en la militante organización de nuestros grupos sociales.

Los procesos colectivos de nuestros días, francamente dirigidos hacia una trayectoria de superación, evidencian la inaplazable necesidad de precisar los rumbos hacia los que haya que orientar los esfuerzos humanos en concurso, para liquidar situaciones angustiosas y deficientes en el conglomerado de nuestra población.

Los gritos y las quejas, convulsionados y amargos, que escuchamos con mayor frecuencia cada día, hacen pensar que en el meridiano de la hora presente el minuterio ha llegado al término fijado para emprender la jornada de redención definitiva a favor de las capas oprimidas de nuestra población.

Las turbulencias clamorosas y las expresiones agitadas de nuestra época, son síntomas igualmente inequívocos de la presencia de males colectivos que urge atender con eficacia para su desaparición.

Las ansias de liberación y los anhelos de mejoramiento justifican también el aserto de que a este momento histórico pertenece la obligación de buscar los remedios adecuados para liquidar situaciones enfermizas y funestas en el concierto de la vida social.

Todo el fenómeno social contemporáneo, en suma, insinúa y reclama la realización y el empleo de todos los recursos para encontrar soluciones idóneas a las dificultades existentes que están determinando inquietudes y anhelos cada vez más intensos y precisos.

Atravesamos, pues, una de las etapas críticas de la historia en la que, colocados todos los valores en el tablero de la revisión, se buscan afanosamente nuevos rumbos orientadores de la acción en todas las manifestaciones de la vida. Así es como en esta época se van registrando nuevas posiciones y nuevas actitudes con relación a los diversos problemas que se enmarcan en el plano de la vida social.

Particularmente en relación con la obra protectora de la infancia, se han incrementado en forma considerable y numerosa los esfuerzos y las contribuciones para hacerla más efectiva y más completa.

Seguramente que este empeño por resolver el problema de la protección infantil, es significativo y trascendente, no sólo por el número de elementos que se han puesto en juego, sino muy principalmente, por la categoría de los mismos, por la estructura científica de las contribuciones que se han aportado y por la precisión de las normas esenciales que fundan, como postulados medulares, la necesidad de estos esfuerzos.

Uno de los avances de mayor consideración que se han presentado en el círculo de las aportaciones contemporáneas es, seguramente, el que se refiere a la formulación de los principios generales que sirven de base a la acción social protectora de la infancia. Por juzgarlo de positivo interés y de particular importancia, habremos de esbozar, siquiera sea en un breve bosquejo, estos principios básicos, con el propósito de precisar el pensamiento director que norma actualmente la obra de protección a la infancia.

Ya no es, como lo fué en épocas pretéritas, el sentido filantrópico el que sirve de sostén a la obra protectora de la infancia, pues se ha considerado

deprimente, humillante y deteriorado el criterio de estimar como vanagloriosa y de ostentación la dádiva de ayuda a los niños.

Ahora sirve de guía el pensamiento del servicio social y de la obligación colectiva; es decir, ahora se estima como fundamental que la protección se conceda con un claro sentido de obligación humana, con un marcado impulso de servicio social y con una edificante y constructiva tendencia de cooperación colectiva.

Otro de los rumbos cardinales de la protección infantil es el relativo a la necesidad de que los esfuerzos se orienten por caminos de profunda base científica, con el fin, muy meritorio, de que no se dispersen las energías y de que los resultados correspondan a la categoría de los elementos que se ponen en juego.

Conforme a estos principios cardinales, la protección de la infancia ha logrado situarse en un plano superior, inspirado en más sólidas orientaciones que las ya desestimadas que sirvieron de apoyo a las fórmulas protectoras de ayer.

Es indiscutible que el fundamento de estas nuevas apreciaciones directrices, es el concepto funcional de la infancia, según el cual, el niño durante su edad evolutiva tiene una función que llenar a favor de la vida futura de la sociedad, ya que los niños, como reservas vitales de los pueblos, tienen en sí mismos, las energías potenciales de un mañana mejor.

II

"Si hay una palabra de sinceridad,
esa es la mía."

RUBEN DARIO.

La Cruz Roja de la Juventud es una institución profundamente humana y esencialmente social; su trayectoria es una sucesión de etapas remozadas de servicio y de colaboración.

Para caracterizarla en sus perfiles más precisos, para mostrarla en sus más hondas esencias, se requiere sentir en lo profundo, el gesto levantado de las rutas sociales de vanguardia y conservar las expresiones de una suprema palabra de sinceridad.

Analizar, con fines de corroboración y de comprobación, el sentido humano y social de una institución, supone que se desentrañen los postulados que le sirven de sustento y que se evidencie la significación que los mismos tienen en el mecanismo de las fuerzas sociales, pues sólo a condición de proceder en esta forma, se pueden valorar con justeza las características que se pretenden apreciar.

La Cruz Roja de la Juventud es una institución profundamente humana y esencialmente social, porque sus raigambres están situadas en el centro mismo de las necesidades colectivas, porque participa de los atributos del vínculo social y porque sus fines —"elevar los sentimientos más nobles de los asociados, a

efecto de que la vida adquiera para ellos la bella y alta significación a que da lugar el cumplimiento de los deberes hacia sí mismo y el servicio social hacia los demás" y "dar lugar al nacimiento de ideales en los jóvenes, procurando que se traduzcan desde luego en actividades humanitarias y sociales"— la ostentan como una entidad de indiscutible importancia social.

Para puntualizar lo expuesto en el párrafo precedente, daremos a conocer nuestro pensamiento personal acerca de lo que es y de lo que no es la Cruz Roja de la Juventud, ya que en esta forma quedará perfectamente claro el sentido y la orientación que singularizan a la institución.

La Cruz Roja de la Juventud no es una institución de caridad. Pensar que sí lo es, significa reducir sus esfuerzos y limitar sus orientaciones, puesto que el concepto de la caridad ha sido superado por el más amplio del servicio social.

La Cruz Roja de la Juventud es una institución de servicio social. No considerarla así, denota ignorancia acerca de sus funciones peculiares y olvido lamentable de sus vastas posibilidades de protección social.

La Cruz Roja de la Juventud no está destinada únicamente para preparar a sus asociados para las actividades médico-quirúrgicas. Creerlo así, sería reducir a un solo punto su vasto campo de acción.

La Cruz Roja de la Juventud no es una institución de pasatiempo. Juzgar que sí lo es, representa un desconocimiento absoluto de su organización y de su funcionamiento y una confusión dolorosa acerca de sus fines.

La Cruz Roja de la Juventud es una institución particularmente educativa. No estimarla así, sugiere falta de comprensión acerca de los rasgos medulares que la informan y deseo negativo de desaprovecharla en el justo valor que la distingue.

La Cruz Roja de la Juventud no es una institución individualizante o de aislamiento. Calificarla como tal, es síntoma de que se han mal interpretado sus bases y de que se han invertido sus principios.

La Cruz Roja de la Juventud es una institución socializante y de des-
aislamiento. No atribuirle esta calidad, es signo de que se está muy lejos en el entendimiento de sus fines y de que se desestima una de sus esencias cardinales.

La Cruz Roja de la Juventud no es una institución arbitraria y accidental. Apreciarla así, demuestra que no se ha vislumbrado el amplio panorama de sus obras y el mérito social que ellas encierran.

La Cruz Roja de la Juventud es una institución necesaria. No juzgarla como tal, es dato irrecusable de que se han confundido los valores entre lo superfluo y lo indispensable, y de que se menosprecian las obras y las instituciones de positiva y relevante utilidad social.

En resumen: la Cruz Roja de la Juventud no es una institución arbitraria, individualizante, de caridad o de pasatiempo. La Cruz Roja de la Juventud es una institución necesaria, socializante, de servicio social y de función educativa.

Con esos perfiles peculiares, con esos rasgos propios, nadie puede poner en el tapete de la duda la afirmación nuestra, de que la Cruz Roja de la Juventud tiene prefijada para su ruta una trayectoria humana y social.

III

Antes de proceder al trazado de la fisonomía de la Cruz Roja de la Juventud en cuanto a su organización, en cuanto a sus finalidades y en cuanto a su funcionamiento, estimamos indispensable anotar ciertas referencias históricas acerca de la institución de la misma en nuestro país.

Durante el año de 1927 se llevó a cabo por parte del suscrito en su carácter de Jefe General de Ambulancia de la Cruz Roja Mexicana y con la valiosa colaboración de la señorita profesora Sara Miranda Ruiz, directora de la Escuela de Experimentación Pedagógica de la Universidad Nacional de México, del señor doctor Roberto Solís Quiroga, profesor de Higiene Social en dicho plantel, de la señora doctora Margarita S. de Lozano Garza, enfermera adscrita a la escuela, y de la señora profesora Ana María Bribiesca de Sánchez, Jefe del Servicio Social del establecimiento, el estudio completo de los lineamientos, orientaciones, reglamentos, obras y actividades de la Cruz Roja de la Juventud que ya funcionaba en otros países. Este estudio previo fué realizado con el propósito de adaptar convenientemente al ambiente mexicano las normas generales de la institución y precisar, con el mayor índice de confiabilidad, los modos particulares de su funcionamiento en relación muy íntima con las peculiaridades de nuestros ambientes juveniles y escolares.

Cabe informar que las labores de las personas que se mencionan fueron alentadas de manera muy especial por el entonces Secretario de Educación señor doctor José Manuel Puig Casauranc y por el señor doctor Alfonso Pruneda, Rector de la Universidad por aquellos días, quien dió todo su apoyo para establecer la Sección Juvenil de la Cruz Roja en la Escuela de Experimentación Pedagógica "Galación Gómez," dependiente de la propia Universidad.

Los estudios que se emprendieron dieron como resultado el Estatuto que rige actualmente a la Cruz Roja de la Juventud de México, la que quedó establecida oficialmente en la Escuela Experimental antes mencionada, el día 30 de abril de 1928.

Desde su fundación la Cruz Roja de la Juventud de México ha seguido una escala ascendente en cuanto al número de sus miembros y en cuanto a la importancia de las obras de protección y educación infantil que ha emprendido. Cuenta actualmente con un gran número de Escuelas Primarias, Escuelas Técnicas, Escuelas Secundarias y Escuelas Rurales Oficiales y Particulares del Distrito Federal y de los Estados, formando sus miembros un total de 15,000 niños y jóvenes aproximadamente.

Las obras emprendidas por la Cruz Roja de la Juventud durante los siete años que han transcurrido desde su establecimiento, han demostrado la bondad de su organización y revelado la importancia de su constitución.

LA CRUZ ROJA DE LA JUVENTUD

La fisonomía de la Cruz Roja de la Juventud en cuanto a sus finalidades es muy fácilmente perceptible si se tienen en cuenta los objetivos que ella persigue y que en renglones precedentes ya fueron apuntados. Dichos objetivos quedan sintetizados en la afirmación de que la Cruz Roja de la Juventud es una organización formada por niños y jóvenes de ambos sexos, con el fin de prestar servicio social en la mayor amplitud, de crear en sus miembros hábitos de higiene, civismo, altruismo y confraternidad universal y de realizar actividades consecuentes con los hábitos que se pretende formar.

La fisonomía de la Cruz Roja de la Juventud en cuanto a sus modos particulares de organización, confirmatorios de la vasta e interesante labor protectora del niño que ella realiza, puede ser explicada al manifestar que la interpretación de sus objetivos está condicionada por las necesidades, capacidades e intereses propios de los niños, y en relación con la integración de siete comités cuyas funciones perfectamente diferenciadas permiten una organización congruente y accesible para los niños.

Los Comités que integran la organización de la Cruz Roja de la Juventud son los siguientes: de Higiene, de Civismo, de Estudios, Humanitario, de Primeros Auxilios, de Niños Extranjeros y de Exploradores. En algunas escuelas o instituciones educativas en que es posible, dado el contingente que forme su población escolar, se establece un comité más, llamado el de la Hermana Mayor, que tiene por objeto hacer que las jóvenes que sean hermanas mayores en sus hogares cumplan de manera inteligente con las obligaciones que les correspondan dentro y fuera del hogar, ayudando a la madre y protegiendo a los hermanitos menores.

Los fines particulares de cada uno de los comités anteriormente señalados son los siguientes, de conformidad con los estatutos de la Cruz Roja de la Juventud del 13 de julio de 1932:

El Comité de Higiene tiene como objeto capital la realización por todos los medios posibles, de la enseñanza y la práctica de la higiene individual y social.

El Comité de Civismo tiene por objeto hacer que cada joven sea un factor útil para la comunidad, teniendo siempre en cuenta que para que la sociedad progrese se requiere la cooperación inteligente y constante de sus miembros.

El Comité de Estudios tiene por objeto especial estimular a todos los miembros para cumplir empeñosamente con las obligaciones escolares.

El Comité Humanitario tiene por objeto despertar, conservar y fomentar el nacimiento de ideales elevados en todos y cada uno de los miembros. Se dedica especialmente a estimular los sentimientos de ayuda y protección a los niños, a los ancianos, a los desvalidos y al cuidado y protección de los animales.

El Comité de Primeros Auxilios y Enfermería tiene por objeto impartir los conocimientos indispensables para llenar las necesidades que se presentan con motivo de accidentes o enfermedades y estimula el interés por el estudio de los conocimientos elementales de la Higiene. De este Comité forman parte aquellos miembros que por su edad y aficiones particulares están en con-

diciones de cumplir con las finalidades del mismo, a efecto de evitar, en todo caso, las actividades cerca de enfermos que puedan ofrecer peligro de contagio.

El Comité de Niños Extranjeros responde a uno de los fines universales de la Cruz Roja de la Juventud: la fraternidad. A este propósito la principal actividad de este Comité, además de la protección inmediata a los niños, es promover el conocimiento de los pueblos y establece, a propósito, relaciones entre los niños y jóvenes de todo el mundo, mediante correspondencia colectiva.

El Comité de Exploradores tiene por objeto hacer que los miembros de la Cruz Roja de la Juventud se desarrollen físicamente, de modo racional y armónico.

La fisonomía de la Cruz Roja de la Juventud en cuanto a su funcionamiento, puede sintetizarse indicando que en los propios estatutos se establece que los diversos Comités trabajen de acuerdo con las circunstancias o posibilidades de cada escuela, de cada grupo y de cada región. En esta forma se ha logrado que el funcionamiento de la Cruz Roja de la Juventud de México, en cada uno de los diversos Comités que la forman, se acredite con los trabajos siguientes:

En relación con el Comité de Higiene: Campaña sanitaria a favor del uso del pañuelo, contra el polvo, contra las golosinas perjudiciales, contra la mosca y el mosquito, contra el alcoholismo, contra la tuberculosis. Campañas a favor del mejoramiento higiénico de los locales escolares y de las habitaciones de los socios. Campaña a favor del aseo personal, en todos sus aspectos. Campaña a favor del uso de la libreta personal de salud. Verificación de fiestas deportivas y de excursiones. Realización de una enseñanza higiénica por medio de proyecciones cinematográficas, conferencias por médicos especialistas, pláticas por los maestros, gráficas, carteles, escenificación, folletos y dibujos.

En relación con el Comité de Civismo: Asambleas de carácter cívico y social. Campañas a favor de la cortesía y de las buenas maneras. Campañas a favor del ahorro, de la puntualidad, de la seguridad en la calle, del cuidado de los jardines públicos y de las plantas en general. Campañas en contra de la caza de mariposas y en general en contra del mal trato a los animales. Organización de la vigilancia escolar. Visitas al Tribunal para Menores, a las instituciones de Beneficencia, con el objeto de obsequiar juguetes, golosinas, charlas, cuentos, periódicos, libros, etc., o bien para desarrollar programas literario-musicales, escribir cartas, etc., etc. Visitas a compañeros enfermos. Colaboración en la resolución de problemas de carácter social que ha tenido la escuela. Visitas de amistad a cuarteles y a campos de aviación. Colaboración en festivales culturales, patrióticos y cívicos. Auxilio prestado a damnificados en diversos desastres públicos: inundaciones, terremotos, incendios, explosiones.

En relación con el Comité de la Hermana Mayor: En la escuela surte el guardarropa del niño pobre. Atiende el almuerzo de las diez, la hora del cuento. La Hermana Mayor es la representante del hogar dentro de la escuela y la mensa-

jera de enseñanzas de la escuela dentro del hogar; imparte protección a los niños menores a la hora del recreo, enseñándolos a jugar. En la calle tiene la vigilancia para la seguridad de los niños menores. En visitas, paseos y excursiones es la encargada de guardarlos y protegerlos. En el hogar da atención a los padres enfermos y ayuda a la madre en los quehaceres domésticos. Recibe enseñanza sobre el orden material del hogar: aseo, compras, preparación de alimentos, etc. Recibe también nociones de puericultura, de confección de prendas de vestir, de buenas maneras en el trato familiar. La Hermana Mayor organiza sencillas recepciones, escenificaciones y concursos sobre distintos temas, con el fin de dar a conocer sus labores.

En relación con el Comité de Primeros Auxilios y Enfermería: Se imparte enseñanza sobre la primera atención de heridos, contusos y lastimados, en los casos más sencillos. Enseña el tratamiento de urgencia en algunos ligeros accidentes y el transporte de los accidentados. Este Comité se encarga de recoger datos para el médico escolar. Recibe nociones sobre asepsia, aislamiento, desinfección, etc.

En relación con el Comité de Estudios: Se consigue estimular el cumplimiento de obligaciones escolares tales como: atención a las clases, tareas, aplicación, cuidado de los libros y del material de enseñanza, etc.

En relación con el Comité de Fraternidad Universal: Se forman álbumes para dar a conocer a México en distintos países. Se reúnen a los niños extranjeros en cada escuela para estudiar y conocer sus respectivas naciones. Se sostiene correspondencia intensa con la mayor parte de los países.

En relación con el Comité Humanitario: Se proporciona ayuda a las familias cuyos jefes de casa están enfermos o imposibilitados. Se proporciona herramienta y útiles de trabajo a obreros que las pierden en accidentes. Se concede protección a personas desvalidas en la calle. Se presta ayuda a los niños que carecen de recursos para hacer sus estudios.

En las Escuelas Secundarias y Técnicas se hace variar un poco este modo especial de funcionamiento en vista de los distintos aspectos de enseñanza, de la edad de los jóvenes y del tiempo de que disponen. En algunas actividades estos planteles sobrepasan por sus condiciones especiales a las secciones de la Cruz Roja de la Juventud de las Escuelas Primarias.

Los anteriores breves datos sirven para patentizar lo que ya habíamos afirmado, esto es, que la Cruz Roja de la Juventud tiene una fisonomía en cuanto a sus finalidades, en cuanto a su organización y en cuanto a su funcionamiento, que la distingue fundamentalmente como institución de servicio social y de colaboración educativa.

IV

"La esencia de la Cruz Roja de la Juventud es la idea de protección infantil."

Las instituciones sociales se caracterizan fundamentalmente porque tienen como función medular contribuir al mejoramiento de la sociedad y el perfeccionamiento de las relaciones humanas.

Lo anterior significa que el rasgo común que distingue a las instituciones sociales es el hecho genéricamente atribuible a todas ellas de que persiguen una superación social, levantando las formas de la vida colectiva de su plano primitivo a una situación de eficaz cooperación para el bienestar de la comunidad.

La Cruz Roja de la Juventud participa ampliamente de esa cualidad; pero, además, tiene atributos particulares, a ella sólo inherentes, que la postulan en condiciones singulares dentro del conjunto de las instituciones que, como ella, luchan y persiguen la protección de la infancia y de la adolescencia.

Por ello es que afirmamos rotunda y categóricamente que la Cruz Roja de la Juventud tiene una esencia vital de protección. Si se le quita o se le suprime este atributo, no solamente se desvirtúa su misión, sino que se le quita la razón de su existencia.

Esta característica propia de la Cruz Roja de la Juventud se revela de manera irrefragable al analizar pormenorizadamente los fines que ella persigue y los recursos psicológicos, económicos, pedagógicos, morales y sociales que pone en juego para la consecución de sus ideales.

Basta pensar en el plano elevado en que ha situado sus miras y sus ambiciones de servicio para comprender que lo que busca preferentemente es proteger a la infancia, segura de que con ello colabora eficazmente a la felicidad colectiva.

La dicha de una comunidad depende en gran parte de las atenciones que se tengan a los niños, ya que éstos, como ha sido dicho, constituyen las energías potenciales del futuro, y por lo tanto, necesitan de la mayor suma de consideraciones y cuidados.

Un país que descuida la obra protectora de sus niños es un pueblo destinado a sufrir y a soportar las mayores calamidades en su porvenir.

La Cruz Roja de la Juventud de México, fundada en su alto espíritu de servicio social y en su característica peculiar de protectora permanente de la infancia y de la adolescencia, en los diversos aspectos y manifestaciones de la vida en que los niños necesitan y reclaman atención y protección, realiza su misión sin el barniz de una "huera" filantropía o de una estéril y humillante compasión. Consigue sus propósitos de protección, con un sentido constructivo y estimulante, aprovechando las propias características psicológicas de los niños y de los adolescentes que gustan de participar activamente en las obras de su educación y de su preparación.

La Cruz Roja de la Juventud de México tiene, pues, una importante misión que llenar en el conjunto de las aportaciones concretas para la protección de la infancia. De consiguiente, demanda y reclama que se le juzgue y se le estime como lo que justamente es: una institución de servicio social, de colaboración educativa y de permanente cooperación en la obra protectora del niño.

A nombre de todos los miembros de la Cruz Roja de la Juventud venimos a presentarnos ante esta H. Asamblea para informar de la existencia de una

LA CRUZ ROJA DE LA JUVENTUD

institución que logra, a través de su lema significativo y trascendente: "YO SIRVO," y de sus postulados esenciales, conseguir una eficaz protección del niño por el mismo.

Efectivamente, en la Cruz Roja de la Juventud los niños y los adolescentes son quienes se protegen a sí mismos, dando por ese solo hecho, a la protección infantil, un sentido de alto valor educativo y de vigorosa eficacia social.

V

Las normas de difusión y de propaganda de que tanto necesita la Cruz Roja de la Juventud para hacerse cada día más amplia en su rendimiento protector de los niños, son, a nuestro juicio, las siguientes:

1ª Dénse a conocer clara y sencillamente los elevados ideales que persigue.

2ª Ténganse en cuenta en esta difusión los pensamientos esenciales que sirven de puntos de apoyo a la Cruz Roja de la Juventud.

3ª Afírmese con todo vigor que la dicha de los pueblos y la felicidad de las colectividades están condicionadas por el sentido, dirección, alcance y extensión que se conceda a la protección de la infancia.

4ª Júzguese que la Cruz Roja de la Juventud es una institución de servicio social, de colaboración educativa y de permanente cooperación a la obra protectora del niño.

5ª Estímese que la Cruz Roja de la Juventud logra con sus finalidades, organización y funcionamiento, hacer que el niño participe activamente en la obra de su propia protección.

6ª Lúchese por difundir estos principios que informan la labor de la Cruz Roja de la Juventud en todos los planteles educativos, oficiales y particulares, y en todos los planteles de beneficencia, o más bien, de Servicio Social.

7ª Fórmese una conciencia colectiva a favor de los recursos que, como la Cruz Roja de la Juventud, favorecen y protegen eficazmente a la infancia.

8ª Considérese que la Cruz Roja de la Juventud es una institución necesaria en la obra protectora del niño.

9ª Compréndase que ante las ansias colectivas actuales de un mejoramiento social fundado en una justicia más humana, la Cruz Roja de la Juventud es una colaboradora activa en la preparación de los niños para que luchen por ese mejoramiento.

10ª Institúyanse Comités Nacionales de la Cruz Roja de la Juventud encargados de difundir los principios en que se apoya, su organización y su funcionamiento, y de dirigir la formación del mayor número de secciones afines.

Al someter a la consideración del ilustrado criterio de los HH. Miembros de esta Asamblea el tema desarrollado en las páginas anteriores, quiero significarles mi más exquisita gratitud por su deferencia al escucharme y mi más profunda simpatía; unidas a los votos que formulo por el feliz éxito de los trabajos que con todo interés han emprendido a favor de la protección infantil.

CHILDREN'S WORK FOR CHILDREN

A Report of the American Junior Red Cross,
to the Seventh Pan American Child Welfare Congress

Miss RUTH EVELYN HENDERSON,
Washington, D. C., U. S. A.

WHEN during the War school children of Canada, Australia, and the United States spontaneously went to work assisting the Red Cross organizations of their respective countries, even before their elders invited them to do so, their sympathies turned instinctively towards those less fortunate children of Europe who were grievously affected by the war. The Red Cross was already attempting to restore children who, like the cities and the land about them, had been "devastated" by war. In the United States, when the Armistice was signed, a surplus fund had been accumulated from the memberships of millions of children who had been actively engaged, in their own production rooms, rolling bandages, knitting, making toys and garments, and even manufacturing furniture. Since the need among European children was so urgent and since the concern of American children was so acute, it was decided to set aside this surplus money raised by children, as a kind of trust fund to be used particularly for children. This fund was designated the National Children's Fund. Even since the individual membership fees were discontinued and the surplus was spent, the Fund has been voluntarily maintained by the members of the American Junior Red Cross as a means for nationwide and worldwide projects in child welfare.

From the start, the projects selected through careful study of each national situation were related both to physical and mental well being. In France and other countries, where organized play for children was at the time almost unknown, playgrounds were established, equipped, and directed by social workers released from work of evacuating villages and feeding and clothing the homeless. Literally, these children had to be taught to play; the spirit of fun seemed dead in malnourished bodies and terrorized minds. But the work of awakening was accomplished and many of the playgrounds were made permanent. Summer camps and school canteens were parts of the program.

CHILDREN'S WORK FOR CHILDREN

Permanent adjustment to life was made possible for two hundred French war orphans through scholarships. The world famous experiment of Dr. Bakule's school for crippled children, specifically aimed at the mental independence of handicapped children, was made possible at the start through the Junior Red Cross National Children's Fund. A concert tour of his pupils in the United States is still spoken of with sentiment by persons who heard the remarkable singing of the handicapped youngsters.

Another world famous educational project was that of the Cizek Art Class in Vienna, for a number of years subsidized by the National Children's Fund. Postcard reproductions of the art of Cizek pupils are now sold by the Austrian Junior Red Cross every year, to obtain funds for continuing child health education.

These are notable example of the worldwide scope of projects in behalf of child welfare helped by the American Junior Red Cross. Sometimes the help given by the United States children has been very small, in the actual amount of money contributed. The effect has been important, however, for the activities started have, like those of the Cizek Art School, continued over long periods, supported by the initiative of the European children who had been encouraged in this way. Thus the Junior Red Cross members of Greece, who for a number of years have received small subsidies to purchase quinine for combating malaria, have established dispensaries in remote areas, have destroyed breeding places mosquitoes, and have originated many constructive ideas for the welfare of children of Greece.

Remote things sometimes have a particular glamor; and these projects have been important, certainly, in furthering international friendship among young people. The farflung system of correspondence among Junior Red Cross groups of fifty nations and the annual distribution of Christmas gifts among children of many countries have intensified this friendly acquaintance. Yet those activities that are nearer home are also deeply significant. Although this paper is, by assignment, a report of the Junior Red Cross of the United States, mention must not be omitted of the spectacular project of the Canadian Junior Red Cross, which has performed important corrective work among crippled children throughout the Dominion.

The domestic work of the Junior Red Cross in the United States is varied. The program is one of performance rather than of money raising. The members make gifts and perform actual service, usually in connection with their school and classroom activities: such gifts as stuffed or wooden toys for other children in orphanages and hospitals, or art covers for brailled stories for blind children; and such service as giving school entertainments for public institutions, or remaking clothing for the destitute.

Mention has been made of the two-fold benefit, physical and mental, resulting from the welfare projects abroad. In the United States, when a large disaster left children of a certain section without homes or schools, children of other sections hastened gifts to them and raised a considerable fund of money, which they asked should be spent specifically on the children

who had suffered. These homeless youngsters were given a playhouse and tools and set to work making things to share with one another. The taking their attention from their own shock proved to be one of the most salutary forms of treatment. Since then in every disaster that requires the help of the National Red Cross, some special attempt has been made to provide some activity of value to the children, a library, which they may help to equip, a distribution of Christmas gifts that draws them altogether, or some other gathering at which they receive the friendly gifts and greetings of other children, and engage in communal activity.

There was once a concern on the part of educators in the United States, lest giving on the part of more fortunate children in behalf of the disadvantaged might have harmful spiritual effect on the children who were, in a sense, philanthropists. This danger has been greatly lessened, in the case of the Junior Red Cross, by the fact of universal membership. Not merely the wealthy children in a school, but every pupil of that school, is a member. And not merely the fortunately situated school, but the isolated rural school, or the city school in a poor district, belongs to the Junior Red Cross with little effort, for doing is stressed, rather than giving money. And all are working together. A human example of the result was furnished by a very ragged, uncared for little lad who display his Red Cross button with its words "I Serve" and explained to a grown up questioner: "We do things for the poor children." He himself was as poor as any, yet he had the pride of serving rather than the sense of always being a beneficiary. One educator said: "In the poorer districts, the Junior Red Cross has acted as leaven on those groups of children continually in the receiving end of the line. The child forgets the 'give me, give me' attitude all too easy when his food comes from the free lunch fund, his clothes from the neighbors, and his rent from the county. An avenue of escape is offered from the morbid self-interest bred of poverty. There are sick children shut up in hospitals who need his help! He'll make a picture book next art period for that little cripple in the orthopedic ward. He'll wear the button which says, 'I Serve.' He is an important member of society with social duties to perform."

Naturally the world depression in which the United States has suffered a part made the need for such service more widespread. There was scarcely a school in which there were not loved classmates with fathers out of work or with some actual lack material necessities. All working together for the highest interest of all have kept the work of supplying such necessities free from the taint of condescension. One young boy said: "When children give it is not charity, it is sharing." So these Junior Red Cross members have sewed new garments and remade outgrown ones, mended shoes and bought new shoes, collected food and cooked food, distributed coal or kindling all the material necessities have been part of their help to needy families. They learn to pass their gifts on through authorized social service agencies and in a tactful manner that will not hurt the recipients. They study the purposes

CHILDREN'S WORK FOR CHILDREN

of such agencies and learn of the methods approved by the best social workers. Those who receive have also, always, something to give.

Because the United States is a large country, any numbers are likely to sound amazing or even boastful. When the American Junior Red Cross claims a membership of seven and a half million children it must be remembered that our millions of members are a comparatively small per cent of the school enrollment. The membership, however, is widely distributed throughout all the states, includes thousands of rural schools as well as city schools, and ranges from the youngest pupils in the kindergarten through the youths in the secondary schools. It is therefore exercising a very real influence on the boys and girls of the nation. Their actual accomplishments in behalf of children who are disadvantaged by physical handicaps or poverty are real and are worthy of the sincere respect of their elders. But the effect most to be reckoned with is the deep and permanent influence upon their own characters, as they develop into citizens with an educated sense of social responsibility.

LA CRUZ ROJA DE LA JUVENTUD DE LA ESCUELA "REPUBLICA ARGENTINA"

Prof. LUPE JIMENEZ POSADAS,
México, D. F.

ENTRE los más grandes benefactores de la humanidad se cuenta, sin duda alguna, a Henry Dunant, de Ginebra, que, al considerar los horrores de la guerra y las penalidades de los prisioneros, tuvo la idea de instituir una organización internacional que mitigara unos y otras, institución que tomó el nombre de "La Cruz Roja," que andando el tiempo había de ser universalmente apreciada y respetada.

La Cruz Roja no sólo se ocupó de los heridos en campaña y de los prisioneros de la guerra, sino que, ampliando su radio de acción, acudió en auxilio de las víctimas de los terremotos, de los incendios, de las hambres y de otras calamidades públicas. Posteriormente, como resultado de la tremenda conflagración mundial de 1914 a 1918, la benemérita institución extendió más aún sus actividades, formulando su llamado "programa de paz" que no necesita de las calamidades para su desarrollo, sino, por el contrario, persigue como objetivo fundamental la conservación de la salud, la prevención de las enfermedades y el afianzamiento de la amistad internacional. Dentro de este noble programa, los niños y los jóvenes ocuparon bien pronto un lugar de suma importancia, constituyéndose con ellos la llamada "Cruz Roja de la Juventud," que existe en la actualidad en casi todas las naciones civilizadas del mundo y que aporta a la nobilísima causa de la Cruz Roja un contingente riquísimo de entusiasmo y de buenas voluntades.

En México se fundó el primer grupo de la Cruz Roja de la Juventud en la Escuela de Experimentación Pedagógica "Galación Gómez," dependiente de la Universidad Nacional, y después de trabajar aisladamente por algún tiempo, se incorporó a la Cruz Roja Mexicana el 30 de abril de 1928, cuando ya había desarrollado una importante labor, más meritoria porque había sido el primer ensayo de estas actividades entre nosotros. Dos años después, con motivo del aniversario de la Independencia de la República Argentina, se fundó en la escuela del mismo nombre el segundo grupo de la Cruz Roja de la Juventud, el 25 de mayo de 1930.

La Cruz Roja de la Juventud de la Escuela "República Argentina" funciona, desde entonces, por medio de cinco comités, titulados: de Higiene, de Civismo,

de la Hermana Mayor, de Primeros Auxilios y Enfermería y de Confraternidad Universal. El comité de Higiene se ocupa de fomentar la higiene individual y social. El de Civismo procura desarrollar el espíritu de servicio de la comunidad. El de la Hermana Mayor tiende a conseguir que las niñas que tengan hermanas menores, les presten atención y se preparen así para cuando tengan mayores responsabilidades en su hogar. El de Primeros Auxilios y Enfermería da los conocimientos más indispensables y sencillos en estas materias. Y por último, el de la Confraternidad Universal se esfuerza en fomentar las relaciones con los niños de escuelas de otros países.

Todas las niñas de la Escuela toman parte en estas actividades, que constituyen una verdadera y muy eficaz escuela de civismo femenino, en la cual adquieren hábitos de mejoramiento personal y, sobre todo, de servicio a la comunidad; tienen variadas oportunidades de llevar a cabo diversos actos benéficos y se preparan para continuar con el mismo espíritu social cuando sean grandes, sea en su hogar, en su trabajo, o en la sociedad en general. La Cruz Roja de la Juventud tiene una Junta Directiva, que se renueva anualmente por elección y que comprende una presidenta, una secretaria, una tesorera y cinco jefes de comités, alumnas todas de quinto y sexto año; cada comité está formado por alumnas que toman a su cargo las diversas comisiones que se les señalan, en relación con las actividades que a cada uno corresponden.

Para dar una idea de la clase de ellas, reproduzco a continuación el programa de acción para el mes de junio de este año: Comité de Higiene: Campaña contra la Pediculosis; Comité de Civismo: la Familia, la Escuela y la Sociedad; Comité de la hermana mayor: el ropero infantil, el costurero de las madres; Comité de primeros auxilios: el botiquín de la escuela, el agua potable, la vacunación contra la viruela; Comité de amistad internacional: relaciones de los niños de la Escuela "República Argentina" con los de los otros países americanos y con los de España. Las actividades comprenden revisiones diarias de trabajos realizados, gráficas, composiciones, pláticas, dibujos, organización de festivales, asambleas escolares, adquisición de pan que se distribuye entre niñas necesitadas, y de ropa para las mismas; trabajo de costura para las madres que lo solicitan; adquisición de útiles para el botiquín, correspondencia con niños de diversos países, etc.

Por medio de estos programas, que van cambiando en el transcurso del año, se consigue que todas las alumnas de la escuela tomen parte en estas actividades y que, sin descuidar el desarrollo del trabajo meramente escolar, realicen cosas muy variadas, de interés y provecho colectivo, que benefician a la misma escuela, a los hogares y al barrio en que está ubicada. Como ejemplo de actividades de provecho inmediato, citaré la cooperación de las alumnas y de la Sociedad de Madres, para ayudar a las víctimas de los temblores de Jalisco y Colima en 1932, con semillas, ropa, zapatos y otros menesteres, y la que prestaron recientemente con motivo de la catástrofe en el pueblo de Actopan. No hay exageración en decir que nuestra Cruz Roja de la Juventud está siempre

pendiente de las situaciones en que puede ser útil con su cooperación y que, en la medida de sus posibilidades, siempre está dispuesta a acudir para remediarlas.

Por estar las alumnas bien penetradas de la significación y de la trascendencia del espíritu de servicio, ya que el lema de la Cruz Roja de la Juventud es YO SIRVO y, sobre todo, porque desde su fundación ha venido teniendo muchas oportunidades de ponerlo en práctica, ha sido muy fácil la adaptación del establecimiento al nuevo régimen de la Escuela Socialista. Además, las actividades han venido poniéndose más en consonancia con las nuevas ideas educacionales, haciendo que las alumnas no solamente den lo que puedan, sino que adquieran prácticamente conocimientos útiles, tengan mayores oportunidades de trabajo manual y apliquen la enseñanza científica elemental a las necesidades del hogar, de la ciudad y del campo, siempre atentas a cooperar para que se alcance por todos el mayor bienestar.

Han sido auxiliares muy poderosos en la obra a que me refiero las escenificaciones, debidas a muy distinguidas profesoras de la Escuela, que despiertan aún mayor interés por los trabajos de la Cruz Roja y que son recibidas con singular satisfacción por los alumnos y por sus familiares. Entre esas escenificaciones, menciono las tituladas: El Hada Benéfica, la Fiesta de la Flor, Soy la Harmana Mayor, la Cruz Roja de la Juventud y El Día de las Américas. Algunas de ellas han merecido el honor de ser solicitadas para presentarse en otros establecimientos, y una fué pedida por la Unión Panamericana de Washinton para ser utilizada en escuelas de otros países. Se cuenta, igualmente, con un Himno de la Cruz Roja de la Juventud, que se canta en la Escuela en todas las circunstancias apropiadas.

Este pequeño estudio ha tenido por objeto, solamente, dar a conocer a grandes rasgos la modesta pero efectiva obra que la Cruz Roja de la Juventud ha realizado en la Escuela "República Argentina," con la cooperación entusiasta e inteligente de sus profesoras, principalmente la señora Consejera Ana Ma. Bribiesca de Sánchez, y con el mayor agrado y provecho de las alumnas. La obra dista mucho de ser perfecta, pero lo realizado hasta hoy sirve para demostrar lo que esta nobilísima institución puede hacer en obsequio de los altos ideales que persigue. Las que trabajamos en ella estamos convencidas de que la Cruz Roja de la Juventud es la mejor escuela de civismo; creemos que, por medio de ella, las alumnas prestan servicios muy apreciables a los demás y estamos seguras de que se están preparando eficazmente para llenar después, convenientemente, la misión social que incumbe a la mujer en la época en que vivimos.

Hacemos votos fervientes porque no sólo en México, sino en todos los países americanos representados en este Congreso, alcance esta benéfica institución los mayores progresos; y deseamos que ella siga sirviendo más y más para provecho de la niñez y de la juventud y para hacer, cada vez más y más estrechas, las relaciones entre las de los diversos países que forman el continente de Colón.

LA CRUZ ROJA DE LA JUVENTUD

SUMMARY

This small study has the object, only of letting the modest but effective work of the Junior Red Cross in the School "Republica Argentina" to be known with the intelligent and enthusiastic cooperation of its teachers and with the best will and advantage of its pupils. The work is far from perfect; but what has been done up to now serves to demonstrate what this noble institution can do for the high ideals which it seeks. We who work there are convinced that the Junior Red Cross is the best civic school; we believe that through it, the pupils give valuable service to the others, and we are sure that they are getting ready to fill efficiently, and later conveniently, the social mission which falls upon the woman of the times in which we live. We hope warmly that not only in Mexico, but that in all the other American Countries represented in this congress, this beneficial institution will have the greatest progress; and we hope that it will continue serving more for the benefit of childhood and youth and to strengthen more the relations among the different countries which form the Continent of Columbus.

THE ORGANIZATION OF RURAL CHILD HEALTH SERVICES

Dr. FELIX J. UNDERWOOD, F. A. C. P.,
Mississippi, U. S. A.

THREE times Presidents of the United States have called conferences of experts in regard to the child. The first Child Health Conference was called in 1909, primarily to study the needs of the dependent child, and the next year the Federal Children's Bureau was created. In 1919, following the great World War, President Wilson called a second Conference; and in 1929, President Hoover called the third, known as the White House Conference on Child Health and Protection. Committees were formed of experts in all phases of child life, and intensive surveys and recommendations with a singleness of purpose and unity of program, based on searching examinations of facts and experiences, resulted in more intensive child health programs. Various organizations increased the scope of child hygiene.

The National Parent-Teacher Association sensing the value of intensive work for children organized what is known as the Summer Round-Up for the examination during the spring of the year of children who were to enter school in the fall. During the summer month, efforts were made to stimulate parents to have physical defects of children corrected, then a second physical examination was made prior to the opening of school.

The worth of and need for child health conferences was soon highly evaluated by health departments and gradually health officials have assumed more responsibility to extend and intensify these programs. Much time and thought was given to arranging such conferences at regular intervals throughout the areas under public health jurisdiction.

Locations should be chosen according to centers of population and need for the work. Adequate space and equipment, and assistance of lay and professional groups, make possible a discussion of health problems and a thorough examination.

If it is not possible to arrange for medical conferences each month, they may be held every third month and the intervening ones may consist of instruction by public health nurses.

Primarily a child health conference is conducted for the sake of the child, but a vital factor lies in its educational value. It is a practical demonstration

RURAL CHILD HEALTH SERVICES

to the community of the value of periodical physical examinations, and it stresses personal hygiene and other preventive measures in order that children may be kept well and be ready to enter school without physical defects. Plans should be made to win the hearty approval and cooperation of local health workers, physicians, dentists, and child specialists; and to secure the support and interest of social and civic groups and interested individuals. Committees should be organized for publicity, registration, supplies, transportations, reception, and clerical aid. The success of child health conferences depends largely on the methods by which they are organized.

The purpose of the conference is to ascertain the development of the child as compared to the normal standard; to instruct the parents relative to healthful living habits, and to discover existing defects at an early age when they may more easily be remedied by proper hygienic or medical care. The conference schedule includes a careful examination of the child and if defects are found the parents are advised to consult the family physician or specialist. The conferences are not intended for sick children, but for the great number of children who though apparently well rarely are free of physical defects. Each parent or guardian should be referred to the family physician, dentist, or specialist for corrective work and professional advice about the child.

Follow-up home visits render an intimate service and are channels through which trained professional workers are able to carry accurate and useful health information to parents. Here, as nowhere else, an opportunity is given to study the family as a whole in its own environment, the purpose of the home visit being to interpret and evaluate conditions relating to the health problem, to render health service, and to teach health education.

In the field of preventive medicine more can be done directly to improve the health of the child than for any other age-group. A zealous program dealing with the child in the early and formative years of life is very productive and is of practical value.

The term "child health" is generally applied to all public health work for the protection of children through school age. Interest in the child should begin while it is yet unborn, as measures directed toward proper care of the mother during pregnancy have a great influence on the infant. From statistics it has been found that of the total pregnancies 21 per cent terminate in abortion, miscarriage, or premature birth. Of the live births, 58 out of every 1000 die in the first year, 33 per cent of these deaths being due to prenatal or natal causes. This is the challenge to workers interested in child preservation.

The object of prenatal care is to guard against the dangers of pregnancy and childbirth, to keep the prospective mother in good physical condition in order that her child may develop normally, and to instruct her so that she will be prepared to give intelligent care to the baby after it is born. To accomplish such an objective, it is imperative that good medical and nursing service be available as well as hospital facilities to those requiring hospitalization. The responsibility of prenatal supervision should be, as it always has been, that of the family physician. The health department, however, should cooperate and

MEMORIA DEL VII CONGRESO PANAMERICANO DEL NIÑO

assist in this service. With the importance of prenatal supervision now so clearly demonstrated in the field of medicine, it is of paramount importance for practicing physicians to appreciate and demand this service. Not all physicians have properly evaluated prenatal supervision and have not realized their responsibility in this field, either due to lack of interest or unwillingness to take on the additional work associated with this service.

Education and renewed efforts must be made toward improving the work of midwives in areas where their aid is still needed.

Practically all health activities have a direct influence in causing a reduction in morbidity and mortality rates of children. In a communicable disease program every effort should be made to immunize the lower age-groups against diphtheria, smallpox, and typhoid fever, which will not only protect the child from much diseases, but by preventing illness tend to keep him in better physical condition to resist other diseases against which there are no known agents of immunization.

In reducing the incidence of diseases such as diarrhea, tuberculosis, and hookworm, much has been effected through diet, sanitation, and improvement of environment, and other conditions. Supplementary to these general health activities that affect all age groups, are certain health activities aimed specifically toward improvement of the health of the child.

In the organization and promotion of any service, the most important factor to be considered and insisted upon is education. Success is possible only when the people understand and approve the purposes and objectives of the program. When the people understand the activities of the health department they will properly evaluate and support such service. Health education should be incorporated into civic, social, and other club programs and integrated into the curricula of the schools. In the school health program the health officer and public health nurse may be of great aid to the school authorities in planning and in selecting subject matter and material for teaching. The teachers, themselves, should incorporate health teaching into school units of work.

Advanced hygiene classes may be given by public health nurses or other qualified persons. The awakening of a desire to learn is sure to follow thoughtful and well-directed effort.

In reviewing the field of child hygiene, it can be broadly stated that in the majority of health departments too small a proportion of the activities are devoted to the infant and preschool age group. The foundations for a healthful and happy life are built before a child reaches its sixth year of life. Therefore, major interest which in the past has been devoted to the school group should be shifted to maternal, infant, and preschool hygiene.

SUMMARY

A child health conference is a practical demonstration to the community of the value of child hygiene.

A vital factor of the child health conference is its educational value.

RURAL CHILD HEALTH SERVICES

Home visits furnish the opportunity for health personnel to give more intensive instruction.

The family physician should assume the responsibility of prenatal supervision. The health department personnel may cooperate and assist.

Practically all health programs have an influence on morbidity and mortality rates of children.

Immunization against smallpox, diphtheria, and typhoid fever to be most effective should be administered to the lower age groups.

Health education should be incorporated into civic and social activities and integrated in the curricula of the schools. The success of the work of organizations for child hygiene services depends on the understanding and cooperation of the laity.

The foundation for a healthy and happy life is built before the child reaches the sixth year of life. Therefore, maternal, infant, and preschool activities should receive major emphasis.

ORGANIZACION DE LOS SERVICIOS DE HIGIENE RURAL INFANTIL

(Extracto en español.)

Dr. FELIX J. UNDERWOOD, F. A. C. P.,
Mississippi, U. S. A.

LA higiene infantil y las actividades relacionadas con ella han sido reconocidas generalmente como el elemento más importante en el programa de salubridad pública. Los mejores resultados en la medicina preventiva se obtienen en los grupos infantiles, los cuales están más adaptados para recibir y responder a la corrección de los defectos físicos, a la guía de higiene mental y a la enseñanza de hábitos sanos de vida. Para que un programa de higiene infantil dé buenos resultados, debe prepararse cuidadosamente y empezar en los momentos del embarazo, concentrándose en el niño hasta llegar a la pubertad.

La educación higiénica es la piedra angular en toda obra higiénica progresista. Estas medidas higiénicas educativas deben ser proyectadas con toda minuciosidad y presentadas razonablemente a individuos capaces de entenderlas. La pobreza y la ignorancia son, posiblemente, los mayores obstáculos en la obra de salubridad pública; pero con una dirección inteligente de un programa educativo, los efectos nocivos de la pobreza pueden solucionarse hasta cierto punto, por medios que hagan frente a esta asociación de problemas.

Todos los grupos profesionales deben cooperar con cortesía, efectividad y continuamente con los funcionarios sanitarios para fomentar el programa de salubridad pública, y los funcionarios sanitarios deben responder fomentando y promoviendo los trabajos acordados por los Departamentos de Salubridad Pública. Sólo por medio de un acuerdo armonioso se puede esperar que ese servicio sea de verdadera utilidad para los que lo necesitan.

Todos los programas de higiene de la niñez deben prepararse de manera que se incluyan en ellos las clínicas así como conferencias en lugares apropiados y en épocas en las que puedan concurrir el mayor número de personas. En esas conferencias se debe contar con equipos y otras facilidades a fin de hacer posible el examen completo y no interrumpido de los problemas, así como la discusión de los programas de higiene. Tanto las labores de corrección como los problemas profesionales, deben dejarse en manos de las personas encargadas del cuidado de cada caso particular. Las visitas a los hogares por enfermeras del servicio sanitario deben incluirse definitivamente en el programa.

SERVICIOS DE HIGIENE RURAL INFANTIL

La importancia de la organización de la comunidad debe ser comprendida debidamente por todas las agencias sanitarias y debe asimismo estudiarse con todo cuidado la selección de los individuos en las distintas comunidades para ayudar en el fomento de esas funciones. Estos consejos consultivos o grupos vecinales pueden ser de un valor inestimable tanto para los funcionarios como para las enfermeras sanitarias, dando publicidad a las conferencias, ayudando a obtener abastecimientos, proporcionando medios de transporte y ofreciendo facilidades para la corrección de defectos físicos. Tales individuos, por medio de consejos oportunos y bien dirigidos, han tenido también oportunidad para guiar a las enfermeras del servicio sanitario por rumbos que les han permitido la entrada definitiva en los hogares y para hacer comprender a los padres su responsabilidad respecto a sus hijos para buscar medidas protectoras y correctivas.

PROTECCION A LA INFANCIA EN LAS COMUNIDADES RURALES

Dr. MIGUEL E. BUSTAMANTE,
México, D. F.

DENTRO de los problemas generales de asistencia social en cada país, se encuentran puntos que son idénticos para todas las naciones, y otros que corresponden a las peculiaridades regionales.

Las notas que se presentan en este artículo sobre protección a la infancia en las comunidades rurales, corresponden al medio mexicano y contienen los puntos de vista que son resultado de la experiencia del trabajo de organizaciones sanitarias en medios rurales. Posiblemente falten, a pesar del buen propósito de comprensión del problema, las observaciones que otros trabajadores no dedicados a la higiene pública tengan sobre estos asuntos.

Las comunidades rurales en México comprenden desde pequeñísimas rancharías formadas por diez o quince familias, hasta núcleos de varios miles de habitantes, que muchas veces ostentan nombres de: villas, municipios y aun de ciudades, sin que realmente lo sean. Cada uno de los médicos que han recorrido la República se manifiesta desconsolado ante la falta de administración de las comunidades rurales o semi-rurales, puesto que se carece en ellas de organizaciones municipales de higiene, faltan las que deberían representar a la Beneficencia Pública, aun en su viejo concepto de instituciones de caridad para los menesterosos, y existe indiferencia total para la infancia; pues fuera de las escuelas, que por hoy son una vigorosa esperanza de redención del campesino, no hay ningún grupo que se ocupe de las necesidades de los niños, aun en el presente, sin pensar en el futuro.

La necesidad de que el niño ayude desde muy pequeño a conseguir una parte del sustento familiar, para lo cual se le dedica al pastoreo, y de que la niña sea, al lado de la madre, la encargada de las tareas domésticas, hacen que sea muy difícil de aceptar que todos los niños tienen derecho a concurrir a la escuela y que se le deje suficiente tiempo para las tareas escolares, por temor a perjudicar a la familia por estas causas.

Los profesores rurales, cuya admirable labor de penetración entre los campesinos enseñándoles a leer, a escribir, a ser aseados y cuidadosos de sus personas, a buscar la manera de mejorar sus habitaciones, sus cultivos y anima-

PROTECCION A LA INFANCIA RURAL

les, a pensar en que son miembros útiles a la colectividad, cuya labor, decía, es apenas comprendida por unos cuantos, presentan con su ejemplo un medio para iniciar la asistencia a la infancia y completar o permitir la obra educativa.

La asistencia y protección social de la infancia en el medio rural, necesita en primer lugar el cuidado de la salud de las madres y de los niños, se liga estrechamente con la prevención de las enfermedades, con la curación inmediata de las mismas, con la habitación higiénica, el vestido y el régimen de trabajo, puesto que es inevitable que los niños mayores de quince años ayuden a sus familiares, y con la supresión de costumbres, vicios y tradiciones familiares nocivas para la salud y la vida.

Por esto creemos que la protección a la infancia en las comunidades rurales debe quedar encargada a los médicos, asistidos por lo menos por una enfermera visitadora y por una trabajadora social, así como por un inspector sanitario.

En el medio rural es imposible separar en los pequeños poblados la medicina preventiva de la medicina curativa, y en esto están de acuerdo los asistentes a los congresos y conferencias sanitarias panamericanas que han aceptado que se establezcan en los campos unidades de asistencia y prevención.

Cuando se estableció en 1933 la Unidad Médico-Sanitaria Cooperativa del Sistema de Riego N° 4, correspondiente a los Estados de Coahuila y Nuevo León, pensamos, y todavía seguimos con la misma idea, que esta organización ofrece la posibilidad de tener en un sistema compacto los puntos de vista de la medicina social entendida tan ampliamente como sea preciso, para poner todos los conocimientos de las ciencias médicas y de las ciencias higiénicas a servicio de la colectividad.

Ligados íntimamente el vivir en la miseria y el vivir en la enfermedad, con la ignorancia de la alimentación desde los primeros días de la vida, con el desconocimiento o la imposibilidad de adquirir el vestido del niño, con la falta de conocimiento de los peligros de la promiscuidad de hombres y animales y el amontonamiento en habitaciones sin sol y sin ventilación, sólo pueden romperse las trabas que mantienen esta situación por los médicos, las visitadoras y las trabajadoras sociales.

Estas ideas las tienen todos los médicos que han organizado el Primer Congreso de Higiene Rural de Morelia, puesto que su programa y su temario están destinados íntegramente a la asistencia social unida a la prevención de enfermedades.

Para que puedan establecerse y funcionar las unidades médico-sanitarias rurales con el personal mínimo de médico, enfermera social, trabajadora social e inspector sanitario, deben reunirse los fondos destinados a salubridad federal, de los Estados y de los municipios, para beneficio colectivo, con los procedentes de fuentes particulares o semioficiales, siempre que tengan relación con la salud y la vida. Hay partidas en diversas Secretarías y Departamentos de Estado y en diversas instituciones particulares, que reunidas en el programa de asistencia, pueden dar la base para continuar sobre los pasos que

han dado aisladamente el Departamento de Salubridad, la Secretaría de Educación Pública, el Departamento Agrario, el Departamento del Trabajo y algunas otras instituciones.

Para no alejarme del tema principal no mencionaré las formas propuestas al Congreso Científico Americano para conseguir la unificación de programas y presupuestos, y pasaré a los puntos de vista que, a mi modo de ver, serían la norma de las unidades médico-sanitarias rurales.

La protección a la infancia en las comunidades rurales debe empezar, como siempre, por las clínicas de higiene pre-natal, continuar por la atención de los partos por enfermeras o médicos, seguir adelante en las clínicas de alimentación infantil y ligarse en las pre-escolares al cuidado del niño en la escuela hasta que salga de la infancia.

Los pequeños hospitales que alojen niños procedentes de varias poblaciones son una necesidad tan grande como las clínicas, y la adaptación de salas de hospital especiales para niños debe emprenderse desde luego en las ciudades importantes de cada Estado. Para el transporte deben adquirirse ambulancias y aun recomendarse el aeroplano sanitario que pueda en casos urgentes o importantes hacer el transporte de los pacientes adonde haya elementos médicos que les salven la vida. La Cruz Roja ha desarrollado en varios países europeos excelentes servicios de transporte aéreo de enfermos, que por su funcionamiento económico, por su organización eficaz y por los conocimientos científicos de su personal, deben tomarse como modelo para nuestro país, y en otros sin buenas vías de comunicación, con gran extensión territorial y con problemas económicos que impiden hasta hoy una distribución favorable de servicios médicos en el territorio nacional. Este medio de transporte iniciado para los niños, tendrá gran simpatía y podrá extenderse a todos los habitantes sin excepción.

La clínica de prevención y el hospital accesible, son parte del cuidado de la salud física, al par que los campos de juego con equipos que favorezcan el desarrollo muscular sin peligro de lesiones; y deben ser completados por los clubes juveniles de niños y de niñas, por los teatros al aire libre, por el cinematógrafo especial para niños, por los juegos reglamentados con tendencias educativas, para la mejor adaptación del equilibrio mental de los niños.

Varias de las actividades mencionadas no corresponden al médico rural sino al maestro que, una vez más, por su valer como elemento de progreso, será su colaborador fraternal.

Mientras el médico ejerce sus funciones en la clínica y en el centro de higiene rural, la enfermera visitadora y la trabajadora social tienen contacto constante y frecuente con las familias en el seno del hogar y el peso de la asistencia social reposa sobre ellas, por lo cual las cualidades de prudencia, inteligencia, habilidad para tratar con el público, respeto a sí mismas, a sus superiores y a sus compañeras, así como para todas las personas a quienes tratan, por más humildes que sean, deben ser fundamentales. Claro es que un personal con esas cualidades y otras bastante obvias, resistente a la fatiga, capaz de transportarse a caballo, en vehículos campestres, sin temor a la en-

fermedad ni a los caminos, es un personal que una vez encontrado y preparado, debe ser protegido y considerado por el Estado, por sus jefes y por la sociedad.

El buen resultado que los profesores rurales han dado en muchas zonas del país, el hecho de que se han podido encontrar mujeres abnegadas y con bastante competencia, que han transformado los edificios escolares, los vestidos de los educandos, sus hábitos, al mismo tiempo que están combatiendo su ignorancia, hace pensar que sí existen personas para la labor de asistencia social en los medios rurales, desde el punto de vista que se expresa en estas páginas, y que quizá sería posible mientras haya médicos y oficinas en los lugares que se necesitan, crear un grupo de visitadoras sanitarias auxiliares cuyo programa mínimo comprendería:

a). Procurar que los registros de nacimientos, matrimonios, defunciones y enfermos se lleven al día para dar aviso oportuno a las unidades de asistencia y prevención. Prestar los primeros auxilios en casos de accidente y enfermedades y atender los partos fisiológicos.

b). Ser los portavoces de los consejos de alimentación de los niños, según las indicaciones de la medicina y de la higiene. Ayudar a los maestros y al Departamento Agrario en los cultivos de plantas útiles para la alimentación, en la siembra de árboles frutales y en todo lo referente a la mejora de la alimentación. Luchar contra el alcoholismo y preparar las clínicas correspondientes cada vez que el médico visite la población de residencia de la visitadora.

c). Colaborar a la habitación higiénica rural, con la separación de personas, animales y la construcción de letrinas sanitarias, la protección de pozos para el abasto de agua y la del interior de las casas contra los insectos y animales que puedan causar perjuicios a la salud.

d). Cumplir con la parte del programa de lucha contra las enfermedades transmisibles como la viruela, la tifoidea, el tétanos, la disentería y todas aquellas cuya prevención pueda ser ejecutada o dirigida por ellas, de modo especial las parasitosis intestinales y el paludismo.

e). Distribuir los folletos que de educación higiénica y médica se les proporcionen, procurar su lectura y atraer el cariño del público hacia la labor de las unidades médico-sanitarias.

f). Transmitir al médico todas sus observaciones referentes a los puntos anteriores y a las condiciones económicas y sociales de la región.

Por el deseo de sintetizar un programa mínimo susceptible de llevarse a cabo con los recursos económicos de que se dispone, no se mencionan numerosos puntos de protección y asistencia social a la infancia, que para ser satisfechos en el medio rural requieren conocimientos, dinero, constancia y tiempo, en forma tal que, al transcurrir los años y en plazo corto, pueda verse que los niños del campo disfruten de salud física y mental y de oportunidades para ser útiles a sí mismos y a la colectividad. Al pensar en los niños y al

MEMORIA DEL VII CONGRESO PANAMERICANO DEL NIÑO

preocuparse por ellos la sociedad, no hace más que cumplir con los más sanos ideales de la vida al ahorrar sufrimientos y reducir el dolor para los descendientes, que tienen derecho a exigir de los padres constantes esfuerzos para obtener una humanidad mejor.

CONCLUSIONES

1.—Para proteger a la infancia en las comunidades rurales, se propone aceptar las unidades de asistencia y prevención, con personal mínimo de un médico, una enfermera visitadora, una trabajadora social y un inspector sanitario.

2.—El sostenimiento de las unidades que deberán abarcar la medicina preventiva y la curativa y la asistencia social, debe hacerse reuniendo todos los fondos gubernamentales que se destinen a actividades relacionadas con la salud y la vida, así como las aportaciones particulares para fines semejantes.

3.—Además del programa higiénico que comprende la higiene pre-natal, la post-natal, la pre-escolar, la escolar y la de la maternidad, se considera necesario el hospital de niños, la adaptación de salas especiales y el desarrollo de la aviación sanitaria.

4.—Al mismo tiempo que personal preparado, se cree indispensable que el Estado garantice al mismo su permanencia en el servicio, dentro de leyes especiales.

PROTECCION A LA INFANCIA EN LOS MEDIOS RURALES

Dr. JOSE MAZZOTTI,
Tula, Hidalgo, México.

CONTRA lo que generalmente se piensa, en ninguna parte se hace más urgente, entre nosotros, la campaña de protección a la infancia, como en las comunidades rurales.

El presente escrito tiene como fundamento las observaciones hechas en el Centro de Higiene Infantil que el Departamento de Salubridad Pública tiene establecido en Tula, Estado de Hidalgo, región esencialmente ejidal, poblada por individuos de razas mestiza e indígena y que puede ser tomada como base para el estudio de las necesidades de la niñez campesina.

Las estadísticas del Municipio de Tula dan idea del pavoroso problema que representa la elevada mortalidad infantil en los campos y la urgencia que hay de que se le haga frente. En los últimos cinco años, los coeficientes de mortalidad infantil han sido los siguientes :

- 1931. 268 defunciones de niños hasta de un año de edad, por 904 nacimientos registrados;
- 1932. 247 defunciones, por 926 nacimientos registrados;
- 1933. 232 defunciones, por 845 nacimientos registrados;
- 1934. 202 defunciones, por 971 nacimientos registrados;
- 1935 (primer semestre). 104 defunciones, por 445 nacimientos registrados.

El coeficiente de mortalidad infantil, de 296.50 por mil, registrado en 1931, ha bajado paulatinamente, llegando a 208.03 por mil en 1934. Esta diferencia representa sin duda la acción higiénico-sanitaria del extinto Comité Local de Protección a la Infancia y actualmente del Centro de Higiene Infantil. Si las cifras de mortalidad son hasta ahora elevadas, se debe a que nuestros campesinos se muestran todavía renuentes para aceptar los métodos profilácticos a que no están habituados y las indicaciones higiénicas y dietéticas, que se hallan muchas veces opuestas a las prácticas acostumbradas.

Es necesario entonces establecer una verdadera tutela sanitaria sobre las masas campesinas con el fin de combatir con energía la mortalidad infantil, convenciendo a las madres de la obligación de buscar durante la gestación, la asistencia necesaria y las mejores condiciones posibles durante el parto y puer-

perio, así como de que practiquen las reglas para la crianza y las normas tendientes a mejorar el estado físico, intelectual y social del niño.

Casi la totalidad de los niños del campo son hijos de matrimonios ilegítimos y accidentales, y muchos de ellos no conocerán a su padre, que dió por terminada su misión al engendrarlos. Abandonadas a su suerte, en la necesidad de luchar para su subsistencia, las mujeres no pueden buscar para su futuro hijo el beneficio de la higiene prenatal; el médico no es requerido sino con motivo de accidentes graves, cuando le es con frecuencia imposible salvar la vida del nuevo ser y a veces ni la de la infeliz madre.

Producto, muchas veces no deseado, de un simple acto fisiológico, el niño campesino nace en un medio indiferente y crecerá en un ambiente de abandono material y moral, condenado a cargar para siempre las lacras hereditarias de que una oportuna atención pudo haberlo librado, y a carecer de otros cuidados que los dictados por el instinto materno, desvirtuado todavía por los disparatados prejuicios de que es tan fácil presa la mente popular y que son impuestos por las sabihondas rústicas con una solicitud digna de mejor razón.

El nacimiento de un niño tiene lugar en las peores condiciones higiénicas imaginables y en medio de los mayores peligros, de los que no es sin duda el menos temible la ignorancia de la señora que partea. En el piso de la pequeña choza que forma la habitación de la mayoría de nuestros labriegos, en una obscuridad casi absoluta, se coloca a la parturiente en una de las incómodas posturas que han ideado las comadres campesinas, acosada por un enjambre de moscas, luchando con la incomodidad y con los animales domésticos que reclaman su sitio en el hogar común, envuelta en las miradas de los pequeños miembros de la familia que contemplan con asombro el espectáculo, mientras la pseudopartera prepara una infusión para la madre y alguna sucia hilacha que servirá como ligadura del cordón, omitiendo siempre las medidas profilácticas para prevenir la conjuntivitis purulenta. Resultado de estas primitivas prácticas obstétricas, son los frecuentes accidentes mortales en la madre y los numerosos casos de muerte intrauterina del feto, de oftalmía purulenta y de tétanos del cordón. Según las estadísticas municipales, en 1931 se registraron 32 casos de muerte intrauterina del feto; en 1932, 19 casos; en 1933, 30; 12 en 1934 y 11 en el primer semestre del año actual. De 3.53 casos de muerte intrauterina del feto por mil niños nacidos vivos, este coeficiente ha bajado a 1.23 por mil, en 1934. En los niños presentados al Centro de Higiene Infantil encontramos un porcentaje para la oftalmía purulenta y las infecciones del cordón, de 3.86% y 1.93%, respectivamente, dando estas cifras idea de la frecuencia de estos accidentes neonatales, si se toma en consideración que muchos niños no son curados y algunos son atendidos particularmente por los médicos de la región y todos estos casos no son datados en los registros del Centro de Higiene.

El niño que ha logrado escapar a los numerosos peligros que lo amenazan en la vida intrauterina y durante el parto, tendrá que enfrentarse con el ma-

yor de todos, el que por millares siega la vida de nuestros niños campesinos: la mala alimentación.

Amamantados por la madre, salvo imposibilidad por defectos físicos o funcionales o porque alguna causa patológica lo impida, casos en los que generalmente se recurre a la alimentación mercenaria, el niño presenta en su primera infancia un aspecto normal, ya que es la época única de su vida en que se le proporciona alimentación adecuada, y aun entonces los trastornos gastrointestinales, la hipotrepsia y la atrepsia se ven con frecuencia, resultados de la falta de régimen, de la hipoalimentación o de la administración de alimentos inadecuados a esa edad.

La alimentación materna se prolonga por dos años o más, dando al niño como complemento, algunos trozos de tortilla de maíz, alimento que formará la base de su ración durante el resto de su vida. El niño campesino no volverá a tomar leche después de abandonado el seno materno, debiéndose sin duda a un instinto popular el que las madres prolonguen lo más posible la lactancia de sus niños; la alimentación consistirá en tortilla con sal y alguna infusión, tomados dos veces en el día, a lo que en algunas ocasiones se agregará caldo de frijol y chile. Sujeto a este régimen cualitativa y cuantitativamente insuficiente, el niño que no muere presentará hipotrofia estatural y un estado de completa desnutrición, acompañado de continuos trastornos gastrointestinales y signos variados de avitaminosis.

Los médicos rurales, que tienen un contacto estrecho con los habitantes de rancherías y pequeños poblados, saben que la tan ponderada salud a toda prueba de los niños del campo no es más que un mito; la mayoría de ellos mueren a corta edad por trastornos gastrointestinales, por avitaminosis o por enfermedades infecciosas de las que su pobre organismo, agotado por la escasa alimentación, no puede defenderse. El que logra salvarse tendrá que buscar pronto, en el alcohol, el combustible que no encuentra en su escasa ración, y el pulque y el mezcal serán los encargados de cubrir desde entonces gran parte de las necesidades energéticas. El abuso del alcohol es entre nuestros campesinos un vicio creado por una necesidad y no es con pláticas, sino con alimentos, como podrá extirparse.

Entrando apenas en la pubertad, a veces desde la edad escolar, el niño campesino se ve invadido por un sentimiento de cansancio, que se irá acentuando a medida que se acerca a la edad adulta, en la que se ve convertido en un ser agotado, incapaz muchas veces, de cumplir debidamente sus labores, triste, sin voluntad, fatalista.

Este cuadro patológico de agotamiento físico y mental, que constituye la tan decantada melancolía de la raza, no tiene nada de poético; es el fin obligado de un pasado de miserias que de un modo irreparable ha destrozado su voluntad y minado su organismo, haciendo que se manifiesten las lacras, hasta entonces larvadas, de herencias ancestrales o morbosas.

La mayoría de los hombres del campo son endebles, física y moralmente débiles; su fuerza muscular es precaria y carecen de carácter. A la obtención de hombres moralmente fuertes y físicamente vigorosos debe tender la campa-

ña de protección a la infancia en los medios rurales; pero para obtener este fin, no basta emprender una lucha contra la morbilidad infantil, resultado de la cual sería sólo una ligera disminución concomitante de la mortalidad; la obra no debe ser simplemente terapéutica, sino eminentemente profiláctica y educativa, modificadora de las circunstancias morales, económicas y sociales de nuestros labriegos; creadora de una conciencia de responsabilidad entre nuestros hombres del campo y exaltadora del sentimiento de la maternidad, **substituyendo los impulsos instintivos por la enseñanza que permita a las mujeres cumplir de un modo inteligente y razonado su alta misión.**

Un programa tan complejo, cuya finalidad es la redención de las masas campesinas, que constituyen un factor tan importante de nuestra organización social, no puede ni podrá ser cumplido por agrupaciones que emanen de la iniciativa privada, sino por la acción conjunta de los organismos estatales que ya tienen como objeto el mejoramiento sanitario, intelectual y social de los campesinos; pero cuyas actividades se han ejercitado hasta ahora aisladamente y sin llegar a tener la convergencia necesaria para lograr de un modo más rápido y perfecto el fin deseado.

Sólo la acción armónica de la Secretaría de Educación y de los Departamentos de Salubridad y Agrario podrá modificar las actuales condiciones de nuestros labriegos, imponiendo las medidas y métodos necesarios para combatir la mortalidad infantil, para inculcar las normas de higiene social de la infancia y lograr el cambio en el ambiente, necesario para defender al niño de las asechanzas mortales y asegurarle un desarrollo normal.

Al Departamento de Salubridad Pública corresponde el papel primordial en la campaña de protección a la infancia en los medios rurales, como director de una organización sanitaria que deberá llevar hasta los más pequeños poblados los beneficios de la higiene en general y particularmente de la higiene infantil. Sin duda que el ideal sería lograr el establecimiento en todas las cooperativas ejidales de un médico con facultades de autoridad sanitaria y de una partera visitadora; pero siendo difícil lograr esta pretensión, considerado el factor económico, deberá procurarse esto en las cabeceras de municipio, y el establecimiento en las cabeceras de distrito, de un centro de higiene coordinador de las labores de los médicos municipales, y aun de un hospital distrital que podrá contar con elementos que aligeren al médico rural la difícil tarea que se le impone y hagan más efectivo su trabajo.

En casi todos los pequeños poblados hay algunas personas, generalmente mujeres, a las que acuden los enfermos en demanda de consejo y tratamiento, y que constituyen uno de los mayores peligros para la niñez campesina; generalmente gozan de un prestigio que nadie, ni ellas mismas, tienen en qué fundar, pero que contrarresta de un modo decisivo las labores del médico higienista, puesto que con la mayor convicción y buena fe y sin recibir por ello recompensa alguna, como no sea el ascendiente que sobre los demás les da el favorable concepto en que se les tiene, propagan e imponen las más absurdas opiniones sobre alimentación y cuidado de los niños. Estas personas pueden ser de gran utilidad en la campaña de protección a la infancia si se les sabe

aprovechar; mediante un control atinado, las curanderas y comadronas campesinas pueden convertirse en activos agentes si se les proporcionan nociones, así sea rudimentarias, de higiene y dietética infantiles. Estos elementos, actualmente uno de los mayores escollos con que tropieza la labor educativa del médico rural, no deben combatirse desde luego, sino ser atraídos y mediante una educación conveniente, convertidos en vehículos que se encargarán de llevar la educación higiénica hasta donde la acción del médico no pueda llegar. Esta conducta siguen actualmente las Unidades Sanitarias Cooperativas de Tierra Blanca, Minatitlán, Puerto México y Xochimilco, y debe ser imitada generalmente.

La campaña de protección a la infancia en los campos fracasará inevitablemente si no se cuenta con el apoyo de las autoridades municipales y ejidales. El Centro de Higiene Infantil en Tula no había llegado a tener este carácter, sino el de una institución de beneficencia, hasta que obtuvo la ayuda moral de la autoridad municipal y el decidido favor de los Presidentes de los Comisariados Ejidales. Actualmente, un gran porcentaje de las mujeres que asisten al Centro llevan a sus niños sanos a fin de que sean inmunizados, de que se lleve su registro de peso o de recibir consejos sobre higiene y dietética en general. Para alcanzar este fin, el Centro de Higiene logró en un principio que se considerara la presentación del niño al Centro como un requisito sin el cual no podría ser inscrito en el Registro Civil, y como esta última circunstancia es indispensable para ser bautizados, cosa que para nuestros campesinos es imprescindible, las mujeres se vieron en la necesidad de llevarlo a la consulta donde les explicó la conveniencia que para el niño reporta el examen médico periódico. Muchas fueron las que, conseguido el fin que las llevó a la primera consulta, dejaron de asistir a ella; se pidió entonces la contribución de los Presidentes de los Comisariados Ejidales, que se encargaron de enviar nuevamente al Centro a las remisas, sirviendo este ejemplo para que la mayoría empezara a asistir de un modo regular. Métodos semejantes, que a no ser por el benéfico fin con que se emplean, podrían bien ser considerados arbitrarios, son indispensables para lograr éxito en una campaña sanitaria rural; las normas de higiene deben al principio ser impuestas y luego tendrán voluntaria aceptación al apreciarse los beneficios obtenidos. En la actualidad, el Centro de Higiene Infantil de Tula controla a casi todos los niños del Municipio menores de dos años, y se encuentra en camino de poder ver lograda su verdadera misión; si hasta ahora sus actividades se han desarrollado sólo en el restringido campo de la higiene postnatal, se debe a que no cuenta con las enfermeras visitadoras necesarias para convencer a los campesinos a aceptar otros servicios. Aun dentro de este limitado campo, el Centro de Higiene ha logrado únicamente ejercer su acción dentro del Municipio; para extender la educación higiénica y la obra profiláctica al resto del Distrito, se necesitaría contar cuando menos en cada uno de los Municipios, con el auxilio de un médico, ayudado a su vez por una partera visitadora, como se ha dicho antes, que difundiera en su zona la enseñanza sanitaria procurando atraerse a las curanderas y comadronas prácticas de la región, que, bien dirigidas, serán valiosos aliados

en la lucha contra la mortalidad infantil; con este objeto, deberán ser inscritas en la oficina sanitaria respectiva y recibir la educación higiénica necesaria.

Los médicos y parteras visitadoras municipales emprenderán, bajo la dirección del Centro de Higiene distrital, una labor uniforme y modificada sólo por las condiciones especiales de la zona, labor que en general comprenderá trabajos de bioestadística, profilaxis de enfermedades transmisibles, educación higiénica, insistiendo en la campaña prenupcial y en la educación prenatal y maternal, procurando siempre ganarse el apoyo de las autoridades ejidales, sin el cual no podrían cumplir debidamente su misión. Sería de desearse, y en este punto tendrá una influencia decisiva la autoridad ejidal, que se estableciera en un principio como obligatoria, la presentación periódica a la oficina sanitaria respectiva, de toda mujer embarazada, al igual que de los niños desde el nacimiento hasta la edad escolar.

Las obras de saneamiento de los pueblos deben formar un capítulo muy importante del plan de labores de las oficinas sanitarias municipales. El médico deberá formar cédulas en las que se asiente el estado sanitario de los pueblos y sus necesidades, sobre todo en lo que al aprovisionamiento y purificación de aguas y al establecimiento de instalaciones sanitarias se refiere, y cédulas de las familias, que contendrán datos sobre las condiciones de la casa y la situación higiénica, moral, económica y social de sus habitantes. Se tendrá así un control absoluto de la región y los datos suficientes para gestionar las obras de ingeniería sanitaria necesarias en cada poblado y las modificaciones indispensables para la higienización de las habitaciones, trabajo que seguramente serán emprendidos si se cuenta con la ayuda de los Jefes de Zona del Departamento Agrario.

El lugar primordial entre las causas de morbilidad y mortalidad infantil en los medios rurales, como se dijo antes, lo ocupa la carencia alimenticia. La hipotrofia estatural, imputable sólo a la alimentación escasa y mal equilibrada, es la regla entre los niños del campo; niños avitaminósicos son presentados diariamente a las consultas y los afectados de trastornos gastrointestinales, causados por la incompleta ración, se ven continuamente. Algunas veces la pobreza, pero casi siempre la ignorancia, son causas de estas deficiencias en la alimentación infantil.

El campo puede proveer de los elementos necesarios para dar a los niños una ración equilibrada y no obstante esto, no se cuenta para su sustento más que con maíz, ignorándose generalmente que es un alimento incompleto, impropio para ser tomado como base de la ración durante el crecimiento.

Según las estadísticas del Sistema Nacional de Riego N° 3, cerca del 90% de la superficie cultivada en la zona de Tula, se siembra de maíz; se le hace el objeto principal de los cultivos por ser el artículo que más demanda alcanza, y es generalmente inútil ordenar para los niños regímenes equilibrados porque no se contará más que con maíz.

El mejoramiento de la alimentación debe ser otra de las constantes preocupaciones del médico higienista rural, procurando que el maíz deje de ser la base y a veces el único elemento de la ración alimenticia infantil y que se

consuman productos, como la leche y huevos, que en la actualidad son llevados a los centros de población y vendidos para adquirir pulque, mezcal o algún elemento necesario para la vida rural.

La labor educativa de médicos y enfermeras visitadoras, enseñando a las mujeres qué deben dar a sus niños y cómo deben dárselo, tendrá gran influencia para lograr el necesario cambio en la alimentación; pero el trabajo decisivo corresponde al Departamento Agrario como modificador de los cultivos, según las circunstancias especiales de cada región.

En las escuelas rurales se deberá organizar pláticas periódicas, dadas directamente por el médico, la enfermera visitadora o por intermedio del maestro, sobre temas de alimentación infantil, a fin de persuadir a los niños de la necesidad de que cambien la alimentación tan irracional a que generalmente se les sujeta por regímenes capaces de cubrir totalmente sus necesidades energéticas.

Las escuelas rurales se encuentran dotadas de una parcela que tiene por objeto que los niños hagan en ella prácticas agrícolas; muchas de ellas se encuentran totalmente abandonadas y en las que se cultivan se siembra maíz o cebada. En los pueblos que cuentan con riego, debería siempre emplearse las parcelas escolares en el cultivo de hortalizas, árboles frutales, y aun dedicar una parte a la crianza de animales domésticos cuyos productos podrían vender los niños a bajo precio, logrando así el doble objeto de producir elementos para el mejoramiento de la ración alimenticia popular y crear un estímulo para los niños, que verían el fruto de su trabajo.

El Departamento Agrario debe tener un lugar muy importante en la campaña de protección a la infancia rural como modificador de las condiciones de insalubridad en que actualmente se halla la mayoría de las comunidades campesinas. Los trabajos de saneamiento en los pueblos y el cambio necesario en los cultivos, como anteriormente se dijo, no podrán lograrse sin su ayuda. Dar al campo ese ambiente de sanidad de que sólo en teoría ha gozado hasta ahora, tal debe ser el auxilio del Departamento Agrario en la obra de higienización rural.

La morada clásica de nuestros campesinos es una choza de piedra o adobe, con techado de paja, a la que sólo se puede entrar inclinado por la pequeñez de la puerta, siendo la obscuridad casi completa. En esta insalubre habitación vive toda la familia en comunidad con los animales domésticos, y en ella pasan gran parte del día los niños pequeños, metidos en una hamaca hecha de un ayate, siendo sacados muy de tarde en tarde bien envueltos en el rebozo de la madre. Los niños de las ciudades gozan de más aire, luz y sol que los del campo, cuya primera infancia transcurre en la obscuridad.

Las necesidades de defensa, a las que por la naturaleza misma de la vida rural no han podido nunca substraerse los campesinos, los ha hecho adoptar para sus viviendas, el tipo de construcción antes descrito. Las perturbaciones que en los campos trajo consigo la implantación del sistema ejidal y los frecuentes choques entre miembros de los distintos partidos que en un principio hubieron de formarse, como resultado de la natural desorientación, obligó sin

MEMORIA DEL VII CONGRESO PANAMERICANO DEL NIÑO

Con un impuesto semejante, que llegaría a un máximo del 5% de las cosechas, manejado por el Banco Agrícola Ejidal, podrían las cooperativas ejidales contar cuando menos con un médico y una partera en el municipio a que correspondan y con médicos especializados en la cabecera de su distrito, así como con un hospital distrital bien dotado.

La unificación de los ejidatarios, que pronto se verá lograda en los Estados, facilita la consecución de este fin; este factor es necesario para la generalización de los servicios porque si hay ejidos ricos que podrían sostener con holgura un personal médico completo, existen otros que sólo pueden dar al ejidatario el barro necesario para los trabajos de alfarería primitiva, de cuyos productos vive, y que tendrían que verse privados de todo beneficio.

El Banco Nacional de Crédito Agrícola ha establecido ya servicios médico-sanitarios, a base de descuentos, en diversos ejidos; pero sería de desearse que se generalizara este sistema, elevando a la categoría de ley el sostenimiento, por parte de las cooperativas ejidales, del suficiente personal médico para la obra de protección a la infancia, educación sanitaria e higienización rurales, estableciendo en los campos el imperio de la higiene y convirtiendo el ejercicio de la medicina, de interés individualista, en verdadera obra social.

CONCLUSIONES

- I. El coeficiente de mortalidad infantil en los campos es muy elevado, debido principalmente a la ignorancia de las comunidades campesinas.
- II. El Departamento de Salubridad Pública deberá promover el establecimiento de organizaciones médicas regionales o distritales, compuestas cuando menos de un médico sanitario y una partera visitadora en cada uno de los municipios, dirigidos por un Centro de Higiene en la cabecera del distrito, que deberá contar con personal médico especializado.
- III. Esta organización sanitaria regional deberá desarrollar una labor profiláctica y educativa, de preferencia a la de asistencia médica, teniendo como principal objetivo la protección a la infancia desde la época prenatal hasta la edad escolar.
- IV. Las curanderas y comadronas prácticas serán aprovechadas en la obra de protección a la infancia rural, convirtiéndoseles en agentes de los médicos sanitarios municipales, debiendo ser inscritas en la oficina sanitaria correspondiente, para recibir la educación necesaria.
- V. Las organizaciones médicas regionales deberán ser sostenidas principalmente por las cooperativas ejidales, por intermedio del Banco Nacional de Crédito Agrícola, debiendo establecerse un descuento especial con este objeto.

PROTECCION A LA INFANCIA RURAL

- VI. Se procurará crear hospitales distritales bien dotados, sostenidos por las mismas cooperativas ejidales.
- VII. La Secretaría de Educación, por intermedio de la Escuela Rural, debe auxiliar en su labor a los médicos municipales, correspondiéndole directamente la enseñanza higiénica durante la edad escolar.
- VIII. El Departamento Agrario debe cooperar en la campaña de protección a la infancia y de higienización rural, como modificador del ambiente, mejorando los cultivos y estableciendo, de acuerdo con el Departamento de Salubridad, obras de saneamiento en los pueblos y tipos de casas higiénicas para campesinos y de escuelas rurales.
- IX. Sólo la labor educativa combinada del médico higienista, del maestro rural y del jefe de zona ejidal logrará el mejoramiento de nuestros campesinos y su verdadera emancipación.

IMPORTANCIA PARA LOS PAISES AMERICANOS DE LOS EQUIPOS AMBULANTES DE HIGIENE INFANTIL

Dr. MANUEL SALCEDO FERNANDINI,
Lima, Perú.

EN una comunicación que presentamos a la primera Jornada Nipiológica Peruana, reunida últimamente en Lima, expusimos la conveniencia de implantar en nuestro territorio, tan extenso, tan poco poblado, una forma ambulante de educación y divulgación de los principios de la Puericultura e Higiene Infantil.

Son tan similares las condiciones en que se encuentran nuestros pueblos latinoamericanos, tanto en el aspecto infantil, como en otros muchos, que nos atrevemos a exponer en esta breve comunicación la conveniencia de hacer extensiva esta idea a todos nuestros países, ya que esta forma ambulante, poco costosa, es la que mejor se adapta a nuestras posibilidades, mientras llegue el día, aún lejano por desgracia, que todo pueblo, por humilde que sea, tenga un centro, un dispensario, o como se le titule, que salvaguarde la salud del niño, y que eduque a las madres en los simples principios de la Puericultura.

Los equipos ambulantes de Higiene Infantil, como ya todos sabemos, se componen esquemáticamente de un personal especializado: médico y visitadoras de la infancia, que llevando consigo el material indispensable de balanza, centímetros, gráficas de peso, etc., etc., se trasladan a las ciudades donde no existe ninguna asistencia técnica del niño, en misión educativa y divulgadora de los principios de la Puericultura o Higiene Infantil, por un tiempo variable, según las necesidades de cada localidad.

A la par que las consultas médicas, pesadas, mediciones, etc., el personal del equipo emprendería, lo más intensamente posible, una campaña de divulgación por medio de conferencias sencillas, reparto de hojas y folletos educativos, proyección de películas o diapositivos, afiches, etc., etc.

Esta campaña, por corta que fuera, despertaría el interés en cada pueblo por donde pasaran estos equipos; dejaría su huella más o menos honda, y seguramente haría reparar a muchos, en el abandono en que se encuentra la infancia.

"Al paso de estos heraldos anunciadores de mejores días para la infancia, decíamos en nuestra comunicación a la primera Jornada Nipiológica Peruana, las clases sociales de nuestras provincias irían forjándose una conciencia de nuestro enorme problema infantil, e irían comprendiendo que nuestros niños, como todos, gustan de los juguetes, pero antes necesitan de salud para divertirse con ellos; aire, luz, jabón, adecuada y suficiente alimentación para poder desarrollar y crecer sanos de cuerpo y espíritu. Muchas ciudades, estoy seguro, que no esperan sino un toque de atención, un ejemplo impulsor, para comenzar a ocuparse seriamente de la infancia de su localidad."

Estos equipos ambulantes de Higiene Infantil, llevarían a los últimos rincones de nuestras Repúblicas un poco de conocimientos sobre Puericultura e Higiene, despertándoles la honda preocupación que se debe tener por el ciudadano de mañana, el respeto y atención que debemos tener a los derechos, por muchos ignorados, del niño.

En nuestros países, de tan dilatada extensión, de tan escasa densidad de población, de mortalidad infantil tan elevada, y de un centralismo tan absorbente que ejercen generalmente las capitales, en desmedro de las provincias y del resto de la República, salvo, tal vez, en las de constitución federal, estos equipos ambulantes de Higiene Infantil vendrían a cubrir una necesidad digna de ser satisfecha.

No es posible que aún existan pueblos o ciudades donde no haya llegado todavía la acción bienhechora en pro de la infancia.

No es posible que la infancia de muchos pueblos se desarrolle fuera del control del consejo técnico, y que nunca pase por allí alguien que les hable de lo importante de la lactancia materna, de las pesadas periódicas, de las mediciones, de los beneficios del aire, del sol, del baño, etc.

Es injusto pensar que los Estados que nunca se han preocupado por llevar a todas las regiones de su territorio un consejo, una ayuda para formar cuerpos sanos y robustos, sean los primeros que reclaman ciudadanos fuertes y sanos, para enrolosarlos en las filas del ejército, de donde los devuelve muchas veces minados y deshechos por la tuberculosis.

Si los Estados necesitan hombres fuertes y sanos para su servicio, deben ir más allá de las capitales, de donde recogen los mayores contingentes, a decir a las madres cómo se adquiere esa salud y robustez para sus hijos; debe proporcionarles ese mínimo de educación que hoy, en materia de Puericultura, toda madre debe poseer.

Si en nuestras dilatadas y pobres Repúblicas, las mezquinas partidas presupuestales para la protección del niño, no alcanzan para sostener un dispensario o centro de Higiene Infantil en cada pueblo, que se supla esta deficiencia enviando en todas direcciones esos equipos de que hablamos, para que lleven a las regiones más apartadas un alivio para la infancia, que allí es víctima inocente de innúmeros prejuicios.

La ignorancia, el desconocimiento casi absoluto de los principios de Higiene Infantil, siempre figurarán en primera línea entre las causas de la elevada mortalidad infantil. Llevar con la palabra, el folleto, la película, las demostraciones

prácticas, etc., un poco de educación a esas regiones, es comenzar una obra duradera en favor de la infancia. Con sólo conseguir que la madre sepa lo importante, lo indispensable, lo beneficioso que es lactar a su hijo hasta cierta edad, habremos hecho algo positivo por disminuir la mortalidad infantil.

La misión de los equipos ambulantes de Higiene Infantil, es pues, antes que nada, EDUCADORA, ya que nadie puede discutir que es en la educación sobre Puericultura, donde tiene que reposar toda la obra de protección a la infancia. Sin la educación y comprensión de la madre, el médico no puede contar con su colaboración, tan indispensable para que el niño resulte beneficiado.

Es aquí, en esta labor de educación, donde desempeña papel importantísimo la visitadora de la infancia quien, al ponerse en contacto con la madre y el niño en su propio hogar, está en condiciones óptimas para enseñar prácticamente los principios de la Higiene Infantil.

Preparar un personal técnico, de médicos y visitadoras, es la cuestión previa para que estos equipos ambulantes alcancen el éxito esperado; por esto, en nuestra comunicación mencionada, emitimos un voto para que se creara una escuela de sanidad que comprendiera una sección para la formación de médicos y visitadoras puericultores, o sea una escuela adjunta de puericultura.

En honor a la brevedad de nuestra comunicación, terminamos proponiendo a la tercera sección (Higiene Infantil) del Séptimo Congreso Panamericano del Niño, el siguiente voto:

El Séptimo Congreso Panamericano del Niño, considerando:

Que la divulgación de los principios de la Puericultura e Higiene Infantil entre las madres y futuras madres, es la base más sólida de la lucha contra la mortalidad infantil.

Que esta divulgación debe extenderse a todas las ciudades y pueblos de nuestras Repúblicas,

Recomienda:

Que mientras no sea posible la creación de un centro estable de asistencia infantil, se envíen equipos ambulantes, suficientemente dotados, para desarrollar campañas eficientes en pro de la divulgación de los principios de la Puericultura e Higiene Infantil.

SUGESTIONES PARA LA ORGANIZACION MEDICA, EDUCATIVA Y SOCIAL DE LA CASA DE CUNA TIPO

Dr. JULIO A. BAUZA,
Montevideo, Uruguay.

I

LA Casa-Cuna es una institución destinada a recibir, por breve tiempo, a los niños menores de tres años, cuando circunstancias de orden extraordinario impiden, temporaria o definitivamente, que el niño y la madre puedan vivir una vida familiar en las condiciones corrientes.

No son, como las "Pouponnières" destinadas a la crianza de lactantes o de niños mayorcitos durante un tiempo relativamente largo, sino establecimientos a través de los cuales el niño pasa, haciendo una estada lo más breve posible antes de ser admitido a colocación familiar. De las instituciones europeas que hemos visitado, nos parece que la que llena más su finalidad en el sentido expresado, es la "Säuglingsübernahmestelle" de creación relativamente reciente, y que Viena debe al talento y actividad del doctor Tandler.

Si bien sería altamente deseable que las Casas-Cunas llegaran a ser innecesarias, la verdad es que ellas, en la actualidad, llenan una imperiosa necesidad. Todo lo más que puede pretenderse es, por el momento, la disminución del número de niños recibidos, lo que puede conseguirse mediante la aplicación de diversos medios tendientes a suprimir la mayor parte de las causas que inducen a un cierto número de madres a desprenderse de sus hijos.

La subsistencia de las Casas-Cunas, está impuesta por un cúmulo de circunstancias de distinto orden, que es necesario contemplar, si no se quiere originar un mal mayor, que podría conducir al abandono en la calle, lo mismo que al infanticidio. Ellas llenan así una perentoria exigencia de orden social, y lo que corresponde, por tanto, es instalarlas en forma de que dejen de ser, como lo han sido hasta hace pocos años, y lo son aún en algunos países, verdaderas necrópolis infantiles, con una mortalidad elevadísima. Un buen servicio social, y un servicio pre-natal debidamente organizado, pueden reducir considerablemente la cifra de niños que forzosamente deban ser internados en la Casa-Cuna. Si la futura madre, desamparada, es admitida en un refugio para gestantes, o enviada a un refectorio en el cual sea debidamente alimentada, si durante el parto puede disponer de la debida asistencia, y en el puerperio es ayudada y reconfortada

física, moral y materialmente, será difícil que se lleguen a originar las condiciones que, de otro modo, traerían como consecuencia el abandono del recién nacido en la Casa-Cuna. Será necesario poner a contribución todos los medios que se tengan al alcance, para poder conseguir una reducción en la cifra de niños que se entregan a la tutela temporaria o definitiva del Estado.

II

ORGANIZACION MEDICA

La admisión a la Casa-Cuna.—Desde el punto de vista de la organización de la admisión de los niños a la Cuna, consideramos excelente el procedimiento que pasamos a describir, y que es el que se aplica en la Casa del Niño de Montevideo, cuya dirección desempeñamos desde su creación, hace justamente 10 años, y cuyo último perfeccionamiento está representado por la supresión del turno, arcaico y pernicioso procedimiento que impide en absoluto cualquiera intervención a favor del niño, cuyo total abandono es casi siempre su consecuencia.

La admisión se realiza a cualquier hora del día o de la noche, por la oficina de admisión pública, en el local destinado a este efecto, por la nurse jefe, o la nurse suplente, o por intermedio de la oficina de admisión secreta, que posee su local independiente, con puerta al exterior, y timbre de llamada, para la concurrencia inmediata de la nurse de guardia.

Siendo la Cuna una institución a la que sólo deben tener entrada los niños sanos, menores de tres años, o que por lo menos no se encuentren afectados por enfermedades serias o de carácter transmisible, se comprende la importancia que debe tener el examen previo a la admisión, que tendrá por objeto hacer la primera selección, de la cual depende, sea su traslado inmediato a un servicio hospitalario para niños pequeños o para lactantes, o bien su admisión en el establecimiento. Podrá una Casa-Cuna estar organizada de manera de disponer de local para enfermería, pero por nuestra parte preferimos, tal como ha sido estatuido desde su creación, el traslado al hospital del niño, cuyo estado de salud representa un peligro para los demás niños sanos, siendo sumamente ventajoso que Casa-Cuna y Hospital de lactantes se encuentren próximos una al otro, tal como acontece en Viena.

Si el niño está evidentemente enfermo, éste será conducido al hospital después de haber sido debidamente fichado y examinado, con un formulario llenado con los antecedentes familiares, y de la enfermedad que presenta en ese momento. Curaño, será devuelto a la Casa-Cuna con un resumen de la evolución de la enfermedad, durante el tiempo en que estuvo internado. Fallecido, se comunicará el fallecimiento, con todas las informaciones referentes a la enfermedad que originó la muerte y el resultado de la autopsia, si ésta hubiera sido practicada.

Dispuesta la admisión o la readmisión de un niño a la Cuna, se aplicarán los procedimientos que pasamos a exponer.

LA CASA DE CUNA TIPO

Si se trata de un niño cuyo cordón umbilical no hubiese caído aún, se procederá a su nueva ligadura, si aún está fresco, a no más de uno y medio centímetros de su inserción, y a su desinfección con tintura de yodo.

A todo niño menor de siete días, se le hará una instilación ocular de argirol al 25 por 100, como profilaxis de la oftalmía purulenta, que le servirá igualmente de tratamiento en caso de que ya estuviese la conjuntivitis en actividad.

La importancia de este tratamiento, queda evidenciada por el hecho de que en diez años en 10,000 niños ingresados, de los cuales un tercio está formado por recién nacidos, no tenemos que lamentar ni un solo caso de ceguera total o parcial.

Despojado el niño de las ropas que traía, es sometido a un baño de higiene y al corte del cabello y de las uñas, si fuera necesario. Vestido convenientemente, el niño está ahora en condiciones de ocupar su cama en la sección a la que sea destinado.

La nurse que atiende la admisión, anota en la cuadrícula respectiva la anamnesis, especialmente en lo referente a la sífilis. Se exige la reacción de Wass, de la madre y del padre, cuando éste es conocido. Se requieren antecedentes sobre las reacciones serológicas del padre y de la madre, a las instituciones, que como la Maternidad y el Instituto de Profilaxis de la Sífilis, pueden suministrar informaciones a este respecto. Todo ello, en vista de la necesidad de proteger en lo posible, a las nodrizas, de una posible contaminación específica. Esta cuadrícula pasará a la sala a la que debe ingresar el niño, y en ella se anotarán diariamente todas las observaciones que el examen médico y la evolución de la salud del niño hagan, de algún interés. Además de la observación clínica; corresponde a cada niño una ficha de ingreso a la Cuna, que permanece en el fichero hasta que éste pase a colocación familiar, en cuyo caso pasará al otro fichero en el cual ha de permanecer, en tanto se encuentre bajo la supervigilancia de la institución.

Tal es el procedimiento que hemos establecido en la Casa del Niño, de Montevideo, y que consideramos aplicable a toda Casa-Cuna modelo.

Sección de niños prematuros o débiles, de un peso inferior a 2,500 gramos.— Creemos conveniente que en una institución de este género exista una sección destinada exclusivamente al cuidado de esta categoría de niños, que sin duda alguna son los que en mayor grado contribuyen a elevar la mortalidad, sin dejar de reconocer que puedan obtenerse igualmente buenos resultados, admitiéndolos en la sala común de lactantes.

Nos parece que una sección destinada a niños prematuros y débiles, con boxes para dos niños, y provistos de todo el equipo necesario para que dentro del box pueda el niño ser bañado, pesado y alimentado, asegura una mejor profilaxis que la sala común, a condición, bien entendido, de que cada box posea una disposición de ventilación natural o artificial, conveniente, calefacción central, si es posible con regulador automático de temperatura, y regulación cuidadosamente vigilada del estado higrométrico del aire, que tiene una importancia reconocida en la salud del niño. Es en esta forma cómo tenemos instalada la sección de prematuros; con boxes de dos y hasta de cuatro cunas, con

calefacción central y eléctrica para casos eventuales que pueden presentarse inesperadamente, fuera de la estación fría, y con termómetros metálicos anunciadores, que hacen sonar un timbre cuando la temperatura del box baja o excede del límite, que salvo casos especiales, se fija entre 20 y 25 grados:

No somos partidarios de las cámaras incubadoras, sino que preferimos para los niños, en condiciones más graves, que no regulan su temperatura, las pequeñas incubadoras del tipo Finkelstein, o el arco de alambre protegido de frañela, con la que se cubre la cama del niño, y en cuyo interior una o dos lámparas eléctricas mantienen las ropas que lo cubren, a una temperatura conveniente, respirando el aire del box a la temperatura de éste, al mantenerse afuera la cabeza.

Inspirado en las ventajas de mantener el cuerpo del niño a una temperatura que evite el enfriamiento, y que permita que el niño esté totalmente desnudo en un ambiente calentado convenientemente (32 ó 34°), puede utilizarse con evidente ventaja la incubadora de tipo Hess, que desde hace algunos meses aplicamos con éxito, y que debemos a la gentileza del doctor Leite, de San Pablo (Brasil).

Salvo casos excepcionales de niños de peso inferior a 1,500 gramos, es casi siempre posible el cuidado del prematuro, en una cuna corriente, ayudándose de tres porrones de agua caliente (cuidado a las quemaduras), o del porrón de forma de U.

La alimentación a emplearse, deberá estar constituida por leche materna, pura o descremada, suministrada con biberón, cucharadita, pipeta o sonda.

Eventualmente, y después de las primeras tres semanas, podrá agregarse Casec o Plamón, 1 ó 2 por 100, o pequeñas cantidades de Babeurre o de alimento manteco-farináceo, de Czerny.

El éxito bueno o malo de esta sección, depende del personal de nurses que lo tenga a su cargo. Así hemos podido comprobarlo en los años de funcionamiento de la Cuna de la Casa del Niño, en cuyo tiempo han pasado por esta sección un millar de niños. Los resultados variables, y muy especialmente la frecuencia de las infecciones adquiridas durante el internado, lo que se designa todavía con el nombre de "hospitalismo," es únicamente una consecuencia del personal deficiente, y es perfectamente corregible, mejorando el personal e imponiendo una severa disciplina.

El personal de nurses y las nodrizas auxiliares, deben ser competentes y bien preparadas, dedicadas exclusivamente a esta sección, lo que les permitirá adquirir un alto grado de especialización. El cambio de túnica al penetrar en cada box, será de rigor, lo mismo que el uso de la mascarilla, y el lavado de las manos, antes de manipular un niño. Una rigurosa asepsia de la ropa, y de todo lo que deba estar en contacto con el niño, deberá ser exigido, así como el alejamiento del personal afectado de resfrío, o que fuera portador de bacillus de Loeffler. Sólo una estricta vigilancia y un gran espíritu de colaboración entre el médico y el personal auxiliar de éste, podrá evitar verdaderas hecatombes que aún hoy se presentan, con relativa frecuencia, en servicios aparentemente bien

organizados, pero en los que en realidad pueden observarse las fallas de que adolece.

La permanencia de los niños en los boxes no debe impedir que en los días hermosos puedan ser abiertas las ventanas al exterior, y mismo llevados a una veranda en la cual puedan permanecer algunas horas, con gran beneficio para su salud.

Consideramos igualmente de necesidad, aun cuando todavía no hemos introducido esta mejora en nuestro servicio, el poder disponer de oxígeno comprimido, mezclado con anhídrido carbónico, para utilizarlo en aquellos niños en los que es necesario estimular su centro respiratorio bulbar, lo que se consigue exitosamente con este procedimiento.

Sección de cuarentena.—Institutos de la naturaleza de las Cunas, requieren la adopción de las mayores precauciones para evitar el desarrollo de epidemias. La tos convulsa, la varicela, la gripe, el sarampión y la erisipela, son enfermedades que pueden adquirir contornos graves, y asimismo desarrollarse en forma epidémica. El único medio de evitarlas, consistirá en disponer de una sección para cuarentena, en la cual, con excepción de los prematuros, todo niño ingresado sea aislado durante un tiempo de 16 días como mínimo. Por no disponer de una sección de este género, la Cuna de Montevideo ha tenido que sufrir algunas epidemias, que aunque no llegaron a adquirir desarrollo, no dejaron de hacernos algunas bajas muy sensibles, por cuanto debieron haberse evitado, si hubiésemos dispuesto de esta sección.

La sección de cuarentena deberá contar con boxes individuales, o a lo más de dos camas, en los cuales el niño pasará el término previamente fijado, para luego ser trasladado a la sección común o salir a colocación familiar, si no se presentaran motivos de carácter especial, que aconsejasen una estada más prolongada. Teniéndose en cuenta que la Cuna que describimos debe ser encarada como una institución de pasaje, se comprenderá que la mayor parte de los ingresados podrán egresar una vez terminada la cuarentena, lo que exigirá que del 50 al 70 por 100 de la capacidad de la Cuna, deberá dedicarse a esta sección.

Sección de niños completamente sanos.—De la Cuna no deben egresar al servicio de colocación en nodriza o en cuidadora, niños con un peso inferior a 3,000 gramos; siendo posible, los recién nacidos deberán hacer una estada mínima no inferior a un mes, de manera de encontrarse en situación de poder soportar, sin mayor inconveniente, el cambio de ambiente. Además, la poca fidelidad de la reacción de Wasserman en las primeras semanas de la vida, exige también esta mínima permanencia, cuya realización depende de la capacidad de la Cuna. El promedio entre nosotros es de 12 a 14 días de permanencia. Los niños sanos que en la sección de prematuros han alcanzado el peso de 2.500 gramos, y los que en la sección de cuarentena no están aún en condición de egresar, deberán pasar a la sección de niños completamente sanos, la que estará subdividida en dos: una para menores de un año, alimentados total o parcialmente a pecho, y otra para los que estén a biberón y mayores de un año. Dos salas de 10 camas cada una nos parece suficiente para una Casa-Cuna con 100 camas de capacidad. Cada sala estará provista de boxes de tipo Grancher, o de tabique, vidriados, que permitan la vis-

ta, pero que separen una cama de la otra. Es ello un perfeccionamiento, siempre útil, aunque no indispensable en una sección que no debe recibir niños infectados.

Las camas más apropiadas, a nuestro juicio, son las que se componen de dos partes: el soporte de forma rectangular, y el moisés o cesta en el cual descansa el bebé. El material será de hierro, pintado de blanco, y la disposición que aconsejamos permitirá que los niños puedan ser trasladados en la cesta al jardín o una veranda, sin necesidad de mover el soporte de la misma.

La alimentación en esta sección, tratándose de niños a pecho, será el pecho directo, sea por la misma madre, si ésta hubiese sido internada con su hijo, sea por nodriza sana, si se tratase de niños depositados, cuya madre no hubiese sido internada.

Sección de niños infectados, pero no hospitalizados.—Aun cuando la Casa-Cuna, de tipo modelo, no debe recibir ni albergar niños que no sean considerados sanos, a menos de disponer de instalaciones especiales para enfermería, son frecuentes los casos de niños ligeramente enfermos, cuya admisión en un hospital de lactantes no sería ventajosa, ni desde el punto de vista económico, ni del sanitario. Las corizas simples, los ligeros resfriós, los portadores de diftéricos, los afectados de rinofaringitis simples, las otitis supuradas, las piodermitis simples, los eczematosos, los niños con dispepsia, o con entero-catarro, y en general con ligeras enfermedades pasajeras, podrían, sin inconveniente, ser internados en esta sección, con ciertas precauciones, en mejores condiciones que en un hospital. Fluye, por tanto, la necesidad de que la Casa-Cuna disponga de una sección para niños de esta categoría, con dos subsecciones, una para niños al pecho y otra para niños mayores, a biberón y despechados. Cada subsección, de un mínimo de doce camas, deberá estar subdividida en salitas o en boxes completos de cuatro camas, para lograr así una subdivisión mayor, con beneficio para la asistencia y la profilaxis.

Cada sección deberá disponer de una pequeña salita para vacunaciones y pequeñas intervenciones, y de otra destinada a la preparación y calentamiento de los alimentos destinados a los niños. Cada subsección dispondrá de todo lo necesario para el baño, así como de la cantidad de mesas-roperos, en la proporción de una para cada cuatro niños.

Personal.—Disposiciones de carácter general.—Siempre que sea posible disponer de un personal de nurses diplomadas, se dará la preferencia a éstas sobre el personal reclutado en cualquier otra forma. La nurse posee la ventaja de su base de disciplina y de preparación general, y la especialización necesaria no tardará en ser adquirida con la experiencia y la enseñanza del director técnico de la Institución.

El personal de nurses deberá estar bajo la inmediata vigilancia de la nurse jefe o superintendente general de la Cuna, y está subordinada al médico director técnico de la Institución. La nurse jefe tendrá a su cargo la Oficina de Admisión, durante todo el tiempo que se encuentre en actividad. Además, acompañará al médico de la Cuna en la visita diaria, vigilando el cumplimiento de las órdenes dictadas por el médico. Fuera de sus horas de servicio, será substituida

por una de las nurses más familiarizadas con el funcionamiento de Cuna, con las mismas atribuciones y responsabilidades. La nurse jefe deberá poseer, además, las facultades de nurse intendente.

La preparación, conservación y distribución de los alimentos para cada una de las secciones de la Cuna, deberá estar a cargo de una nurse dietetista, la que deberá distribuir, a las horas señaladas, y con todas las garantías de cada caso, los alimentos que le hayan sido solicitados, con las debidas precauciones, que eviten toda posibilidad de error. Un local especial, la biberonería, le servirá para realizar en ella las preparaciones o mezclas lácteas ordenadas diariamente por el médico.

El cuerpo de nurses generales, debidamente distribuido en las diferentes salas de la Cuna, constituye el más precioso auxiliar del médico; y el éxito, bueno o malo de aquélla, está supeditado a su competencia y dedicación. Cada nurse no debe tener a su cargo un número mayor de 15 niños para vigilar, y será ayudada por las nodrizas o niñeras necesarias. Las primeras dan el pecho directo a los niños, en condiciones de mamar; y las segundas suministrarán los biberones o las papillas prescritas.

Durante la noche será necesario que, por lo menos, una nurse quede de servicio para la vigilancia general, así como para contralorear la alimentación de la última ración, y de alguna otra que eventualmente recibirán algunos niños. También la nurse nocturna, a la que debe acompañar, por lo menos, una niñera, deberá atender la posibilidad de admisiones de niños que se produzcan por la noche, sea por la Oficina de Admisión pública, sea por la de admisión secreta.

Todas las nurses estarán sujetas al sistema de internado; es decir, obligadas a vivir en el establecimiento, para lo cual dispondrán de un local apropiado, con el confort necesario para que pueda constituir un hogar atrayente, de modo que represente en la vida de la nurse un ambiente tranquilo y agradable. En la Casa del Niño, de Montevideo, las 10 nurses que laboran en sus distintas dependencias, disponen de la casi totalidad de la planta alta, y su living room está provisto de biblioteca, piano y radio, de modo de hacerles gratas las horas que están libres de actividades.

En cuanto a las nodrizas internas, cuyo número puede ser limitado, si como entre nosotros se emplea la leche materna ordeñada en gran escala, deberá disponer de un departamento, con cierta independencia, y relativamente alejado de las salas, de manera que al retirarse a comer o a dormir, no llegue a sus oídos el llanto de los niños. Este departamento podrá también ser utilizado para las madres admitidas con el hijo, no siendo conveniente que estos niños sean sometidos a un régimen distinto de los demás. Por tanto, ellos ocuparán su sitio en la sección que les corresponda, según las normas ya establecidas.

Además del personal a que hemos hecho referencia, cada sección dispondrá del número de sirvientas para la limpieza general que fuese necesario, no siendo aconsejable que el personal que amamanta o que alimenta a los niños, realice esta clase de tareas.

Higiene general.—No es nada sencillo lograr una disposición práctica, higiénica y económica de una buena instalación de baños para bebés.

El bañar 10 ó 12 niños diariamente en la misma sala en la que pasan el día, no es, como se comprende, un procedimiento libre de objeciones.

Es preferible, el disponer de una salita para este objeto, en cada una de las distintas secciones, y emplear el sistema de lluvia fina, templada, con un dispositivo que permita regular a voluntad la temperatura del agua. En las salas de boxes, cada uno de éstos estará provisto de un baño, destinado a los niños que ocupen cada box.

Laboratorio, rayos X y ultravioletas.—Debe suministrarse al personal médico de la Cuna, la posibilidad de ejecutar trabajos científicos de aliento. Para ello es indispensable contar con un laboratorio de química y de bacteriología bien equipado, y atendido por un personal competente. De esta manera, no será la Cuna un simple organismo de pasaje de niños, sino un centro científico importante. La instalación de rayos X y ultravioletas, constituye igualmente una mejora de la que no es posible prescindir.

Las infecciones internas en las Cunas.—Es este un grave riesgo que conspira frecuentemente contra el buen éxito de estos establecimientos, y que con frecuencia anula los esfuerzos encaminados al logro de un buen resultado. Las infecciones internas constituyen, en efecto, una amenaza permanente, y los medios a nuestro alcance son muy limitados, en su alcance para evitarlas. El internado de lactantes representa por sí solo un grave riesgo, al que se agregan las circunstancias de orden higiénico del local, la insuficiencia de personal y la poca movilidad a que habitualmente están sometidos los niños internados. A estos factores deben agregarse los de orden psíquico, derivados del afecto materno, y que como se comprende, son casi ausentes en los internados de lactantes.

Las salas pequeñas, la vigilancia rigurosa del personal, la prohibición de que las visitas penetren en las salas, son procedimientos que contribuirán a disminuir el peligro de los contagios que puedan provenir del exterior. En las salas de niños prematuros, y de no infectados, el uso de la mascarilla será de rigor, y todo niño que aparezca con signos de resfrío, deberá ser inmediatamente pasado de la sala de no infectados a la sección de niños infectados. Las otitis son singularmente frecuentes, coincidiendo con brotes de gripe, y a ello contribuye la posición horizontal a que está sometido el niño la mayor parte de las horas del día. No siendo posible aumentar el personal, en tal forma que pueda equipararse a las condiciones reinantes en el ambiente familiar, aplicamos, desde hace algunos años, el método de la suspensión, ideado por nuestro colaborador y médico de la Cuna, doctor J. Obes Polleri, consistente en una hamaca de lienzo que permite la posición en inclinación, al mismo tiempo que oscilaciones en el sentido vertical y horizontal. Tenemos la impresión que la aplicación, durante varias horas al día, de este método, hace menos frecuentes las complicaciones otíticas en las infecciones del árbol respiratorio, y el mismo beneficia la evolución de estas últimas hacia una resolución más rápida.

No deberán descuidarse los factores generales de higiene interna, de iluminación, ventilación, ausencia de moscas, etc., todos factores que ejercen una influencia indiscutible en el estado sanitario de la Cuna.

El egreso.—Siendo las Casas-Cunas instituciones de pasaje, en las cuales los niños son internados por breve tiempo, el egreso no tiene por qué ser demorado. Los menores de seis meses, indemnes de sífilis, serán entregados a nodrizas sanas. Los mayores de esta edad, serán confiados a alimento artificial o a comidas, y los sífilíticos a nodrizas que hayan padecido esta enfermedad, pero que hayan sido tratadas debidamente. Todos estos niños serán vigilados por médicos externos y visitadoras.

III

ORGANIZACION EDUCATIVA Y SOCIAL DE LAS CASAS-CUNAS

La admisión de los niños a la Cuna no puede quedar librada a la simple voluntad de los progenitores.

El llamado sistema romano, en virtud del cual la admisión se realizaba bajo el principio del anonimato por el sistema del torno, ha sido abolido en casi todos los países civilizados, y hoy sólo subsiste en España y en alguro que otro de los países de la América Latina. El torno fué abolido en el Instituto de nuestra dirección, hace dos años, después de haberlo solicitado insistentemente desde años anteriores. Para acallar las protestas de los todavía numerosos partidarios del torno, hemos establecido la oficina de admisión secreta, por la cual son admitidos los recién nacidos sin exigirse a la madre informes de ningún género.

La oficina de admisión directa, o "Bureau ouvert," de los franceses, es el que se utiliza casi exclusivamente en la época presente, con las limitaciones que aconsejan el interés de propender a que el niño sea cuidado y amamantado por la madre, por lo menos durante el primer año de su vida. Salvo el caso de tratarse de niños cuyo ingreso es debido a causas de orden social de carácter reservado, o de tratarse de niños enviados por instituciones públicas o privadas, corresponde que se abra una información para cada niño ingresado. Esta información podrá ser realizada después que el niño haya sido recibido y amparado, o previamente a la admisión, si no se tratase de causas urgentes. En todo caso, deberá exigirse el certificado de nacimiento, o los datos necesarios para la correspondiente inscripción ante el Registro de Estado Civil.

Salvo el caso de que la persona que entrega al niño expresara el deseo de que éste sea considerado abandonado, las admisiones no se harán por un tiempo superior a un año para los recién nacidos, ni de seis meses para los mayores de un año de edad. Este procedimiento que aplicamos en la Cuna de la Casa del Niño, nos ha dado mejores resultados que las admisiones por tiempo indeterminado, que constituyen una incitación al abandono definitivo del niño, a manos de la familia que lo ha recibido como pensionista.

La oficina de admisión debe estar, como ocurre entre nosotros, en condiciones de poner en acción distintos recursos para evitar el abandono. A ello tienden los socorros en efectivo, en forma de bonos de alimentación o de bonos de alquiler que se ofrecen a las madres, en los casos en los cuales es la difícil situación económica la causa que induce a la madre a desprenderse de su hijo. En otros casos, será la admisión del niño en la Cuna diurna, o Creche, que podrá evitar la total separación del niño de los cuidados maternos.

Si la madre está totalmente desamparada y sin hogar, el albergue anexo a la Cuna le proporcionará, durante algunos meses, el descanso físico y moral que tanto necesita, al mismo tiempo que aprenderá durante su estada, conocimientos que le permitirán después facilitar su colocación con el niño, para los quehaceres domésticos. En efecto, después de una estada en el albergue de uno a tres meses, la madre será colocada con un certificado que acredita su buena salud, por intermedio del servicio social de la oficina de admisión, en una casa de familia. Su sueldo será pagado en parte por la familia que la recibe, y en parte por la Casa-Cuna. El niño será puesto bajo la vigilancia médica del Dispensario Infantil más próximo, y el servicio social a que hemos hecho referencia, visitará de tiempo en tiempo, a esa madre; requerirá informes sobre su comportamiento, y observará si realmente el niño es o no vigilado en la forma expresada.

A estos medios se agrega, algunas veces, el de ayudar materialmente a las personas pobres, sean o no de la familia de la madre, cuando ésta se encuentra en situación difícil que podría dar lugar al abandono del niño, o a que éste sufriera como consecuencia de la miseria, y es recogida en un hogar en el cual se considere que su permanencia no podría prolongarse si no contribuyera a los gastos que forzosamente ha de originar. Se busca así de crear una familia a la madre, con su hijo, con evidentes ventajas de orden moral y material.

Como se ve, es necesario que las admisiones estén a cargo de una persona inteligente y comprensiva, y que la visitadora social adscrita a él, posea igualmente cualidades especiales, y entre otras, la resolución necesaria para visitar no importa qué casa o tugurio, en donde pueda albergarse la madre con el hijo, cuya admisión en la Cuna ha sido requerida.

Hemos visto en estas últimas páginas el papel social que desempeñan las Casas-Cunas en una colectividad, papel social que también tiene mucho en el orden educativo, ya que el servicio social de la admisión enseñará a las madres los beneficios que han de significar para el niño el que no sea abandonado, ni aun temporariamente, salvo situaciones de carácter irremediable que en realidad raras veces deben presentarse.

No cerraremos este capítulo sin expresar la sugestión de que se utilice la Casa-Cuna como escuela de ayas para niños o niñas, estableciéndose un curso de un año por lo menos, con cuatro horas diarias de enseñanza teórico-práctica, a cargo del personal médico y de las nurses del establecimiento.

Un ensayo auspicioso es el que hemos realizado con el éxito más lisonjero, en la Cuna de la Casa del Niño en el año 1934, habiendo terminado con éxito sus

estudios ocho alumnas que demostraron en el examen final haber adquirido los conocimientos que las han de habilitar para desempeñar con éxito en las tareas inherentes al cuidado de los niños.

La importancia de utilizar el rico material que está representado por los niños internados en las Cunas para la preparación de ayas o de institutrices para niños, no será desconocido, si se tienen presentes las dificultades que se presentan diariamente cuando se procura conseguir una persona competente para el cuidado de niños pequeños.

Creemos que la acción educativa puede ser llevada más lejos aún, mediante la organización de cursillos de más breve duración, para señoritas y señoras, a quienes una próxima maternidad interesa la adquisición de conocimientos de aplicación corrientes en la vida del niño.

Siempre que se disponga de un buen personal médico, la Casa-Cuna podrá representar igualmente un puesto avanzado en la lucha contra la mortalidad infantil. Un curso para estudiantes de medicina y para médicos recientemente graduados, puede significar una extensión de actividades en el terreno científico, que redundará en un mayor prestigio para la institución, y en un poderoso estímulo para el personal técnico que la dirija.

RESUMEN

Las sugerencias del autor, referentes a una Casa-Cuna modelo, pueden resumirse así:

La admisión se realizará por la oficina de admisión y por la oficina de admisión secreta, rechazándose el sistema del turno.

Las Casas-Cunas son instituciones de pasaje en las cuales los niños recibidos sólo permanecerán el tiempo necesario para que se estudie su dietética, y para que su resistencia orgánica se encuentre en situación de soportar, sin riesgo, el cambio de ambiente que significa su traslado al ambiente familiar de la nodriza.

Las Casas-Cunas no deben recibir niños seriamente enfermos, y los que se enfermasen durante su estada, deberán ser trasladados a un hospital de niños. Especialmente los enfermos agudos y los contagiosos, deberán ser transferidos de inmediato al servicio de hospital.

Una Casa-Cuna tipo, dispondrá de cuatro secciones:

- 1º Niños prematuros o débiles, hasta 2,500 gramos de peso. Sistema de box.
- 2º Cuarentena para el aislamiento de los niños de cualquiera otra categoría, durante el término de 16 días. Sistema de boxes individuales o de dos camas por box.
- 3º Sala para niños sanos o no infectados.
- 4º Sala para niños ligeramente enfermos, no hospitalizables, con boxes de dos a cuatro camas.

Personal de nurses diplomadas, especializadas en higiene y alimentación de los niños, bajo la dirección de una nurse superintendente y encargada de la admisión. Nodrizas internas, en número necesario.

Laboratorio completo, rayos X y ultravioletas.

Reacción de Wasserman a todos los ingresados, y permanencia mínima de un mes para los recién nacidos. Egreso de los niños sanos a colocación familiar, con nodrizas o cuidadoras sanas. A los sifilíticos se les procurará nodrizas con sífilis, en tratamiento, o ya tratadas debidamente.

Desde el punto de vista social y educativo, aconseja el autor la profilaxis del abandono, mediante un buen servicio social, a la admisión. Subsidios a las madres en situación de abandonar a su hijo, sea en dinero, en bono de alimentos o en bono de alquiler. La admisión del niño con la madre, en un albergue anexo a la Casa-Cuna, o la admisión del niño en Creche, durante las horas del día.

Finalmente, aconseja la utilización de las Casas-Cunas como centros de enseñanza, para estudiantes de medicina, así como la formación de ayas diplomadas y debidamente preparadas.

SUGESTIONES PARA LA ORGANIZACION MEDICA, EDUCATIVA Y SOCIAL DE LA CASA DE CUNA TIPO (1)

Dr. FEDERICO ORTIZ,
Dr. PEDRO PEREZ GROVAS,
México, D. F.

LA Casa Cuna es un lugar destinado a alimentar y a cuidar a los niños lactantes y menores de edad escolar, mientras sus madres se dedican al trabajo. Habitualmente prestará sus servicios de las siete a las veintidós horas, pudiendo establecerse turnos para las trabajadoras de noche.

Además de esto, atenderá las enfermedades de los niños que estén bajo su cuidado y las Casas Cuna fijas tendrán lugares destinados a hospitalización para niños enfermos infecciosos o no infecciosos, en donde a voluntad de los padres podrán ser curados. Prestarán, además, los servicios de higiene general, tales como vacunación de toda índole, revacunación, problemas de alimentación infantil y todos los que dependan de su organización profesional médica.

Existirá en estos establecimientos un consultorio externo para niños y mujeres embarazadas, así como local y elementos destinados a atención de partos y curaciones del puerperio.

Deberán establecerse preferentemente en los lugares densamente poblados y en aquellos en los que la falta de comunicaciones no haga posible el rápido servicio médico.

Las Casas Cuna móviles serán auxiliares de las Casas Cuna fijas y con una función menor que la ya citada; tendrán como misión especial visitar los centros alejados de las poblaciones, para impartir atención médica y consejos de educación higiénica y de higiene general, tales como resolución del problema de aprovisionamiento de agua y separación de desechos, etc.

Uno de los más graves problemas que tiene en frente el Estado Mexicano, es el que se refiere a la altísima mortalidad infantil, que si en los centros poblados llega a cifras exageradas, en aquellos en los que se carece de comunicaciones y de elementos (centros indígenas), estas cifras alcanzan porcentajes que dan la clave de la estabilidad del crecimiento de población en el país. Es necesario, pues, afrontar decididamente el problema, con el convencimiento de que es cuestión vital para la población de México el cuidado de los niños. To-

(1) Contribución del Departamento del Trabajo.

das las actividades higiénicas han girado alrededor del adulto y es hora de rectificar dicha senda y ver por la salud de los niños. Así como la Revolución tiene entre sus postulados fundamentales el de la educación gratuita y obligatoria en la escuela primaria, así debe tener un postulado de humanidad: el cuidado de las madres y de los niños antes de que éstos lleguen a la edad escolar, cuando ya se presenta en la generalidad de las veces, destruido en parte su organismo por enfermedades graves, evitables, y por trastornos de nutrición, que los hacen seres de inferior capacidad para recibir la instrucción.

En muchas ocasiones el trabajo de los padres es lo que impide que se preste la debida atención a los hijos, y el Estado debe suplir esta involuntaria omisión, dedicando sus esfuerzos a atender al niño mientras los padres trabajan y a aconsejar las medidas indispensables de puericultura, para que el nuevo ser pueda llegar en condiciones hábiles a la escuela.

Como sería irracional dedicar exclusivamente la atención al niño acabado de nacer, sin prestar cuidadosa selección al estado de vida intrauterina del mismo, es indispensable que las casas cuna dediquen gran parte de sus actividades a la eugenesia, quitando en las madres vicios adquiridos por la costumbre, alimentación defectuosa, trabajos incompatibles con su estado patológico, enfermedades que se transmiten al producto, factores todos éstos que influyen poderosamente en el ser que va a venir.

Este problema, que lo es preferentemente de educación, podrá ser resuelto por las Casas Cuna, puesto que por conferencias, folletos, libros y todos los elementos que estén a su alcance, deberán hacer una propaganda capaz de llevar el convencimiento de la importancia de todas las medidas que pongan en práctica para resolver el problema que tienen encomendado. No sólo deberán dedicar su atención a las circunstancias ya citadas, sino que cooperarán con los maestros rurales, ampliando su campo de acción para ser unas colaboradoras fieles de la escuela.

El problema se presenta no sólo en las ciudades, sino especialmente en el campo, entre la población indígena, reacia en muchos casos a aceptar el beneficio que se le brinda. Por esta razón se establecen las Casas Cuna móviles que deberán recorrer zonas marcadas con anterioridad y que serán dotadas de los elementos indispensables y previstos en cada caso, para que las jiras que hagan sean fructíferas. Es en esta clase de Casas Cuna en donde deberá hacerse, por todos los medios que estén al alcance de sus componentes, la mejor propaganda, por ser las que pueden producir con su ejemplo mayores beneficios para la clase a que están destinadas.

En concreto, la Casa Cuna fija se establecerá en un lugar apropiado y atenderá los siguientes conceptos:

- I. Atención médica general a los niños y a las madres embarazadas.
- II. Curaciones a los niños: piel, ojos, oídos, nariz y garganta. Curaciones de enfermedades sépticas en general.
- III. Vacunaciones: antivariolosas, antidiptéricas, tifoparatíficas, contra la tos ferina, antirábicas y las demás que sean necesarias; aplicación de sueros según los casos.

IV. Eugenesia. Esta parte será atendida de preferencia por medio de conferencias y de todos los que estén al alcance de los miembros de las Casas Cuna; consulta médica para las mujeres embarazadas, estudio de su embarazo.

V. Partos. Atención médica y quirúrgica del parto.

VI. Vigilancia médica y quirúrgica del puerperio.

VII. Atención y vigilancia del niño recién nacido en sus aspectos de enfermedades, cuidados generales y alimentación infantil.

VIII. Propaganda de educación higiénica. Este sector debe ser vigilado y trabajado con toda atención y con todo esfuerzo, para obtener los resultados apetecidos.

IX. Alimentación infantil. Para esto deberá darse cuenta el personal de la Casa Cuna de los elementos de que disponga en la región en que está trabajando, pues conocida como es la miseria de nuestras clases laborantes, se deben elegir los alimentos adecuados por su calidad y precio para que puedan ser verdaderamente útiles a los niños, pues toda la serie de productos alimenticios que existe no es compatible con la pobreza de dicha clase, y por lo tanto, es inútil en su aplicación práctica. Este sector deberá ser motivo de estudio, pues se puede lograr en él una alimentación óptima para el niño de las clases pobres de México, lo que significará un paso firme en la conquista de la salud.

X. El personal de las Casas Cuna deberá estudiar y resolver práctica e inmediatamente los problemas de higiene general que se encuentren sin resolución en las zonas bajo su vigilancia. Tipo de estos problemas: provisión de aguas, habitaciones higiénicas, labores insalubres y peligrosas, etc.

XI. Dicho personal deberá darse cuenta de los problemas de higiene general que existan en la zona en la cual se encuentre trabajando, para combatirlos eficaz y rápidamente; ejemplos: epidemias, epizootias transmisibles al hombre, etc.

XII. Además de las labores especificadas ya indicadas, se deberá seleccionar una estadística sobre mortalidad y morbilidad infantiles, enfermedades reinantes en cada región, que servirá para hacer un mapa geográfico de las enfermedades del país y que prestará enorme utilidad para la campaña contra estas enfermedades.

XIII. La Casa Cuna fija deberá estar dotada de un lugar destinado al aislamiento temporal de los niños enfermos, infecciosos y no infecciosos, separados estos lugares, como es lógico suponer, y de un pequeño servicio de maternidad para las mujeres que deseen ser atendidas. Es muy importante el aislamiento de los niños infecciosos, porque evitará que la enfermedad se propague a la población infantil. Esta es, a grandes rasgos, la labor que deberá desarrollar la Casa Cuna fija.

Las Casas Cuna móviles tendrían por misión recorrer las zonas marcadas en su itinerario, correspondientes a la región que tengan bajo su cuidado las Casas Cuna fijas. Sus objetivos serían los siguientes:

- I. Curaciones lo mismo que en las Casas Cuna fijas.
- II. Vacunaciones.
- III. Alimentación infantil.
- IV. Eugenesia.
- V. Partos.
- VI. Puerperio.
- VII. Resolución inmediata de problemas de higiene general.
- VIII. Propaganda y educación higiénicas.

Sobre estas orientaciones sería poco hablar y quererlas marcar con toda la importancia que deben tener.

Como estas Casas Cuna ambulantes recorrerían sus zonas varias veces en el año, tendrían los mejores elementos a su disposición para completar preciosas observaciones acerca de la labor efectiva que se iría logrando con su trabajo y poder ser el mejor auxiliar para la campaña contra las enfermedades infantiles. Todo lo que pudiera decirse de las ventajas que reportarán estos sistemas de asistencia social, queda condensado en la labor de educación y convencimiento que puedan lograr las Casas Cuna ambulantes, en parte con conferencias y propaganda escrita y en parte con el ejemplo de un trabajo desinteresado, útil y apasionado.

La reconcentración de enfermos para ser aislados y auxiliados en las Casas Cuna fijas, así como la reconcentración de datos estadísticos y de trabajos de esta índole, sería parte de la misión de las Casas Cuna ambulantes.

Repartidas estratégicamente las Casas Cuna fijas, auxiliadas por las ambulantes, se lograría cubrir casi en su totalidad la población de la República.

Para completar el servicio de protección al niño, sólo nos falta indicar las ventajas que tendría para la resolución de estos problemas, crear en los ferrocarriles y aparatos de traslación a grandes distancias, lugares destinados especialmente a los niños y dotados de cunas adecuadas. Desgraciadamente, no sería nuestro país el primero en implantar tales ventajas a favor de la población infantil, pero sí sería digno sucesor de los que se han preocupado por estos problemas, cuya importancia salta a la vista.

En los ferrocarriles es inhumano ver cómo duermen los niños y cómo pasan las horas en los mismos lugares y con las mismas incomodidades que los adultos, pudiendo hacerse con un mediano esfuerzo los lugares dedicados exclusivamente a ellos, que en Rusia llegan a la perfección de tener lavaderos para la ropa, refrigeradores para la leche y servicio médico en las estaciones para la atención rápida de los que desgraciadamente se enfermaren durante la travesía. Sería el ideal conseguir algo en estas condiciones, pero con los lugares exclusivamente destinados a los niños a bordo de los trenes y camiones de larga distancia, se lograría un positivo adelanto en la protección de los lactantes y hasta se ahorrarían innumerables molestias a los demás pasajeros.

Para poder aceptar el ingreso de un niño a la Casa Cuna, sería suficiente la petición de la madre y la comprobación de serle necesario este auxilio del

Estado; esta comprobación la hará el médico de la Casa Cuna fija o el jefe de brigada de la ambulante. Los niños serán entregados a la Casa Cuna de las 7 a las 8 horas y recogidos de las 19 a las 22; se podrá, en los casos que sea necesario, establecer un servicio nocturno para los hijos de las trabajadoras de noche.

En cada Estado la Casa Cuna principal será la que se encuentre en la Capital y ella proveerá a las Casas Cuna fijas y ambulantes de su jurisdicción y recibirá la concentración estadística con la cual dará cuenta a la Dirección General, que será la Central de la que dependan todas las instituciones de esta índole en la República. Esta Dirección General formará parte de la Secretaría de Educación Pública y del Departamento de Salubridad.

Para el financiamiento de esta obra magna en pro del pueblo de México, podría utilizarse la cooperación de los Estados de la Federación, dejando en todos los casos la iniciativa y dirección a esta última por conducto de la Dirección General ya mencionada.

UBICACION

Dos factores esenciales gobiernan en la elección de los sitios en que deban establecerse las Casas Cuna fijas y en el número de casas ambulantes que deban asignarse a cada región: la densidad de la población y la facilidad de las comunicaciones. Se comprende fácilmente que aquellos lugares de población mayor, tendrán necesidad de mayor número de casas fijas, y que en los campos o la montaña, con pequeñas comunidades dispersas y en muchas ocasiones poco accesibles, tienen que multiplicarse las móviles.

Por otra parte, debe tenerse en cuenta que es más fácil movilizar brigadas con personal corto, que por fuerza deberá tener una preparación perfecta, dado que la misión primordial de estas instituciones es la protección del niño, y por ende la difusión de la educación higiénica apropiada. De aquí que las brigadas móviles deberán ser tan numerosas como lo requieran las condiciones geográficas de la región, compuestas de poco personal bien preparado técnicamente y dotado de los elementos indispensables para el desempeño de su cometido médico, educativo y social.

Para ilustrar nuestras ideas hemos elegido como ejemplo el Estado de Oaxaca, entidad bien conocida por uno de nosotros y particularmente favorable a nuestro objeto, tanto por su accidentada configuración geográfica, como por el estado de atraso en que se encuentran las regiones apartadas de los centros poblados bien comunicados entre sí o con el resto del país. Por la facilidad de sus comunicaciones dejaremos a un lado a estos centros poblados, en que el problema queda reducido al establecimiento de casas fijas en número suficiente para la densidad de la población, y a unas cuantas casas móviles que fácilmente pueden transportarse de un lugar a otro, y estudiaremos las necesidades de la zona montañosa de la costa y la limítrofe con el Estado de Veracruz.

Deberían, como mínimo, fundarse casas fijas en Miahuatlán, con la cual deberían estar ligadas por lo menos tres casas móviles que deberían recorrer

la región comarcana hasta Ejutla y Sola de Vega por el Norte, Laxicha por el Sur y otra fija en Putla con dos móviles para su región, otra en Zacatepec con dos móviles, otra en Lachiguirí con tres móviles, apenas suficientes para esa zona particularmente escarpada, otra en Ixtlán de Juárez con dos móviles, otra en Huatla con dos móviles y otra digamos en Tamosulapa con otras dos móviles.

Las casas fijas deberán ser atendidas por un médico, una partera, dos enfermeras y un mozo, y el personal de las casas móviles debe estar compuesto por un estudiante de medicina de quinto o sexto año, una enfermera y un mozo, todos ellos con preparación técnica suficiente para atender debidamente las exigencias de distinta índole.

En las Casas Cuna fijas, teniendo en consideración el papel que se les asigna, deberá hallarse un pequeño hospital para la atención de unos diez niños y de dos o tres mujeres cuando menos. Deberán tener, por lo tanto, local suficiente para:

1º Una pequeña sala de curaciones con:

Una mesa de operaciones,

1 vitrina para instrumentos y material,

1 mesa de curaciones,

1 banco,

1 irrigador,

1 escalera para la mesa de operaciones,

1 bote para desperdicios,

1 camilla,

1 caja de Doyen,

1 esterilizador para instrumentos,

1 fórceps,

12 pinzas de Pean,

12 pinzas de Kocher,

4 bisturís,

4 tijeras,

4 jeringas para inyecciones de 2, 5 y 10 c. c.

12 agujas de inyección,

12 agujas de sutura,

4 pares de guantes de hule,

4 batas.

2º Una sala para niños con enfermedades no infecciosas, con:

5 camitas,

5 mesitas,

LA CASA DE CUNA TIPO

5 sillas,
ropa y elementos necesarios.

3º Una sala para niños con padecimientos infecciosos, con:

5 camitas,
5 mesitas,
5 sillas,
ropa y demás elementos.

4º Una sala para parturientas, con:

2 ó 3 camas,
mesas,
sillas,
ropa y otros elementos.

5º Un consultorio, con:

Mesa o escritorio,
12 sillas.

6º Un botiquín provisto de los medicamentos de uso común, antisépticos, analgésicos, tonicardíacos, antitérmicos, diuréticos, etc.

Antipirina,
Aspirina,
Analgesina,
Sales de quinina,
Salicilatos,
Terpina,
Benzoato de sodio,
Bicarbonato de sodio,
Sulfato de sodio,
Sulfato de magnesio,
Calomel,
Benzonaftol,
Salol,
Tanino,
Tanígeno,
Yoduro de potasio,
Bicloruro de mercurio,
Oxidos rojo y amarillo de mercurio,
Permanganato de potasio,

Talco,
Jabón líquido,
Gomenol,
Eucaliptol,
Azufre,
Acetato de amoníaco,
Clorhidrato de amoníaco,
Cafeína benzoato,
Digital,
Estricnina,
Cocaína,
Adrenalina,
Ergotina,
Ictiol,
Yodo,
Glicerina,
Vaselina,
Teobromina,

MEMORIA DEL VII CONGRESO PANAMERICANO DEL NIÑO

Mercurocromo,
Nitrato de plata,
Nitrato de mercurio,
Argirol,
Acido bórico,
Acido láctico,
Acido clorhídrico,
Euquinina,
Ruibarbo,
Aceite de ricino,

Urotropina,
Hidrastis,
Hamamelis,
Viburnio,
Morfina,
Quina,
Grindelia,
Acónito,
Colombo, etc.

Una pequeña dotación de sueros:

Diftérico,
Tetánico,
Neumocócico,
Disentérico,
Meningocócico,
Estreptocócico,
Escarlatinoso,
Antiponzoñosos,

y de bacterias y vacunas:

Antivariolosa,
Antirrérica,
Neutocócica,
Tifoparatífica,
Gripal,

y las que los padecimientos peculiares de la región hagan más indispensables.

7º Un pequeño laboratorio para diagnóstico e investigación, con:

Microscopio,
Material de vidriería,
Reactivos.

Colorantes, etc., suficientes para los diagnósticos más frecuentes de laboratorio, tanto químicos como bacteriológicos, parasitológicos o citológicos.

8º Un local que pueda tener, en condiciones óptimas de higiene, unas 40 ó 50 cunas con su dotación de muebles, accesorios y ropa; cocina, despensa y vajilla necesarias.

No puede olvidarse que la geografía médica resultará grandemente beneficiada con las actividades de las Casas Cuna, y que, por lo tanto, las oficinas centrales de concentración recibirán datos estadísticos que deberán ser estudiados por personal competente y capaz de llenar esas importantes funciones de recopilación y síntesis.

9º Una pequeña biblioteca sobre asuntos de higiene general, infantil, industrial, agraria, etc., con libros escogidos de asuntos sociales, al alcance de la clase de público que podrá leerlos, dando, como es natural, atención preferente a los estudios de eugenesia e higiene pre y post-natal e infantil.

LA CASA DE CUNA TIPO

Es natural que deba cuidarse de la preparación exquisita del personal encargado de las Casas Cuna, cuya influencia va a ser de tanta trascendencia en la educación de la madre. El médico encargado tendrá que encararse día a día con toda clase de problemas, ya no sólo sobre asuntos de medicina preventiva o curativa, sino aun sociales y educativos, que deberá resolver a satisfacción, porque si pierde la confianza de su público, la labor general de la Casa Cuna se verá siempre comprometida. Inspirar confianza por el acierto de sus resoluciones, he ahí el gran primer escollo con que van a tropezar todos los que trabajen en estos asuntos. Vencer la inercia, la apatía, los prejuicios, las influencias extrañas mal dirigidas, aun los simples obstáculos de naturaleza material, no pueden ser trabajo de un día ni de muchos días, sino de años. Los resultados podrán palpase al cabo de ellos, cuando ya no veamos las actuales cifras pavorosas de mortalidad infantil. Uno de nosotros encontró con dolor una alta mortalidad en los recién nacidos por causa del tétano, en las pequeñas localidades de la Huasteca Veracruzana. No menor es la debida a las complicaciones bronco-pulmonares en el curso de las fiebres eruptivas, sobre todo el sarampión, o la de los padecimientos hereditarios. Es conocida la forma clínica grave que presenta la sífilis entre los indios de las sierras oaxaqueñas y veracruzanas. Y sobre todas, la mortalidad por causa de padecimientos de las vías digestivas de origen alimenticio principalmente.

Para mejorar constantemente esa educación médica del personal, deberán organizarse, por lo menos una vez al año, ciclos de conferencias y reuniones, en que puedan comunicarse entre sí los resultados de sus trabajos, o los datos que la diaria observación haga interesantes. Del estudio que se haga en cada región derivarán, por fuerza, las medidas que se tomen para el futuro sobre un plan bien meditado. El esfuerzo podrá aquilatarse de tiempo en tiempo con las estadísticas nuevas de mortalidad y morbilidad infantiles.

Tenemos el honor de presentar al ilustrado criterio de este Congreso las siguientes conclusiones, que debido a su importancia, deseamos sean consideradas como ponencia del Congreso General:

- 1ª Es función del Estado la protección a la madre y al niño.
- 2ª Esta protección deberá impartirse por medio de un organismo adecuado.
- 3ª Las Casas de Cuna dependientes de dicho organismo tendrán a su cargo el cuidado higiénico de la madre, la atención del parto y puerperio y la vigilancia de la salud del niño.
- 4ª Atenderán preferentemente a la divulgación de las medidas higiénicas para la madre y para el niño y, en todos los casos, a las peculiaridades topográficas, raciales, económicas y culturales.
- 5ª Se establecerán en forma de Casas Cuna fijas y Casas Cuna ambulantes: las primeras, en los centros poblados, y las segundas, para recorrer las pequeñas comunidades rurales.
- 6ª No deberá escatimarse esfuerzo alguno ni dinero para surtir las convenientemente y según las necesidades de cada lugar.

FUNCIONAMIENTO DE UNA CLINICA DE NUTRICION PARA PRE-ESCOLARES DE LA ASOCIACION URUGUAYA DE PROTECCION A LA INFANCIA

Dra. MARIA LUISA SALDUN DE RODRIGUEZ,
Montevideo, Uruguay.

LA edad pre-escolar plantea serios problemas, tanto desde el punto de vista médico como higiénico, profiláctico, social y pedagógico; por tratarse de una edad con características propias en la cual las condiciones de medio y de educación obran con más fuerza que en cualquier otra época de la vida. Los pediatras, los higienistas y los pedagogos, deben prestar especial atención a estos jóvenes organismos, para evitar que adquieran afecciones, defectos o hábitos que han de actuar en forma más o menos decisiva en el resto de la vida. Agrava aún más el problema, el hecho de que a pesar de la necesidad de vigilancia que exige la modalidad propia de esta etapa de la vida, intermedia entre el lactante y el escolar, se encuentra muy desvinculada de los centros de lucha profiláctica y de enseñanza, por la falta de obras especialmente destinadas al pre-escolar. En nuestro medio por ejemplo, hay actualmente unos 120,000 niños de edad pre-escolar y sin embargo sólo contamos con muy pocas obras pre-escolares: un jardín de infantes, algunas clases jardineras anexadas a las escuelas, dos Asilos Maternales, la Clínica de Nutrición que nos ocupa y otra Clínica de Nutrición similar a ésta, creada posteriormente.

El problema de la alimentación es sin duda uno de los más importantes por tratarse de organismos en pleno desarrollo ponderal, estatural y funcional.

En el adulto, el alimento se reduce a mantener los equilibrios pondo-estatural y físico-químico del organismo, a suministrar las necesidades energéticas de trabajo y mantenimiento de las funciones vitales; pero en el niño debe llenar un rol más importante: el crecimiento. Junto a ese intenso crecimiento físico se realiza también aún más intensamente el desarrollo psíquico y funcional. En ninguna edad de la vida se tiene oportunidad de ver y oír tantas cosas nuevas en el transcurso del día como tiene el niño de 3 a 6 años, quien todo es motivo de observación. A cada momento se les presentan horizontes desconocidos que ellos tratan de interpretar a medida de su capacidad. Por esto los problemas de alimentación y educación están profundamente ligados. Muchas veces la

CLINICAS DE NUTRICION PARA PRE-ESCOLARES

inapetencia tan frecuente en esta edad, o los gustos por determinados alimentos y la intolerancia de otros, no son sino problemas de orden educativo y del ambiente que rodea a los pequeños. Recientemente hemos presentado un trabajo en el que estudiamos las causas de la inapetencia en el niño de segunda infancia y hemos puesto de relieve que una de las causas más frecuente de inapetencia, es la indisciplina característica del pre-escolar. Ver "Alimentación de 3 a 6 años en nuestros niños," por la doctora M. L. Saldún de Rodríguez. Congreso de la Federación de Sociedades Médicas del Uruguay, diciembre de 1934, o Archivos de Pediatría del Uruguay (en publicación).

Teniendo en cuenta las necesidades del niño pre-escolar, las autoridades dirigentes de la Asociación Uruguaya de Protección a la Infancia crearon un organismo que con el nombre de Clínica de Nutrición, a la que anexaron más tarde el Hogar Infantil, atiende en la medida posible todas las necesidades del pre-escolar, desde el punto de vista médico, higiénico, social y pedagógico. Es verdad que prestamos atención especial a los problemas de alimentación, pero sin descuidar los otros. Este organismo fué creado en 1929. Actualmente consta de dos secciones: una destinada a consultorio dietético donde concurren los niños con su madre o personas encargadas para consultar sobre diversas cuestiones relacionadas con la alimentación, peso inferior, inapetencia, intolerancia alimenticia, etc., etc., y otra sección destinada a semi-internado con el nombre de Hogar Infantil anexado al consultorio dietético y con capacidad para 70 a 80 niños de ambos sexos. El personal de la Clínica se compone de una comisión de vigilancia formada por señoras que dirigen la parte administrativa. El personal técnico está actualmente a cargo de dos médicas: la suscrita que tiene la dirección técnica desde su fundación y la doctora Otilia Maccio que presta su valiosa y desinteresada colaboración desde el año 1933. Una maestra encargada de la parte educativa, una intendenta encargada de hacer cumplir las órdenes técnicas y administrativas, vigilar el personal secundario y velar por los intereses de la Clínica. Una cuidadora, una cocinera y una mucama. Una visitadora social cuya colaboración es de inapreciable valor, más aún por tratarse de una funcionaria ejemplar que desempeña su cargo con verdadera consagración, sin regateos de esfuerzos, dándose entera en beneficio de la obra que realiza. La visitadora continúa en el hogar del niño la obra iniciada por el médico en la Clínica, realiza un promedio de 600 visitas anuales. Acompaña al médico en la consulta, pesa a los niños cada 15 días y los talla dos veces al año. Practica la cuti-reacción a la tuberculina en todos los ingresos, realiza la vacunación antidiftérica sistemática; hasta hace un año hacía las reacciones de Schick, desde entonces se envían los niños al Centro Antidiftérico; acompaña a los niños al consultorio dental o radiológico y colabora en todo lo que sea beneficiar la obra de la Clínica.

Ingreso de los niños: Cualquier niño de 3 a 6 años puede concurrir al consultorio dietético y desde entonces queda inscrito en una ficha individual que comprende varias partes, médica, social, higiénica y dietética. Desde el punto de vista médico se da importancia, además del examen general a los datos an-

trópometrícos, peso, talla coeficientes pondo-estatural, diámetros craneano, tórácico y abdominal, coeficiente de robusticidad. Se hace sistemáticamente la cuti-reacción a la tuberculina, y en todos los casos de C. R. positiva se hace examen radiológico con el fin de despistar tuberculosis latentes, o evolutivas sin manifestaciones clínicas. Sistemáticamente se hace también la vacunación anti-diférica y la reacción de control de Schick. Se dedica especial atención al estado sanitario de los dientes, que muchas veces son causas de inapetencia, de desnutrición o estados dispépticos. Enviamos al consultorio dental a todo niño que no presente sus dientes en perfectas condiciones de salud. La parte social de la ficha comprende la situación económica, las condiciones de vivienda y la cultura de los padres. El conocimiento de la situación económica es de enorme importancia. Los ingresos mensuales aportados por las personas que contribuyen al sostén del hogar, los egresos bajo diversas formas, alquiler, alimentos, ropas, diversiones, etc., y el número de personas que componen la familia, son factores de imprescindible valor para indicar regímenes que no resultan puramente teóricos. Para esta investigación hacemos un primer interrogatorio en el consultorio y más tarde la visitadora rectifica los datos en el hogar del niño.

En cuanto a la vivienda la visitadora concurre al domicilio del chico y allí se informa sobre las condiciones de aseo, salubridad, ventilación, iluminación, orientación y destino de las habitaciones; con estos datos traza un esquema indicando la situación de ventanas, puertas y la disposición de las camas en el dormitorio, así como el número de personas que duermen en el cuarto del niño. Respecto a la cultura de los padres tomamos como índice el analfabetismo, estado civil (casados o solteros) y la ocupación. La parte destinada a dietética comprende la investigación de la alimentación del niño antes de concurrir a la clínica: tipo de alimentos, preferencias, número de comidas, etc., y además la indicación que nosotros hacemos.

Esta indicación es distinta, según se traté de niños internados en el hogar o de niños que sólo van al consultorio. En el primer caso reciben el menú común apropiado a su edad que se preparará en el hogar, o si es necesario un menú especial cuando las condiciones del niño lo requieren: hiperalimentación, alimentación concentrada, regímenes para diatésicos, alimentación rica en calcio, regímenes para constipados, etc. Si el niño concurre solamente a la consulta, se indica un menú que la familia pueda realizar de acuerdo con sus médicos económicos. Como en la mayoría de los casos son familias de muy escasos recursos, indicamos la preparación de un menú que sirva para mayores y menores; porque aunque sabemos que el niño de 3 a 6 años no debe comer todo lo que comen sus padres, también sabemos que en los medios pobres no es posible preparar dos comidas, una para los niños y otra para los padres. En tales casos nos esforzamos en evitar lo que es perjudicial al niño, dejando libertad de hacer todo lo que es permitido sin dañar su salud. Insistimos sobre la importancia de conocer la situación económica para indicar la alimentación. No es posible aplicar reglas comunes a todos los niños, porque además del factor individual que es necesario respetar en cada caso, hay otro factor de índole social del que

CLINICAS DE NUTRICION PARA PRE-ESCOLARES

no podemos substraernos; es precisamente el factor económico que afecta en especial a la población obrera.

El estudio de la alimentación del niño sano comprende dos aspectos bien distintos: 1º El del niño que puede alimentarse correctamente, que puede comer lo que debe; y 2º, el del niño que come lo que puede porque carece de medios para adquirir todo lo que debe comer. Es muy distinta la situación de un niño; A, por ejemplo, que tiene a su alcance todo lo que necesita: alimentos buenos, cuidados higiénicos, confort, a la situación de un niño, B, que vive en una casilla de lata o en un conventillo, durmiendo en una pieza con 10 ó 12 personas más, con una alimentación escasa y mala.

En el primer caso todas las reglas de una buena dietética son aplicables a la práctica; en el segundo, el problema debe ser resuelto ajustándose a la situación económica de la familia, enseñando a la madre preparaciones alimenticias fáciles, sencillas y económicas. Enseñándole a gastar su dinero en alimentos baratos que substituyen a otros similares más costosos. Las madres pobres aunque parezca paradójal, son las que más ignoran las nociones de economía doméstica; no saben gastar bien su poco dinero; no saben aprovechar muchos recursos que están a su alcance; doy por ejemplo el hecho siguiente: en los 360 niños inscritos en la clínica hay 16% que toman vino y entre éstos hay muchos que nunca toman leche porque dicen no tener para comprarla, siendo la leche más barata que el vino e insubstituible en la alimentación del niño chico. Hemos ensayado con excelentes resultados algunos tipos de menú económicos, a los que llamamos menú de costo mínimo, aptos para niños y mayores y que reúnen las condiciones exigidas en calidad y cantidad. Estos menús permiten un extenso margen de variación con sólo cambiar sus componentes por otros similares. He aquí un ejemplo de menú de costo mínimo:

DESAYUNO Y MERIENDA.—Preparar una crema a base de harinas hervidas en agua, con un agregado de leche y azúcar; pan abundante, consumir las harinas de tipo más barato como la de trigo, simple o tostada, gorio, harina de maíz, avena, etc. Al cocimiento de harina se le agrega leche, 150 gramos a 20 gramos por cada niño. Preparar una ración doble, de modo que la mitad quede para merienda, en forma de crema fría; esto tiene la ventaja de economizar fuego, tiempo y trabajo.

Valor calórico del desayuno

			Por cada 100 gramos.
Leche	150 Grs.	105 calorías.	70 calorías
Harina	20 Grs.	80 "	400 "
Azúcar	20 Grs.	80 "	400 "
Pan	50 Grs.	125 "	250 "
TOTAL.....		390 calorías.	

MEMORIA DEL VII CONGRESO PANAMERICANO DEL NIÑO

Este menú cuesta en moneda uruguaya \$ 0.035, incluyendo el gasto de combustión.

ALMUERZO.—Hemos adoptado un tipo de sopa seca completa, que sirve para niños y mayores, y tiene la ventaja de poseer los valores necesarios en calidad y cantidad; resulta muy barata y es de preparación sencilla e higiénica, lo que permite modificar su gusto y su aspecto, dando la apariencia de preparación distinta sin modificar su composición, ni su técnica, ni su costo. Preparación de esta sopa (para 5 personas que es el promedio de individuos por familia): 500 gramos de carne sin hueso, picada en pequeños trozos; se pone a hervir en 3 a 4 litros de agua. Se agrega una zanahoria rallada, un poro, ó 3 dientes de ajo, una cebolla bien picada, otros tipos de verduras de estación finamente picadas, 500 gramos de papas cortadas en trozos (las papas deben agregarse un tiempo después de las legumbres para evitar que se deshagan con la cocción). En lugar de papas pueden utilizarse boniatos o zapallos, o todo a la vez junto. Puede agregarse leguminosas y cereales, tales como arvejas, habas, porotos, garbanzos, maíz pisado previamente cocido, trigo, etc. Todos estos granos, cuando son secos, deben quedar en agua desde la víspera; así se ahorra fuego y tiempo. Una vez cocido todo, se agregan 200 gramos de fideos, o harina de maíz o arroz. Queda mejor aún agregando uno o dos huevos batidos al retirarla del fuego y 20 gramos de queso rallado.

Valor calórico de la sopa

			Por cada 100 gramos.
Carne	500 gramos.	1,500 gramos.	300 calorías.
Papas	500 "	475 "	95 "
Arvejas	500 "	1,650 "	350 "
Fideos	200 "	660 "	330 "
Huevos	2 "	140 "	70 " cada uno.
Queso	20 "	50 "	250 "
Pan	250 "	625 "	250 "
TOTAL		5,100 calorías.	

Esta sopa cuesta \$ 0.27 y está calculada para 5 personas.

MERIENDA.—Igual que el desayuno, pero frío, porque queda hecho desde la mañana.

CENA.—Ensalada de legumbres crudas y cocidas, con o sin carne.

CLINICAS DE NUTRICION PARA PRE-ESCOLARES

Composición y valor calórico de la ensalada

			Por cada 100 gramos
Legumbres crudas	200 gramos.	100 calorías.	50 calorías.
Legumbres cocidas	200 "	100 "	50 "
Papas	500 "	475 "	95 "
Aceite	20 "	180 "	900 "
Pan	250 "	625 "	250 "
TOTAL		1,480 calorías.	

El costo de la ensalada es de \$ 0.121 y está calculada para 5 personas.

El detalle del costo de los materiales que componen este menú puede verse en el trabajo ya mencionado sobre "Alimentación de niños de 3 a 6 años."

HOGAR INFANTIL.—Los niños internados llegan de 7 a 8 horas de la mañana, y permanecen allí hasta las 17 ó 18 horas en que son retirados por los padres. El hogar comprende un gran salón comedor dispuesto con todo confort para los pequeños: mesas que no sobrepasan 50 centímetros de altura y asientos bajos para que puedan apoyar los pies en el piso; en las paredes decoraciones con motivos infantiles, cuadros con dibujos en series representando historietas o moralejas. Tienen jardines al aire libre y un patio cerrado para los días de invierno o lluviosos; cocina y servicios higiénicos; silloncitos de lona individuales y mantas para las horas que dedican al sueño.

Después del almuerzo: En el hogar reciben el desayuno, almuerzo y merienda que hace las veces de cena. En estas tres comidas reciben el alimento en cantidad y calidad.

No entramos en detalle de los menús por haber sido ya tratados en un trabajo anterior presentado al Congreso del Centenario Uruguayo, año 1930. Tomo IV, pág. 272. Actualmente continuamos sobre las mismas bases introduciendo algunas modificaciones según la estación del año o con el fin de aprovechar donativos recibidos. A título de ejemplo presentamos el esquema de unos de los menús utilizados:

DESAYUNO

Por cada niño.		
Leche	250 gramos.	175 calorías.
Pan	50 "	125 "
Manteca	5 "	45 "
Azúcar	12.5 "	50 "
TOTAL		395 calorías.

MEMORIA DEL VII CONGRESO PANAMERICANO DEL NIÑO

ALMUERZO.—Compuesto de 3 platos: sopa, un plato conteniendo carne y vegetales, un postre a base de cremas de leche, budines sencillos, compotas o frutas crudas. Cuando no hay frutas crudas se les da como bebida agua con jugo de limón o jugo de tomate. Cada niño recibe en el almuerzo alrededor de 700 a 800 calorías. Ejemplo:

1º Sopa de Sémola.	Caldo 200 gramos.	10 calorías.
	Sémola 15 gramos.	55 calorías.
	Pulpa 50 gramos.	150 calorías.
2º Pastel de carne y papa.	Papas 100 gramos.	95 calorías.
	Cebolla 10 gramos.	.
	Azúcar 5 gramos.	20 calorías.
	Aceite 5 gramos.	35 calorías.
3º Budín de pan:	Leche 100 gramos.	70 calorías.
	Pan 50 gramos.	125 calorías.
	Pasas 4 gramos.	12 calorías.
	Huevos $\frac{1}{4}$.	18 calorías.
Frutas crudas: 1 naranja de 100 gramos		20 calorías.
Pan, 50 gramos.		125 "
TOTAL DE CALORIAS EN EL ALMUERZO		737 calorías.

MERIENDA.—Cremas de leche con harinas diversas al 10% y 5% de azúcar, 250 gramos por niño y 50 gramos de pan.

Leche	250 gramos.	175 calorías
Harina	25 "	100 "
Azúcar	12.5 "	50 "
Pan	50 "	125 "
TOTAL		450 calorías.

En las 3 comidas diarias recibe cada niño un total de 1,582 calorías que es lo suficiente en 24 horas para esta edad. En cuanto a calidad, tratamos de mantener más o menos la siguiente proporción en los componentes: albúmina 2.5 gramos por kilo de peso; grasas 3 gramos; hidratos de carbono 8 gramos por kilo.

La parte educativa de los niños está a cargo de una maestra que con entusiasmo y competencia inculca a los pequeños nociones de moral, higiene, buenos hábitos y disciplina, despertando en los niños sentimientos nobles y generosos, ayudándoles a expresar sus ideas con claridad, enseñándoles el lenguaje correcto y formando entre ellos un ambiente fraternal y efectivo como corresponda a la finalidad del hogar.

CLÍNICAS DE NUTRICIÓN PARA PRE-ESCOLARES

La parte instructiva se realiza por medio de cortas conversaciones, trabajos manuales de recortado, plegado, de cartonado, labores en lana, canevá, rafia, etcétera. Se les hace enseñanza de letras, sílabas y números, así como dibujos con lápices en colores, por lo que todos los niños muestran gran inclinación. Tampoco ha sido descuidada la educación física, haciéndoles practicar pequeños ejercicios convenientes a su edad.

RESULTADOS.—Expondremos un resumen de los resultados obtenidos durante los 5 y medio años de funcionamiento de la clínica. Total de niños inscritos desde diciembre de 1929 hasta julio de 1935: 360 de ambos sexos. Internos actualmente, 70; la C. R. de Pirquet, practicada a todos los niños, arroja un porcentaje de 24 positivas. Dentro de éstas se encontró 4% de tuberculosis evolutiva. La vacunación antidiftérica ha sido practicada al 80% de los ingresos. Hasta hace 2 meses hemos seguido el procedimiento clásico de 3 dosis de anatoxina, $\frac{1}{2}$, 1 y $1\frac{1}{2}$. Después de 3ª inyección hacemos el Schick, y como hemos encontrado 30% de Schick positivos en los inyectados con 3 días, hemos hecho una 4ª inyección de 2 centímetros cúbicos, con lo que obtenemos 100% de negatividad. Desde hace dos meses usamos la anatoxina concentrada y sólo damos dos inyecciones de 1 y 2 c. c. respectivamente; aún no tenemos experiencia sobre este procedimiento.

ESTADO DE NUTRICIÓN DE LOS NIÑOS INGRESADOS

En general no se observan distrofias graves, sino estados hipo-nutritivos medianos que afectan el peso, rara vez la talla, y por lo tanto dan un coeficiente pondo-estatural P/T inferior a los normales. Hemos adoptado como medianas del coeficiente P/T las cifras dadas por "Children's Bureau" de Washington. Con relación a ellos nosotros obtenemos los siguientes promedios:

3 a 4 años.	Varones	1.50	1.60
	Mujeres	1.54	1.54
4 a 5 años.	Varones	1.48	1.62
	Mujeres	1.52	1.56
	Varones	1.55	1.75
5 a 6 años.	Mujeres	1.56	1.73

Salvo raras excepciones, todos los niños benefician de la Clínica, mejoran el estado general y aumentan de peso. El promedio anual de aumento de peso es de 1 kilogramo por niño. Como causas de los estados distróficos, hemos encontrado diversos factores que dividimos en 2 grandes grupos:

1º Causas externas.	{	Deficiencia económica.
	{	Familia numerosa.
	{	Mala alimentación.
	{	Vivienda insalubre.

2º Causas internas.

{	Mal estado de la dentición.
	Adenoidismo.
	Tuberculosis latente.
	Heredo-sífilis.

Los factores del primer grupo han sido encontrados en mayor o menor grado en todos los casos. La desocupación del obrero ha alcanzado grados alarmantes en los últimos tiempos. En los 360 casos nuestros hay sólo 12% de hogares en que es el padre quien trabaja, en el 23% trabajan ambos padres, en el 65% trabaja sólo la madre para sostener todas las necesidades del hogar. Cada familia tiene un promedio de 5 personas. El promedio de ingresos mensuales por familia en la época actual sólo alcanza a \$ 20.00; es menos aún que el promedio encontrado en la estadística que hicimos en 1930, el cual alcanzaba a \$ 30.00 mensuales. El promedio de alquiler no ha variado, se mantiene alrededor de \$ 10.00 por mes. La vivienda actual de nuestros obreros es mala: reducida, en general sin luz, ni aire, ni sol, insalubres y sucias. Son de dos tipos, el inquilinato en la zona urbana y la casilla de lata o madera en la zona suburbana. Pero felizmente este problema está próximo a resolverse en nuestro país, pues ya están en estudio los proyectos para construcciones de block de casas para obreros con las condiciones higiénicas y de confort que son necesarias. Esto, además de marcar un progreso real y valiosísimo, será un factor de primer orden en la defensa social de la población, especialmente del niño.

Entre las causas internas hemos encontrado que el 50% de nuestros pre-escolares padecen de trastornos dentarios, caries, decalcificación y secundariamente gingivitis, neuralgias, estomatitis. Para conseguir el saneamiento dentario hemos luchado con muchas dificultades, originadas por la indiferencia de los padres frente a los trastornos dentarios de la dentición de leche; por otra parte, los niños se resisten a concurrir al consultorio dental. El adenoidismo también alcanza un elevado porcentaje en nuestro medio; y por último, la tuberculosis en forma latente o curada clínicamente, aparece en un 20% y en evolución en 4%. Podríamos citar muchos otros datos interesantes sobre cómo viven los hijos del obrero, su condición social, sus necesidades, sus costumbres; pero sería repetir lo que ya hemos dicho en nuestro trabajo de "Alimentación de 3 a 6 años en nuestros niños."

CONCLUSIONES

1º Es necesario fomentar la creación de obras destinadas al cuidado del pre-escolar, tales como consultorios dietéticos, jardines de infantes, consultorios sanitarios, con el fin de vigilar y hacer profilaxis en esta etapa de la vida tan rica en manifestaciones propias y cuya evolución se confía actualmente demasiado al azar.

CLINICAS DE NUTRICION PARA PRE-ESCOLARES

2º La enseñanza de la dietética debe orientarse en el terreno de lo práctico, atendiendo las necesidades del medio, buscando soluciones sencillas y realizables. Insistir sobre todo en lo que no debe hacerse. La faz social es lo más importante del problema de la alimentación, es si se quiere el verdadero problema serio, porque la población obrera es numerosa y la desocupación los priva del recurso del trabajo; la solución está más al alcance del Estado que de la ciencia.

El médico dietetista debe actuar, no precisamente indicando los últimos procedimientos de la ciencia, sino compenetrándose de las necesidades del medio y adaptando sus indicaciones a la realidad. El Estado, mejorando las condiciones sociales del obrero, proporcionándole medios de ganarse la vida honestamente, elevando su nivel cultural y moral, creando la vivienda del obrero, creando escuelas y centros de enseñanza de oficios o industrias.

LA OBRA DE DEFENSA DEL NIÑO EN LOS REFECTORIOS DE LA ASOCIACION URUGUAYA DE PROTECCION A LA INFANCIA

Dr. ALFREDO RODRIGUEZ CASTRO,
Montevideo, Uruguay.

EN el último siglo en todos los países civilizados, los gobiernos, los médicos, los higienistas, y en general todas las personas de sentimientos nobles, se han preocupado seriamente del modo de proteger al niño, mejorando en lo posible sus condiciones de vida para disminuir su morbilidad y abatir su mortalidad, que acusaban altos índices a pesar de los esfuerzos ya realizados.

El recién nacido es un ser imperfecto y débil, incapaz de bastarse a sí mismo; el niño completa luego su organización pero nunca debe considerársele como un hombre pequeño. Hasta los 12 ó 14 años presentará siempre grandes diferencias orgánicas y psíquicas con el adulto. Sus necesidades intelectuales físicas tienen que corresponder a un ser que vive y crece; sus necesidades a un psiquismo en formación. Los jalones que se vayan poniendo decidirán su porvenir, harán de él un elemento útil o lo convertirán en una carga social.

En el Uruguay como en gran número de países, los distintos servicios oficiales: maternidades, cunas, gotas de leche, casas y cantinas maternas, hospitales y consultorios de lactantes, prolongados en su acción por las visitadoras sociales, realizan una protección amplia y eficaz del niño de la primera infancia.

La asistencia del niño de segunda y tercera infancia cuenta con hospitales y ambulatorios dependientes del Ministerio de Salud Pública, que se preocupa también por su Cuerpo Médico Escolar de la medicina higiénica y preventiva. Pero no es sólo en las enfermedades que hay que buscar las causas de la mortalidad infantil.

A la tuberculosis, la sífilis, el alcoholismo crónico de los progenitores, que engendrarán débiles congénitos, hay que agregar la miseria, la falta de cultura. Para conocerla basta entrar en una de esas pobres viviendas malsanas, donde se amontonan adultos y niños apenas vestidos y donde la comida es siempre escasa y de inferior calidad.

Las enfermedades son, en su mayor parte, determinadas o facilitadas por condiciones económicas y espirituales, de las familias en particular y de la sociedad en general, que con el clima, la densidad de población y la herencia mórbida, rigen el estado sanitario de los pueblos.

Los factores sociales, la pobreza y la ignorancia, repercuten enormemente sobre la salud en todas las edades pero hacen sentir mayormente su peso sobre el niño, ser delicado y en formación. El niño en edad escolar, con sus miserias y sus necesidades, tan angustiosas en los medios humildes, merece que por el bien común se le conceda especial atención.

El niño de 3 a 12 años necesita una ración alimenticia de mantenimiento y de crecimiento, calculando los autores modernos que deben proporcionárseles unas 100 calorías por kilogramo de peso y por día, disminuyendo naturalmente estas necesidades a medida que se acercan a la edad adulta. El 80% de los niños de los barrios pobres no alcanzan a tomar 50 calorías diarias por kilogramo. Por otra parte, la alimentación, además de insuficiente, puede ser perjudicial por inapropiada o de mala calidad.

El escolar está sumamente expuesto y es muy vulnerable a todas las enfermedades infecciosas comunes. El ambiente obra sobre él con mucho más fuerza a esa edad que otras épocas de la vida. Para salvar su salud física y moral es necesario que todas las fuerzas sociales, oficiales y privadas, contribuyan en la medida de sus capacidades a defenderlo, mejorando su vida.

El Estado no puede ni debe hacerlo todo. Conviene promover y estimular la fundación de obras sociales, especialmente privadas, que al poner al rico en contacto con la miseria, al hacerle tocar de cerca las llagas sociales, despierten sus sentimientos filantrópicos.

La filantropía de las clases pudientes de la sociedad debe contribuir ampliamente a defender al niño contra la enfermedad y contra la muerte, y si su acción es estimulada y científicamente organizada, dará resultados muchas veces superiores a los servicios oficiales de protección directa e individual, llenando las lagunas que los servicios médicos de defensa de la salud pública no han podido corregir. Una vez en marcha la obra y demostrada su eficiencia y utilidad como ha sucedido en el Uruguay con la ASOCIACION URUGUAYA DE PROTECCION A LA INFANCIA, el Estado contribuirá a sostenerla, pero dejando siempre la dirección y el principal aporte a la iniciativa privada.

No pretende la Asociación Uruguaya de Protección a la Infancia, proteger a todos los niños necesitados de las escuelas públicas, pues entonces la obra, al diluirse, perdería en profundidad lo que pudiera ganar en extensión haciéndose absolutamente ineficaz. Los maestros y los médicos realizan una selección de los escolares para hacer llegar en cada barrio los beneficios de la obra al grupo más necesitado, el que es realmente atendido en sus necesidades alimenticias y sanitarias. Poco a poco se irá ampliando el número de refectorios, aumentando así la cantidad de niños humildes beneficiados.

En los Refectorios de la Asociación Uruguaya de Protección a la Infancia distribuidos por las barriadas pobres de la ciudad, los niños reciben todos los días hábiles una alimentación sana y abundante; se les vigila médicamente realizando exámenes periódicos con miras preferentemente profilácticas. La visitadora social adscrita al Refectorio establece la ficha social de cada niño, y de acuerdo con el médico, trata de subsanar las deficiencias del medio familiar. Las Comisiones de Damas que se ocupan del gobierno de cada Refectorio, se preocupan, además

de la parte administrativa del Instituto, de dar a los pequeños concurrentes nociones de sana moral, realizando lecturas y disertaciones apropiadas y conviviendo con ellos unas horas todos los días para enseñarles con el ejemplo.

LOS REFECTORIOS DE LA ASOCIACION URUGUAYA DE PROTECCION A LA INFANCIA

Los Refectorios Escolares creados por la Asociación Uruguaya de Protección a la Infancia, vienen llenando en nuestro medio una sentida necesidad social.

La Asociación Uruguaya de Protección a la Infancia, velando por los derechos del niño en la edad escolar, y yendo en auxilio del Estado y de los padres, ha sido la primera institución particular que, con fines científicos y humanitarios, ha creado en el país esta obra de defensa social del niño.

Es posible constatar entre los niños escolares la existencia de un gran porcentaje de niños débiles, anémicos, de piel flácida, con ganglios cervicales, tipos linfáticos, con vegetaciones anóideas, hipertrofia de las amígdalas, retardados en su crecimiento y desarrollo físico, llevando todos ellos los estigmas seguros de la tuberculosis a la cual tienen que pagar tributo si no se va en su auxilio.

Las causas primordiales de las afecciones mencionadas, como asimismo en el retardo para aprender, es sin duda alguna una alimentación insuficiente.

Hacia ese punto han convergido las actividades de la Asociación Uruguaya de Protección a la Infancia, y ha sido el motivo fundamental de la creación de los Refectorios Escolares.

Más tarde, y periódicamente, se ha llegado a ayudar a los niños que concurren a los Refectorios, con ropas y calzado para concurrir a las escuelas; enseñanza de higiene a las madres, vigilancia del niño por el médico y la visitadora, y la creación, en el año 1934, de una acción fundamental: la cooperación de los médicos de los Refectorios en beneficio de los niños, con las distintas dependencias del Ministerio de Salud Pública, por la cual nuestros niños pueden ser remitidos para su atención a las siguientes dependencias de aquel Ministerio: clínica de afecciones en las vías respiratorias, dispensario de afecciones específicas, clínica dental escolar y servicio de vacunación antidiftérica.

La Asociación Uruguaya de Protección a la Infancia cree que aún los Refectorios que sostiene no cumplen con la totalidad de su función, y pretende llegar en breve a instalar en cada uno de ellos un albergue para los niños cuyos padres regresan a sus hogares a horas avanzadas por la índole de su trabajo en el taller; y, en el orden pedagógico, facilitar a los niños un ambiente apropiado para realizar sus deberes escolares, teniéndolos de esta manera aislados en la calle cuyos peligros materiales y morales, son tan grandes.

Los Refectorios de la Asociación Uruguaya de Protección a la Infancia están organizados como sigue: 1º Una Comisión de Vigilancia compuesta por señoras y señoritas, cuya presidenta es miembro del Consejo Directivo, tiene a su cargo el control del funcionamiento y administración total del Refectorio. 2º Un médico honorario revisa al niño a su entrada y controla periódicamente los adelantos

de su peso y talla; en cuanto advierte algún indicio de afecciones de orden pulmonar, específica o dentaria, de inmediato ordena a la visitadora para que ésta lo acompañe para su tratamiento a las dependencias del Ministerio de Salud Pública. 3° La acción de las visitadoras sociales que controlan la situación financiera de las familias, sus medios de vida, higiene, etc., y vigila constantemente al niño cuando no concurre al Refectorio o a la Escuela. 4° Con los datos del médico y de la visitadora se formula la ficha correspondiente que acompaña al niño hasta su salida del Refectorio. 5° Un personal especializado tiene a su cargo la confección del menú, teniendo como base la calidad, abundancia y condiciones nutritivas de los elementos integrantes.

El niño permanece en el Refectorio bajo las siguientes condiciones: 1° Que sea escolar y remitido por la Escuela del barrio que sirve el Refectorio. 2° Que el examen del médico del Refectorio indique su estado de niño débil. 3° Que las condiciones y datos que obtenga la visitadora determinen que sus familiares se encuentren en condiciones económicas precarias, teniendo en cuenta la cantidad de hijos, enfermos, etc. 4° Generalmente el niño pasa en el Refectorio uno o dos períodos escolares, dándole de alta cuando adquiere su normal pondo-estatural.

El cuadro siguiente indica los aumentos de peso obtenidos en el año 1934, en los 9 Refectorios que ha sostenido:

De 100 a 500 gramos	aumentaron	25 niños.
" 500 " 1,000	" "	65 "
" 1,000 " 1,500	" "	74 "
" 1,500 " 2,000	" "	159 "
" 2,000 " 2,500	" "	68 "
" 2,500 " 3,000	" "	197 "
" 3,000 " 3,500	" "	46 "
" 3,500 " 4,000	" "	170 "
" 4,000 " 4,500	" "	92 "
De más de 4,500	" "	187 "

El número de niños que fueron remitidos a las distintas dependencias del Ministerio de Salud Pública para tratamientos especiales, es como sigue:

Para la Clínica de afecciones de las vías respiratorias....	141 niños.
" el Dispensario de afecciones específicas.....	39 "
" la Clínica dental escolar.....	187 "
" el servicio de vacunación antidiftérica.....	119 "

El costo total de los 9 Refectorios sostenidos por la Asociación Uruguaya de Protección a la Infancia, en los que estuvieron inscriptos 1,153 niños, ha sido de \$17,889.41, incluyendo alquileres, sueldos del personal, ropas y calzado entregados, lo que arroja un promedio de 0.095 por niño y por día.

MEMORIA DEL VII CONGRESO PANAMERICANO DEL NIÑO

ESTADISTICA COMPARATIVA DE NIÑOS ATENDIDOS Y ALMUERZOS SERVIDOS DURANTE LOS AÑOS 1926, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33 y 1934

Año	Niños atendidos	Almuerzos servidos
1926	108	28,990
1927	252	30,514
1928	950	105,733
1929	1,452	246,866
1930	1,530	259,263
1931	953	158,340
1932	1,021	159,352
1933	1,122	177,928
1934	1,153	187,138
Totales.....	8,541	1,354,124

Podemos terminar este informe indicando que:

1° Los Refectorios y demás actividades de la Asociación Uruguaya de Protección a la Infancia, en sus 10 años de funcionamiento, han probado su valor como elementos de progreso social del niño en edad escolar.

2° Sería de desear que el número de Refectorios pudiera ser aumentado para que cada barrio pobre tuviera el suyo y socorrer así a un mayor número de niños.

3° Es recomendable la creación de instituciones similares, como servicios privados de carácter filantrópico, apoyados y tutelados por el Estado.

CAMARAS DE LACTANCIA

Dr. ERASMO GONZALEZ ANCIRA;
México, D. F. (1)

SE da este nombre a locales apropiados, situados en establecimientos y fábricas, que sirven para que las madres amamenten y guarden a sus hijos durante las horas de trabajo.

El acondicionamiento de estos locales, en Europa, ha pasado por diversas etapas que son dignas de conocerse. El principal objeto que se ha perseguido es el de que los pequeños sean alimentados con leche materna, que es indispensable para asegurar su nutrición y vitalidad, y que las mujeres asalariadas tengan a sus hijos cerca y no se vean obligadas a separarse frecuentemente de su trabajo.

Desde el origen del cristianismo, los gobiernos empezaron a fundar asilos para recoger a los niños abandonados por madres poco escrupulosas, faltas de recursos o que, por la constitución actual de la sociedad y el concepto del honor, se consideran deshonradas por haber tenido un hijo de un hombre con quien no estaban unidas legalmente.

Entre estos cristianos hay que mencionar a San Vicente de Paul, que es considerado como el fundador de estas obras, meritorias por muchos conceptos.

Todas las ciudades importantes del mundo cuentan con esta clase de asilos, en donde los desheredados son recogidos y cuidados. En ellos se trata de asegurar a los pequeños la alimentación maternal.

En México, tenemos una verdadera Institución denominada "Casa de Cuna." Una de las causas más grandes de la mortalidad infantil, es la falta de alimentación maternal, y una de las más frecuentes del abandono de los niños es la falta de recursos de las madres que son echadas de la casa de sus padres o que no consiguen trabajo a causa de su hijo, que ocasiona muchas molestias en donde ella trabaja.

Como una variante de los asilos de huérfanos, y principalmente para evitar el abandono de los niños, se han creado "Asilos para madres pobres," en donde son cuidadas y alimentadas temporalmente muchas mujeres francesas.

Estos asilos no existen en México, pero valdría la pena crearlos; en Francia tuvieron por origen el sostenimiento de las viudas de la guerra. En todo el mundo llenan una necesidad social.

En nuestra capital, en el Hospital General, son retenidas las madres que ahí han tenido a sus hijos. Yo espero que con la terminación del Hospital del Niño se cree una Institución semejante, que es mencionada por el Dr. G. Bose,

(1) Contribución del Departamento del Trabajo.

en el Boletín de la Academia de Medicina de París, 4 de noviembre de 1919. "Un progreso social. Medio simple de combatir la mortalidad infantil y de disminuir el número de niños abandonados."

En el asilo de huérfanos de la ciudad de Tours, fundado en 1902, se instalaron en el año de 1916, a iniciativa del Dr. Bosc, dormitorios comunes y suficientes para guardar y mantener a las madres recién salidas de los Hospitales de Maternidad, con sus hijos, durante unos cuatro meses.

Son recibidas en estos lugares con la única condición de que alimenten a sus hijos y se sujeten a los cuidados médicos e higiénicos del caso.

La ciudad de Tours no solamente ha podido sostener a estas pobres madres, sino que ha llegado hasta a pagarles sueldos como si alimentaran a hijos que no fueran los suyos.

Se ha obtenido además un resultado digno de anotarse: aunque muchas mujeres han llevado ahí a sus hijos con el objeto de abandonarlos después, todas las que los han amamantado por más de diez días, no se han resuelto a dejarlos solos. Una madre que ha criado a su hijo y lo ha visto crecer y sonreír, nunca tendrá el valor de separarse de él.

Con esta modificación a los estatutos del Asilo, se ha conseguido bajar la mortalidad de 50% que tenía anteriormente a 2.7%, lo cual es interesantísimo.

Como un paso más dado hacia la creación de las Cámaras de Lactancia de los establecimientos industriales, debe considerarse la instalación de las Puponnières, que tienen una labor semejante a las "Gotas de Leche." Los primeros son lugares en donde se recibe a los niños de menos de dos años, en una especie de internado durante el día, y donde estos niños son alimentados por medio de nodrizas, con alimentación artificial o mixta, y las "Gotas de Leche" son consultorios externos adonde son llevados periódicamente los niños para garantizar su crecimiento y atenciones médicas.

La Constitución de 1917 dió un paso más en la protección a los niños, decretando que las mujeres trabajadoras tuvieran tres meses de descanso relativo antes del parto y uno de descanso absoluto después de él, gozando de su sueldo, de la conservación de su empleo y de los derechos adquiridos. Además, deben tener dos descansos extraordinarios por día, de media hora cada uno, para amamantar a sus hijos.

En Francia ha habido varias leyes en este sentido; en noviembre de 1909 se votó una que daba licencia por ocho semanas, comprendiendo el tiempo que precede y sigue al parto, a las mujeres que tuvieran un niño, y garantizaba la conservación de su empleo.

En 1913, Pablo Strauss consiguió una ligera modificación a la ley, gratificando a las madres que alimentan a sus hijos.

En 1904, el señor y la señora Enrique Couillet fundaron en París restaurantes gratuitos para madres-nodrizas que alimentaran a sus hijos. En estos sitios se les daba de comer abundantemente dos veces al día, con la sola comprobación de que los estaban amamantando.

El primero en ocuparse de las Cámaras de Lactancia o locales donde las obreras pudieran amamantar a sus hijos, fué A. Lesage, quien hizo una publica-

ción en la Presse Médicale en enero de 1917. El que suscribe tuvo oportunidad de enterarse de este problema, en París, en esa misma fecha.

Por haberse encargado ese año de 1917 del Servicio Médico del Puesto de Socorros de la Fábrica de Equipos y Vestuario que el Gobierno tenía en Tacubaya, anotó esta deficiencia y contribuyó a la instalación de la primera Cámara de Lactancia en México, en 1920, siendo proveedor general de Hospitales Militares, que dependían de los Establecimientos Fabriles dirigidos por el señor Luis N. Morones.

En Francia, en el mes de agosto de 1917, se decretó que "todo jefe de establecimiento que ocupe más de 100 mujeres de más de 15 años, tiene obligación de instalar en su centro de trabajo o en la proximidad, una Cámara de Lactancia."

En México, no fué sino hasta la promulgación de la Ley Reglamentaria del artículo 123 constitucional, o Ley Federal del Trabajo, cuando se ha podido ver claramente esta protección a las trabajadoras, pues en 1917 solamente se señaló que podían disfrutar durante su trabajo de dos períodos de media hora para amamantar a sus hijos.

El artículo 110 de esta Ley, en su fracción II, dice: "En los establecimientos en que trabajen más de 50 mujeres, los patrones deberán acondicionar local a propósito para que las madres puedan amamantar a sus hijos."

A este artículo contribuí como técnico especialista, enviado por la Secretaría de Industria, Comercio y Trabajo, ante la Cámara de Diputados.

Estos locales apropiados tienen antecedentes directos en Francia, desde el año de 1844, en que F. Marbeau los fundó con el nombre de Crèches que tienen actualmente, aunque no sea muy apropiado. Crèches quiere decir pesebres, establos. Al principio, estos lugares recibían en pensión a los niños que las madres dejaban en la mañana antes de entrar a su trabajo y recogían en la tarde al salir de él. Después sufrieron una modificación, recibiendo a los niños que fueran exclusivamente alimentados en el seno por sus propias madres, que abandonaban su trabajo a horas determinadas (esto se pretendió hacer en México con el artículo 123 de la Constitución de 1917).

Si las madres no amamantaban a sus hijos regularmente, se los devolvían, con lo que además de evitar la falta de cariño por el alejamiento, favorecían la alimentación maternal.

Desgraciadamente, tan bello programa no se llevó a cabo por mucho tiempo, pues las madres que se veían obligadas a trabajar no podían abandonar la fábrica o taller cada 3 horas, y hacer a menudo largas caminatas para alimentar a sus hijos. Forzosamente empezó a hacerse en las Cámaras de Lactancia la infortunada alimentación artificial.

La ley francesa de 1917, restableció el orden perdido. Nosotros que apenas si teníamos este problema, lo resolvimos definitivamente al reglamentarse las relaciones entre el Capital y el Trabajo. Ahora sólo nos queda por labor, perfeccionar su funcionamiento.

La primera Cámara de Lactancia fué inaugurada en 1920 en la Fábrica de Equipo y Vestuario de Tacubaya, antes de la promulgación de la Ley Federal del Trabajo.

MEMORIA DEL VII CONGRESO PANAMERICANO DEL NIÑO

Después de la Ley, son dignas de anotarse las establecidas en las Fábricas de Hilados y Tejidos "La Carolina" y en la de Cigarros "El Aguila."

Es conveniente que los médicos de las fábricas las visiten diariamente y decreten el aislamiento de los niños que empiezan a estar afectados de padecimientos infecto-contagiosos.

Las Cámaras comunes (y una de aislamiento) necesarias, según el número de niños cuidados, deberán constar de:

- 1.—Local apropiado y amplio, de paredes lavables.
- 2.—Buena ventilación, acondicionable a voluntad.
- 3.—Buena iluminación, de preferencia solar, directa, también acondicionable a voluntad.
- 4.—Cunas suficientes.
- 5.—Radiadores o calentadores eléctricos para tener temperatura uniforme.
- 6.—Bañera con agua fría y caliente por medio de tubería distinta.
- 7.—Mesa metálica.
- 8.—Excusados metálicos para niños.
- 9.—Caja metálica para recoger la ropa sucia, y
- 10.—Una enfermera cuidadora de los niños.

El cuartito de aislamiento servirá para tener aparte al niño tan luego como presente fenómenos febriles, antes de ser cuidado en su domicilio o en el Hospital apropiado y, además, para tenerlo el tiempo suficiente cuando haya padecido alguna de las enfermedades tan frecuentes en ellos y no contagie a los demás.

Por lo tanto, me permito someter a ese H. Congreso, las siguientes recomendaciones:

- 1°—Pídase a los países miembros de la Unión Panamericana que en sus respectivas legislaciones de trabajo garanticen, lo más ampliamente que sea posible, los derechos de la mujer trabajadora, como madre, obligando a las empresas que tengan más de determinado número de trabajadoras, a establecer Cámaras de Lactancia.
- 2°—Pídase a dichos países que en sus organismos oficiales respectivos instituyan suficientes inspectoras, para que estas garantías legales se apliquen rigurosamente.

RESUMEN

Como protección a los niños lactantes y a sus madres, la Ley Federal del Trabajo, en su artículo 110, fracción II, dice: "En los establecimientos en que trabajen más de cincuenta mujeres, los patrones deberán acondicionar local a propósito para que las madres puedan amamantar a sus hijos."

El artículo 79 de esa misma Ley, estipula: "las mujeres disfrutarán de ocho días de descanso antes de la fecha que, aproximadamente, se fije para el parto, y de un mes de descanso después del mismo, percibiendo el salario correspondiente. En el período de lactancia tendrán dos descansos extraordinarios por día, de media hora cada uno, para amamantar a sus hijos."

CAMARAS DE LACTANCIA

La fracción I del mismo artículo 110, dice: "Las mujeres durante los tres meses anteriores al parto, no desempeñarán trabajos que exijan esfuerzo físico considerable. Si transcurrido el mes de descanso a que se refiere el artículo 79, se encuentran imposibilitadas para reanudar sus labores, disfrutarán de licencia que, salvo convenio en contrario, será sin goce de salario por todo el tiempo indispensable para su restablecimiento, conservando su empleo y los derechos adquiridos conforme al contrato. En los establecimientos en que trabajen más de cincuenta mujeres, los patrones deberán acondicionar local a propósito para que las madres puedan amamantar a sus hijos."

Ya se vigila su exacto cumplimiento y se estudia la reglamentación adecuada.

ORGANIZATION AND OPERATION OF PSYCHIATRIC CLINICS

Dr. H. E. CHAMBERLAIN.

Chicago, Ill., U. S. A.

IN the United States psychiatric clinics for children are still in an experimental stage and must be considered in relation to general developments in public welfare and social planning. In view of the present day world-wide trends in the evaluation of human life and enterprise, be it concerned with the individual or with the state, the scientific study of conduct, as emphasized by psychiatric clinics, is indicated and justified.

The purpose of psychiatric clinics may be stated as follows: To circumvent in childhood the maladaptations too commonly expressed later in adulthood; to prevent the permanent establishment of destructive antisocial patterns that are detrimental to individual and social life; to moderate those perverse forces inherent in unduly restrictive, exploitative and devastating environments, be they home, school or neighborhood; to appraise, foster, and direct special abilities and aptitudes early in childhood in order that they may be utilized constructively and not in evil pursuits; and, lastly, to aid youth to be healthy, courageous, venturesome, and resourceful in the presence of adversity and of bewildering complexity of modes of thought and action, of the precise knowledge already established, characterizing the modern adult world.

That all these goals or objectives, or even one of them, have been reached for any one individual is, after all, of only secondary importance. The major issue is that the need of such a purposeful service is great and is an obligation to posterity that adults today can ill afford to dodge if social development and advancement are not to be needlessly encumbered. Particularly is this true when one considers the dilemmas and perplexities with which adult men and women the world over are confronted and which they inescapably are about to thrust upon their children.

Psychiatric clinics for children as first devised in the United States were composed of three specialized services working in coordination with one another. These services represented three distinct and separate fields of endeavor in the study of children although they possessed a common bond, i. e., alleviation of suffering and lessening of exploitation of individual child life. These were psychiatry, psychology, and social service. The psychiatrist evaluated the child's physical capacities from a medical point of view and sought

to determine the emotional stability of the child in relation to endowment, environment, and experiences. The psychologist determined by standardized psychometric test the quality of the intellect possessed by the individual and endeavored to point out how it might find its most favorable expression. Social workers specially trained in psychiatric procedures determined the family background and personal development of the child and aided in the therapeutic measures decided upon through joint conferences in which all services were represented.

Psychiatric clinics for children, in the United States at least, may be considered to be still in an experimental stage. Each of the three distinct scientific points of view which they represent has borrowed freely from other sciences highly organized and developed in countries long known to encourage scientific study and precise knowledge. Furthermore, the widely varied affiliation of these clinics in the United States with other well established organizations giving service to children is added evidence that the experimental phase is still dominant.

Psychiatric clinics for children in the United States have been affiliated with public or private agencies carrying on health, educational, or welfare programs. Among these agencies, local or State, are pediatric hospitals or clinics, public or parochial school systems, juvenile courts, institutes of psychology, universities, privately endowed foundations, and clinics supported by community chests. Emphasis has been given to clinical practice, investigation and research into human conduct, the alleviation of gross physical and mental distress, and the amelioration of individual handicaps in relation to home, school, and community life.

Readily recognizable is the fact that much that aims at the advancement of human welfare may be included under the broad terms of health, education, and public welfare (social service). These possess a common marginal zone in which they are closely intertwined. Psychiatric clinics, in the multiple viewpoints they represent, can aid all three fields of endeavor in this marginal territory. Preventive work, especially with young children, requires close affiliation with health and educational agencies. The more serious social problems studied and treated will continue to be much more in the realm of social service as represented by welfare agencies than in the field of formal education. Though psychiatric clinics to function best should not be overwhelmed by cases with serious handicaps, they do, however, have an obligation to help the grossly handicapped and to aid those to whom their care is delegated in the discharge of their functions. Thus viewed, the province or scope of psychiatric clinics must be regarded as involving close identification with public social service. Their scope should not be restricted to prevention of disease or maladaptation, but should include assistance in ameliorating conditions already well advanced. This concept implies the incorporation of psychiatric principles and their application in public-welfare services.

Psychiatric services established as an integral part of child welfare organizations should be accessible to other social and educational institutions.

MEMORIA DEL VII. CONGRESO PANAMERICANO DEL NIÑO

Coordination and close cooperation among all are extremely important. Without a foundation of well-coordinated services in relation to health, employment, recreation, education, and social welfare, such a specialized service as psychiatric clinics offer is decidedly handicapped. Finally, psychiatric clinics must favor scientific study and the application of scientific knowledge to human welfare.

CONCLUSIONS

Although psychiatric clinics for children are still in an experimental stage, the following facts have been established and are demonstrable:

(1). Countless adult maladaptations and handicaps are directly traceable to neglect, physiological impairment, and detrimental influences in early life. Remedial measures are known and if scientifically applied are effective.

(2). In the organization and administration of psychiatric clinics the standards and ethics to be maintained are of paramount importance. They are dependent upon:

A. A staff with unquestioned integrity and high qualifications.

B. A clinic unit representing psychiatry, psychology, social service, and allied professions.

C. Close cooperation and coordination with other professional services specializing in human welfare and betterment.

D. Scope of program not limited to the individual but including social planning and shared responsibility for the care and treatment of the seriously handicapped.

ORGANIZACION Y FUNCIONAMIENTO DE LAS CLINICAS DE PSIQUIATRIA INFANTIL

Dr. H. E. CAMBERLAIN,^{1/h}
Chicago, Ill., U. S. A.

EN los Estados Unidos, las clínicas de psiquiatría infantil se encuentran aún en un período experimental y deben tenerse en cuenta en relación con los desarrollos y adelantos, en el bienestar público y en la planificación social. Teniendo en mientes la tendencia que prevalece actualmente en el mundo de apreciación de la vida y del esfuerzo humanos, ya sea en relación con el individuo o con el Estado, es necesario y justificado el estudio científico de la conducta humana tal como se practica en las clínicas de psiquiatría.

Puede manifestarse que el objeto de esas clínicas es el siguiente:

Contrarrestar en la infancia la mala adaptación que con tanta frecuencia se revela más tarde en el adulto; evitar el establecimiento permanente de modelos antisociales destructivos que perjudican la vida individual y social; aminsonar las fuerzas perversivas que prevalecen en los ambientes restrictivos, explotadores y devastadores, ya sea que tales fuerzas se desarrollen en el hogar, en la escuela o en el vecindario; valuar, fomentar y dirigir las habilidades y aptitudes desde la más tierna infancia a fin de que puedan aprovecharse de manera constructiva; y, finalmente, ayudar a la juventud para que sea sana, valerosa, emprendedora y fértil en recursos en presencia de la adversidad y de la complejidad aturdidora de las distintas normas, de pensamiento y de acción, y de los conocimientos precisos ya establecidos que caracterizan el mundo moderno en que vive el adulto.

Es sólo de importancia secundaria alcanzar todos estos fines u objetivos, o cuando menos uno de ellos. El punto principal es que es manifiesta la necesidad de tan importante servicio, constituyendo, a la vez, una obligación para la posteridad que los adultos de hoy no pueden evadir si no se desea detener y estorbar en balde el avance y el progreso sociales.

La exactitud de lo anterior es evidente cuando se consideran los dilemas y las perplejidades que confrontan a los adultos de ambos sexos en todas las partes del mundo, dilemas y perplejidades que irremediamente tendrán que pasar a sus propios hijos.

Las clínicas de psiquiatría infantil, tal como fueron establecidas en un principio en los Estados Unidos, comprendían tres servicios especializados que

funcionaban en coordinación unos con otros. Estos servicios representaban tres campos distintos de actividades en el estudio de la niñez, aun cuando ellos se encontraban unidos por un objetivo común, a saber, mitigar los sufrimientos y disminuir la explotación individual del niño. Dichas actividades eran de tres caracteres: psiquiátrico, psicológico y social. El psiquiatra valuaba las capacidades físicas del niño desde el punto de vista médico y buscaba determinar la estabilidad sentimental del niño en relación con sus dotes, medio ambiente y conocimientos. El psicólogo determinaba por medio de pruebas psicométricas aceptadas la capacidad intelectual del individuo tratando de indicar los medios más favorables para darle mayor expresión. Los trabajadores sociales, especialmente entrenados en la práctica de la psiquiatría, determinaban los antecedentes de familia y el desarrollo personal del niño, ayudando en las medidas terapéuticas recomendadas en juntas o conferencias en las que figuraban los representantes de todos los servicios.

Las clínicas de psiquiatría infantil en los Estados Unidos, al menos, pueden considerarse aún en un período experimental. Cada uno de los tres puntos de vista científicos distintos que representan, han bebido con abundancia en otras fuentes de ciencia altamente organizadas y desarrolladas en países que han fomentado y conocido desde hace tiempo su estudio científico y su práctica precisa. Además, la asociación íntima y extensa de estas clínicas en los Estados Unidos con otros organismos que prestan servicios debidamente organizados a la niñez, es una nueva prueba de que el período experimental prevalece todavía.

Las clínicas de psiquiatría infantil en los Estados Unidos están en contacto íntimo con agencias públicas y privadas que desarrollan programas de salubridad, educación y protección. Entre esas agencias, locales o estatales, pueden mencionarse los hospitales y clínicas de pediatría, las escuelas públicas o parroquiales, los tribunales de menores, los institutos de psicología, las universidades, los establecimientos de dotación privada y las clínicas sostenidas por los habitantes de las municipalidades. Se ha hecho hincapié en la práctica clínica, investigaciones y estudios respecto a la conducta humana, en mitigar los sufrimientos físicos o mentales, así como en mejorar los impedimentos individuales en relación con el hogar, la escuela y la vida de la comunidad.

Se comprende, desde luego, que gran parte de lo que tiende a mejorar las condiciones humanas puede incluirse en el título amplio de salud, educación y bienestar social (servicio social). Estos servicios están colocados dentro de una gran zona marginal común y se encuentran ligados íntimamente. Las clínicas de psiquiatría desde su multiplicidad de puntos de vista, pueden cooperar en estos campos de actividad dentro de su propio territorio marginal. Las labores de prevención, especialmente con niños de tierna edad, exigen una asociación íntima con las agencias de salubridad y de educación. Los problemas más serios que se estudien y atiendan continuarán siéndolo aún más en el dominio del servicio social que en el de la educación metódica y regular. Si bien las clínicas de psiquiatría para que rindan mejores resultados no deben verse agobiadas con casos de impedimentos serios, no por eso deben dejar de ayudar

a los impedidos y de asistir a los que se les entregan para el cumplimiento de sus obligaciones. Considerados de este modo los deberes y alcances de las clínicas de psiquiatría, están identificados intimamente con los servicios sociales públicos. Su extensión no debe limitarse a la prevención de enfermedades o a las adaptaciones defectuosas, sino que debe incluir su ayuda en los casos ya avanzados. Este concepto implica la incorporación de servicios de clínica de psiquiatría y su aplicación en los servicios de bienestar público.

Los servicios de psiquiatría establecidos como parte integrante de los organismos dedicados a la protección de la infancia, deben ser accesibles a otras instituciones sociales o educativas. Su coordinación de labores, así como su íntima cooperación, es sumamente importante. Si no se dispone de una buena cimentación de servicios bien coordinados en relación con la salud, facilidades de obtener colocaciones, recreo, educación y bienestar social, los servicios especializados que ofrecen las clínicas de psiquiatría se encontrarán seriamente amenazados. Finalmente, las clínicas de psiquiatría deben patrocinar el estudio y la aplicación de conocimientos científicos encaminados a conseguir el bienestar de la humanidad.

CONCLUSIONES

Aun cuando las clínicas de psiquiatría infantil se encuentran aún en un período de experimentación, los hechos siguientes han sido establecidos y pueden demostrarse:

1). Gran número de casos de adaptaciones defectuosas y de impedimentos en los adultos provienen directamente de negligencia, defectos fisiológicos e influencias nocivas en la infancia. Se conocen medidas correctivas, y si éstas se aplican científicamente son efectivas.

2). En la organización y administración de las clínicas de psiquiatría, las normas y la ética que deben seguirse son de la más alta importancia. Estas dependen de:

A. Un personal de integridad e idoneidad indiscutibles.

B. Una unidad clínica integrada por especialistas en psiquiatría, psicología, servicios sociales y por representantes de profesiones anexas.

C. Cooperación y coordinación íntimas con otros servicios profesionales especializados en el bienestar y mejoramiento de la humanidad.

D. Un programa cuyo radio de acción no se limite a los individuos sino que incluya la planificación social y la división de responsabilidades en la atención y tratamiento de los impedidos seriamente.

ORGANIZACION Y FUNCIONAMIENTO DE LAS CLINICAS DE NEUROPSIQUIATRIA INFANTIL

Dr. ENRIQUE SALGADO PALACIOS,
México, D. F.

EL PROBLEMA

EN toda comunidad existe un gran número de niños que son un problema en el hogar, en la escuela o en la sociedad, porque no se han podido adaptar al medio ambiente en que vienen desarrollándose. Y esta inhabilidad de adaptación se manifiesta en comportamiento anormal en comparación con otros niños que se encuentran en las mismas condiciones.

Los problemas que estos niños presentan encierran consideraciones de orden médico, psicológico y social.

De orden médico en lo que se refiere a la fisiología, estado físico y condiciones de higiene en que se encuentra el niño.

De orden psicológico tanto en lo referente a su capacidad y funcionamiento mental, como en su equilibrio emocional y la actitud que adopta hacia su ambiente.

Desde el punto de vista social el problema es urgente porque si no se atiende a tiempo a estos niños, tienden a ser verdaderos problemas sociales de peligro o una carga para la comunidad, ya que pueden convertirse en enfermos mentales, delincuentes, o personas que dependen de la sociedad.

Además, la investigación del problema es de un importante valor para la comunidad porque descubre los factores causales que pueden ser el origen de tendencias destructivas dentro de nuestra estructura social. Es concebible que el comportamiento de aquel niño que constituye problema puede ser un reflejo de los desórdenes dentro del hogar o dentro de la comunidad, los cuales se deben a ciertas condiciones de nuestra civilización actual.

Es necesario procurar descubrir hasta qué grado la mala adaptación del niño se debe a una verdadera degeneración de sus poderes de resistencia a daños, o hasta qué punto podríamos culpar a los factores del ambiente contra los cuales, consciente o inconscientemente, se rebela el niño.

Posiblemente entre estos factores determinantes de la mala adaptación encontremos ciertos males y faltas propios de nuestra sociedad, los cuales nos harán ver con una visión más amplia y clara los cambios que requiere nuestra estructura social.

Si el mal está dentro del niño mismo; el problema es principalmente de orden médico o psicológico, incluye también consideraciones tocantes a la eugenesia, y únicamente lo podremos considerar como un problema sociológico en lo que se refiere a la prevención de mayores daños y gastos para la comunidad.

En cambio, si se descubre que los factores causantes del trastorno están dentro de la estructura social que forma el ambiente contra el cual el niño se rebela activa o negativamente, entonces el problema es principalmente de carácter sociológico.

Es posible que las causas que dan lugar a la formación del niño mal adaptado se encuentren en él mismo y a la vez en las condiciones del ambiente social, y en estos casos el problema se complica y su tratamiento abarcará ambas esferas de la ciencia.

LAS CAUSAS

Las causas determinantes en la formación de aquel niño que constituye problema, generalmente incluyen factores que van desde la herencia hasta la mala nutrición y el mal tratamiento.

La vida de cada uno de nosotros es un pedazo de historia continua que empieza desde antes de nacer; y nuestro desarrollo y comportamiento dependerá en gran parte de las influencias de nuestro medio ambiente.

En otras palabras, se puede decir que nuestra herencia forma un núcleo que se amolda dentro del ambiente en que se encuentra; y lo que forma la personalidad con todas sus peculiaridades de comportamiento es el resultado de estos dos factores y todo lo que encierran.

El problema que ahora se nos presenta es éste: ¿Cómo es que encontrándose innumerables niños en condiciones similares, es decir, en situaciones familiares parecidas y quienes poseen los mismos deseos instintivos, algunos desarrollan tales peculiaridades de comportamiento que llegan a constituirse en verdaderos problemas, ya sea en el hogar, en la escuela, o en la sociedad?

La contestación a esta pregunta no puede ser dogmática, pero las investigaciones que se han hecho hasta la fecha nos permiten creer que los agentes que se indican en seguida son los causantes en la formación del niño difícil.

1º La operación de las leyes de herencia, las cuales, a causa de enfermedades físicas o mentales, roban del plasma-germen algo de su poder normal de resistencia a daños. En tal caso el niño viene al mundo como un ser dañado.

2º La operación de ciertos factores constitucionales que afectan principalmente el sistema endócrino del niño, dando lugar a diferencias de temperamento. Estos forman diversos tipos de reacción que enfrentan en diferente forma las situaciones que se les presentan.

3º La limitación de la inteligencia, esto da lugar a un retroceso a niveles de satisfacción más instintiva. Esto se ve claramente en las tendencias regresivas de los niños retrasados.

4º Ciertas condiciones peculiares que han influido en los primeros años de la vida del niño: por ejemplo:

MEMORIA DEL VII CONGRESO PANAMERICANO DEL NIÑO

a). La pobreza excesiva y las privaciones tales como la deficiencia de alimentos, luz, sol, aire y otras condiciones higiénicas necesarias.

b). Desarmonía doméstica exagerada con repercusión en el niño.

c). La presencia de un miembro difícil en la familia, por ejemplo: un hermano enfermo, un padre vicioso, una madre nerviosa, etc.

d). Posición que ocupa el niño en la familia: hijo único, hijo menor, hijo mayor, etc.

e). Repetidas enfermedades causantes de sentimientos de inferioridad.

5º Daños psico-sociológicos presentes, por ejemplo: la pérdida reciente de uno o de ambos padres. Cambios en el estado socio-económico de la familia, etcétera.

6º Profundas peculiaridades de carácter en el desenvolvimiento psicológico de la vida instintiva del niño, conduciéndolo a desviaciones del comportamiento normal, así como en ideas y sentimientos.

En todo niño que constituye un problema, varios de estos factores operan simultáneamente en la formación del caso; no es posible concebir un caso en el cual no se encuentren por lo menos tres de estos factores enunciados.

Para poder comprender el problema individual es necesario llevar a cabo una amplia investigación, no sólo del estado físico-mental del niño, sino también de todo su ambiente, incluyendo una comprensión íntegra de las influencias emotivas en el trato con su familia y sus compañeros y, además, qué influencia ejerce la forma como otros miembros en su familia se tratan entre sí.

ORGANIZACION DE LAS CLINICAS

Por esta razón hay que comprender que no es posible que un solo especialista pueda investigar todos estos factores y de allí parte la necesidad de establecer una clínica que encierre las técnicas combinadas del psiquiatra, el psicólogo y la trabajadora social entrenada en psiquiatría.

Clínicas de esta naturaleza se han establecido en varios países y los resultados de sus investigaciones y tratamientos merecen ser reconocidos y fomentados, no sólo —como hemos dicho antes— por su valor en el tratamiento individual sino, sobre todo, por su misión educativa y de investigación social; funciones que justifican plenamente el gasto de su sostenimiento.

INSTALACION DE LA CLINICA

Es necesario decir unas cuantas palabras sobre ciertas consideraciones prácticas que deberían observarse en el establecimiento de una clínica de este tipo, por ejemplo:

Debería haber dos salas de espera, una para niños en donde puedan jugar mientras esperan su entrevista, y otra para los padres, con el objeto de observar el comportamiento de estos niños fuera de la mirada vigilante de los padres. De esta observación se pueden obtener datos muy importantes acerca de la personalidad del niño, referentes a su iniciativa, sociabilidad, predilección por determinado juego, etc.

Debería haber una sala donde el psiquiatra pueda hacer sus exámenes físicos y psiquiátricos del niño.

Debería haber otra sala donde el psicólogo pueda hacer sus investigaciones y pruebas de inteligencia en condiciones adecuadas de silencio. Además, se requiere una oficina para el trabajo administrativo.

Por lo tanto, hay necesidad de tres o cuatro cuartos para poder instalar una de estas clínicas.

Con respecto a la localización de la clínica es necesario tomar en cuenta varios factores: es conveniente que la clínica se encuentre ubicada en el lugar más poblado de la ciudad, y se recomienda que tenga aspecto familiar, y no de hospital, para inspirar confianza al niño y evitarle ideas que deprimen.

No es fácil decir si es verdaderamente recomendable que la clínica forme parte de una escuela u hospital, pues, en el primer caso, tiende a identificarse con la escuela en la mente del niño y de sus padres y esto puede a veces constituir un obstáculo para el debido tratamiento. En el segundo caso, la asociación con el hospital establece relaciones con ideas de enfermedad que pueden ser muy perjudiciales. No obstante, cuando no hay facilidades para iniciar este servicio independientemente como sería lo ideal, se acepta su incorporación a la escuela o al hospital u otra institución.

Hasta donde sea posible se recomienda que la clínica de neuropsiquiatría con carácter de clínica de guía del niño, sea una agencia social que no esté sujeta a las limitaciones de otros establecimientos, porque necesita libertad de acción. Pero sí requiere que las diferentes agencias sociales le suministren los datos y la ayuda que necesita para poder cumplir con sus investigaciones.

EL FUNCIONAMIENTO DE LAS CLINICAS DE GUIA DEL NIÑO

Cuando algún niño en el hogar o en la escuela se porta en una forma difícil de manejar y los padres o la escuela consideran que el niño presenta un verdadero problema de comportamiento, que no saben cómo resolver sin la ayuda profesional de especialistas en este trabajo, informan del caso a la clínica para que lo estudie y resuelva en qué forma deberá tratarse al niño.

De preferencia la madre o el padre o la persona que los substituye, lleva al niño a la clínica. En esta primera entrevista, el psiquiatra observa la actitud entre el niño y sus padres de donde hace deducciones importantes sobre las relaciones existentes; interroga al niño sobre sus intereses, procurando alentar su plática y ganar su confianza. A veces es de interés observar que el padre no le permite suficiente libertad de opinión a su hijo y contesta por él.

El niño puede ser huraño, necio, insubordinado, bullicioso, atrasado o verdaderamente deficiente en mentalidad; pero en esta primera entrevista el psiquiatra se da cuenta de la actitud o del método que los padres adoptan hacia su hijo, y junta datos sobre su temperamento, carácter y el ambiente familiar. Por medio de esta entrevista el psiquiatra se entera del camino que hay que seguir para descubrir el origen del problema. Con este fin discute con el psicólogo y la trabajadora social acerca de la manera cómo han de empezar a in-

vestigar el caso en sus propios campos. Después de unos días, el niño vuelve a la clínica para su examen físico y mental, pues no sería oportuno hacerlos en la primera entrevista, antes de haber conquistado cierto grado de confianza. Mientras tanto, la trabajadora social habrá acumulado datos de importancia acerca del hogar y de la escuela.

Después de efectuados los exámenes del psiquiatra y del psicólogo, quienes emplean dos o tres entrevistas, y con los datos recogidos por la trabajadora social, estos tres investigadores se juntan en conferencia para exponer sus puntos de vista y discutir la forma de cómo proceder con el caso. Cuando se discute de esta manera el problema se define, surgen a la luz insospechados aspectos y todo el asunto adquiere cualidades de proporción y perspectiva.

Se discuten las posibilidades del tratamiento y se decide sobre un plan de acción. Estas conferencias tienen, además, otra función que es la educativa, porque a ella se permite la asistencia de personas que se están preparando para este trabajo.

Los datos que se necesitan para arrojar luz sobre el caso son muchos y muy variados, por lo que es imposible que una sola persona pueda reunirlos y dedicarles toda la atención y estudio que requieren; por esta razón es menester distribuir el trabajo.

El psiquiatra hace el examen médico y estudia las actitudes y tendencias mentales, las aspiraciones y los rencores que se revelen en las conversaciones terapéuticas con el niño.

El psicólogo hace las pruebas de inteligencia y descubre las habilidades mentales, las potencialidades y destrezas del niño.

La trabajadora social obtiene todos los datos del medio ambiente, incluyéndose los del hogar, la escuela, campos de deporte, de sus contactos sociales, etc. y hace una historia precisa de la familia. A ella corresponde vigilar que se cumplan las recomendaciones que aconseje la clínica. Además de estos elementos, se busca a veces la cooperación de una profesora especializada en la educación de niños que presentan problemas de aprendizaje escolar o defectos en el lenguaje, etc.

Habiendo hecho el diagnóstico, el tratamiento teórico ideal es conseguir que el niño comprenda sus propios procesos mentales para que pueda hacer su reajuste interno y externo conscientemente, bajo su propia voluntad. Esto no es fácil de realizar, pero a veces es posible lograr un nuevo arreglo de sus experiencias externas con la esperanza de que conduzcan inconscientemente a un reajuste en sus reacciones al nuevo ambiente. Por ejemplo, se pueden disminuir las irritaciones y tensiones del medio ambiente y proveer situaciones que desarrollen cualidades positivas.

Por último, existe la sugestión como un método que a veces da excelentes resultados en manos expertas.

El estudio de los niños que presentan problemas de comportamiento nos demuestra que existe una gran variedad de condiciones anormales, y que no es fácil afirmar el valor de estas condiciones como causantes, incidentales, o resultantes, y por esta razón es necesario estudiar cada caso plenamente y con

un criterio amplio, no impedido por rutinas o ideas preconcebidas, sino aprovechando la luz que cada colaborador pueda traer para la solución del problema. Este es el motivo debido al cual la organización de la clínica para guiar al niño necesita de la cooperación de las personas que hemos indicado, bajo la dirección de un psiquiatra entrenado en pediatría que sea jefe y coordinador de los trabajos.

CONCLUSIONES

Primera. Existe un gran número de niños que presentan problemas de comportamiento y que necesitan un estudio y tratamiento especial.

Segunda. El valor de este estudio no es sólo individual sino de interés social para evitar peligros y mayores gastos a la sociedad.

Tercera. Algunos de estos niños que constituyen un problema, demuestran rebeldía, que bien puede deberse a posible descontento por errores y males dentro de nuestra estructura social o del sistema educativo, los cuales requieren investigación.

Cuarta. Como los problemas de comportamiento demuestran factores de orden médico, psicológico y social, su estudio requiere la cooperación de un grupo de profesionistas en estas esferas, que comprendan estas diferentes fases para organizar la clínica de guía del niño.

COMO FUNCIONA LA SECCION PSICOLOGICA DEL TRIBUNAL PARA MENORES

Dr. ERNESTO GONZALEZ TEJEDA,
México, D. F.

VENCIENDO mil dificultades, encariñados con la obra y con el deseo vehemente de beneficiar a los chiquillos que han tenido la desgracia de llegar a los Tribunales de Menores, lentamente, pero sin retrocesos, sin desmayos, la Sección Psicológica de esa Institución ha venido mejorando su labor, hasta ponerla a la altura de las necesidades actuales, constituyendo su estudio, el principal documento sometido a la consideración de los jueces al resolver un caso de relativa importancia.

Aunque animados del deseo de laborar ampliamente y de no permanecer rezagados, hemos tropezado con escollos invencibles: disminución del presupuesto de los Tribunales de Menores en los últimos años, dando como resultado la supresión de plazas indispensables para la buena marcha de la institución; cambios frecuentes en la organización y funcionamiento de la Casa de Observación y de las Secciones; pobreza extrema de la institución que nos ha mantenido en condiciones precarias y, en nuestro caso, sin un gabinete de psicología experimental, siquiera modesto, no embargante nuestras reiteradas solicitudes en ese sentido, en varias ocasiones a punto de acordarse favorablemente y olvidadas al cambio de los elementos directivos, y hasta el carecer de local apropiado, pues contra lo requerido, nos vemos forzados a interrogar a los menores en un local donde trabajan al mismo tiempo varias personas, con resultados inciertos, poco valiosos e incompletos, por imposibilidad de ciertos interrogatorios y por inevitables distracciones del menor estudiado.

En 1927, al fundarse los Tribunales para Menores, la Sección Psicológica inició su labor, dedicándose sólo a efectuar mediciones mentales, aprovechando la Escala de Binet-Simón-Termann y obteniendo el cociente intelectual, tomando como divisor la edad cronológica verdadera. Cuando el menor pasaba de los 14 años y mientras más excedía de ellos el C. I. disminuía más y más, a tal punto que el resultado obtenido era en extremo desfavorable para la clasificación del menor y en desacuerdo con el retardo mental.

Posteriormente se amplió un tanto el dictamen de la Sección Psicológica, estudiando analíticamente las diferentes funciones mentales y superficialmente la afectividad, la actividad, así como el instinto sexual, como única manifestación instintiva.

SECCION PSICOLOGICA DEL TRIBUNAL PARA MENORES

En el último trimestre de 1980 se intentó reorganizar las Secciones Técnicas del Tribunal de Menores, intensificándose y orientándose la observación de los menores por estudiar y fundiendo en una las Secciones Psicológica y Médica, regidas por una jefatura, para que aquella aprovechara los datos obtenidos por ésta.

Con tal motivo sometió la Jefatura de la Sección Psicológica al Tribunal el programa para ampliación del estudio psicológico, que comprendería los siguientes puntos:

- a). Generales del menor.
- b). Antecedentes:
 - Hereditarios.
 - Personales.
 - Penales.
- c). Estudio del medio social en que ha actuado el menor.
- d). Valoración e interpretación de los datos médicos.

II

- a). Estudio analítico de las funciones intelectuales.
- b). Estudio de la afectividad.
- c). Estudio de la voluntad.
- d). Constitución mental del menor.
- e). Carácter y conducta.
- f). Estudio de las manifestaciones instintivas.
- g). Tendencias instintivas.

III

- a). Medición mental.
- b). Cociente intelectual.

IV

Diagnóstico psicológico.

- 1º Diagnóstico integral.
- 2º Pronóstico.
- 3º Tratamiento.

Además, de acuerdo con las conclusiones de psicólogos y pedagogos, especialmente reputados, fijó la Sección Psicológica como nivel de edad cronológica

CONCLUSIONES

MEMORIA DEL VII CONGRESO PANAMERICANO DEL NIÑO

gica la edad de 12 años para los que excedieran de esta edad, suscitando discusiones entre los jueces de los Tribunales, que al fin aceptaron esta importante modificación. Sin embargo, posteriormente volvió la inconformidad de algunos jueces y dos años después, poco más o menos, convocó el Tribunal a pedagogos, psicólogos y médicos para ver de fijar de una vez el límite del desarrollo mental. El suscrito, apoyado por algunos de los convocados, sostuvo la edad de 12 años, a fin de obtener uniformidad en el cociente intelectual; pero prefirió la asamblea, por no lograr ponernos de acuerdo, que se suprimiera el C. I. en nuestros estudios.

Desgraciadamente al año de iniciada esta labor, vino la reducción de personal, hasta el extremo, dejando sólo al suscrito, como único encargado de la Sección, para estudiar a todos los menores que lo requerían. Hube de hacer estudio psicológico completo exclusivamente en los casos de suma importancia y, en los restantes, conformarme con la medición mental.

Hasta el siguiente año se nombró un ayudante para encargarse de las mediciones mentales y al mismo tiempo, tras estudiar ampliamente el asunto, los Tribunales para Menores, de acuerdo con la Sección Psicológica, decidieron modificar el programa, ampliándolo, para lograr conocer más profundamente la personalidad psíquica de los menores.

A fin de hacer obra profiláctica y de reeducación, intentamos conocer integralmente al menor bajo sus aspectos intelectual, afectivo y volitivo, tendiendo a hacer psicología individual, para tratar a cada cual como más convenga y no sometiendo a todos a un tratamiento colectivo, disciplinario, rígido, que en general no da los resultados apetecidos y que en muchas ocasiones sólo torna al estudiado en hipócrita, anhelante solamente de recuperar su libertad, al menor descuido.

Para lograr este estudio, es básico someterlo previamente a una observación cuidadosa, metódica, continua y suficientemente prudente para que el menor no se percate de que es observado y proceda como lo hace habitualmente, mostrándose espontáneamente con sus cualidades y defectos propios. Desgraciadamente sobre esto hemos insistido desde hace cinco años sin haber logrado hasta hoy, por la escasez de personal, contar con un verdadero cuerpo de observadores adiestrados, cultos, y que puedan consagrarse durante el día y aun la noche a esta labor principalísima, por lo que nuestros dictámenes adolecen en la actualidad todavía de lagunas, y son en muchas ocasiones deficientes.

Además de los escasos datos que la incipiente observación nos suministra, para tener conocimiento menos superficial de la manera de proceder del menor, estudiamos e interpretamos su vida a través del estudio social que en muchos casos carece de datos de interés, por razones análogas a las antes apuntadas, dejándonos sin conocer muchas de las causas primordiales que seguramente lanzaron al menor por un camino equivocado y que a la larga lo condujo al Tribunal para Menores.

Orientado ya por estos datos del medio social, interrogamos al menor ampliamente, ahondando en sus aficiones, en sus juegos, en sus amistades y principalmente en todo lo que pudo influir para hacerle caer en errores de

conducta y hasta en delitos, dándonos cuenta al mismo tiempo de la ética que posee, de su discernimiento y de la mayor o menor discriminación que tiene.

Una vez estudiado el medio ambiente hasta donde es posible, procedemos a conocerle íntimamente a fin de sorprender los factores endógenos que en él privan y que lo impelen a descarriarse; y uno de los primeros datos que nos urge, es conocer el desenvolvimiento de sus facultades intelectuales para poder clasificarlo como clásicamente se ha hecho en los diferentes grados, desde el superdotado hasta el imbecil o idiota pasando por la normalidad.

No es mi intención aquí extenderme sobre los datos histológicos o fisiológicos del desarrollo cerebral; pero sí debo recordar que el cerebro va completándose y perfeccionándose a medida que avanza en edad el menor para llegar casi a su madurez a la edad de 7 u 8 años; completándose definitivamente alrededor de los 12 años; posteriormente, aunque el cráneo siga creciendo, ya no se modifican las neuronas, completamente perfeccionadas, y sí sólo aumenta la neuroglia que separa esas células aumentando así el volumen cerebral. Principalmente el cráneo aumenta en muchas ocasiones sólo debido al engrosamiento de la caja ósea y del cuero cabelludo.

Este perfeccionamiento del cerebro que se hace paulatinamente y con cierto ritmo, es susceptible de detenerse en cualquier momento de su evolución por causas patológicas, dejándolo imperfecto y determinando un déficit en sus funciones, la mayor parte de las veces completamente incurable o a lo sumo en muy escasa parte. La detención en la evolución cerebral determina los diferentes grados del déficit intelectual y ateniéndonos a las conclusiones del primer Congreso General del Niño reunido en Ginebra en 1925, clasificamos como imbeciles a los que sólo alcanzan un nivel de 7 años y como débiles mentales a los que no llegan a 10 años, siempre que los estudiados sean de más de 10 años; cuando exceden de 12 años sin alcanzar este nivel los consideramos simplemente como atrasados mentales.

Para conocer el nivel mental de cada menor aplicamos las Escalas Métricas de la Inteligencia Global, adaptadas de la de Binet, y aquí, desde hace cuatro años, estamos aplicando la adaptación hecha por el Dr. Santamarina de la Escala de Binet Simon y en ocasiones también hemos recurrido a las Escalas de pruebas homogéneas como la de Descoeudres, de tests parciales de lenguaje, con la que también hemos obtenido resultados semejantes a la anterior.

Seleccionados y agrupados, según los resultados obtenidos por las escalas mencionadas, procedemos a hacer el estudio analítico de las diferentes funciones intelectuales, recurriendo a diversos tests que mencionaré al indicar el programa que en la actualidad seguimos y que debo decir honradamente que en muchos casos no podemos aplicar con todo el rigor científico indispensable, por carecer a veces de material y, principalmente, por no haber podido hasta la fecha, por insuficiencia de personal, hacer estudios estadísticos aplicando tests graduados (desde los más fáciles hasta los más difíciles), de acuerdo con las edades cronológicas de los menores en estudio; pues hasta la fecha estamos aplicando los mismos a todos los menores sin tener en cuenta su edad. Esperamos, con visos de certeza, que para el año entrante se podrá trabajar en

mejores condiciones por el aumento proyectado en el personal de esta Sección y para entonces iniciaremos esta reforma completamente indispensable y que nos dará seguramente un justo conocimiento de las diferentes funciones intelectuales, pues contaremos para ello con escalas diferentes de cada test.

Los procesos afectivos y volitivos los habremos sorprendido a través del interrogatorio directo del menor apoyado en los datos del estudio social y de la observación y tras interpretar su conducta, tanto en la libertad como en la reclusión.

Para fundar convenientemente el pronóstico, nos urge conocer la constitución mental del menor y por ello estudiamos detalladamente su manera de reaccionar ante los diferentes estímulos de la vida, su modo de proceder habitual, sus características propias que le dan personalidad, hasta llegar a concluir si ésta es normal o anormal, y en tal caso, haciendo la clasificación debida. Este dato es de gran importancia para el futuro del menor, pues según su constitución podrá orientársele útilmente, encauzándole convenientemente y aprovechando sus mismas inclinaciones y tendencias innatas, y en no pocos casos podrá, si la constitución mental está muy exaltada, procurar colocarlo en condiciones propicias, a tal punto, que no llegue a caer en lo patológico generando en verdadera psicosis.

El programa a que estamos sujetando los estudios psicológicos de los menores, es el siguiente, que expondré ampliamente y con algunos comentarios:

GUIA PARA LA FICHA PSICOLOGICA

FICHA PSICOLOGICA

Nombre del menor:

Exp.:

Juez:

I

INSPECCION

Actitud:

Postura:

Fisonomía:

Mímica:

Facies:

ESTUDIO ANALÍTICO

Funciones intelectuales

ATENCIÓN: Pasiva:

Esta se investigará aprovechando sucesos casuales que puedan ocurrir en presencia del menor, o provocados por el examinador voluntariamente.

Activa:

Se investigará principalmente por los tests (a) de Bourdon: tachando de una o más letras, en hoja donde estén distribuidas sin orden 500 letras.

A veces, por escasa comprensión, se observarán errores en los primeros renglones, siendo después correcto el resultado; pero otras veces se observará el fenómeno contrario, lo que revelará debilitamiento de la atención por fatigabilidad o por no ser sostenida la atención.—El grado de debilitamiento nos lo indicará el tanto por ciento de errores cometidos al tachar las letras reactivos.

Este test puede consistir para los analfabetas en, (b) signos, figuras geométricas o en cuadrados con un rasgo que emerge de distinto ángulo (test de Tabulouse y Pieron). (c) de Krapelin: sumas de números, arreglados en 10 columnas, y con un total de 350 cifras. (d) De comparación de láminas, muy poco diferentes.

MEMORIA: Retrograda:

La investigaremos mediante el interrogatorio sobre hechos pasados, lejanos y recientes. Las respuestas que obtengamos nos darán cuenta, además, del tipo de memoria: preponderante (visual, auditivo o ideativo).

Anterógrada:

La determinaremos investigando su poder de fijación, de conservación y de evocación, interrogando para ello sobre hechos y pruebas verificadas días u horas antes.

a). Mostrar al menor una serie de cartulinas con dibujos de diferentes animales y objetos diversos, durante un segundo cada uno, para que después nos diga qué animales y objetos le presentamos. Anotaremos el número de omisiones y el tiempo empleado.

b). Leer despacio y claramente una serie de palabras, sin sentido lógico, que el menor deberá repetir, anotando el tiempo empleado y el número de errores.

c). Recitar series de cantidades, de mayor o menor número de cifras, teniendo en cuenta la edad del menor y debiendo éste repetirlas, al terminar el enunciador.

1). Test de reconocimiento: mostrar al menor, en cartulinas separadas, algunos objetos o animales que deberá reconocer en una hoja donde se encontrarán mezclados con otros que no se le mostraron.

IMAGINACIÓN:

a). Test de descripción de estampas (Binet).

b). Tests de manchas de tinta (Rorschach).

c). Construcción de dibujos.

d). Relatos por el menor de algún cuento o de una película que haya presenciado.

ASOCIACIONES:

19 Podemos investigarlas por la Prueba de Heilbromer, que consiste en mostrar al estudiado la serie de los dibujos de Heilbromer, empezando por el más esquemático y apuntando fielmente las respuestas.

20. Usar una serie de palabra estímulo, para que el estudiado, tan pronto como nosotros las digamos, nos conteste la primera palabra que se le ocurra, anotando fielmente las respuestas para analizarlas después, así como el tiempo de reacción.

Se emplean generalmente cinco series de diez palabras, seleccionadas de antemano, y se toma el tiempo con un cronógrafo que mida quintos de segundo. Después de pronunciada la palabra estímulo, la iniciación de la respuesta normal es entre 6 y 12 quintos de segundo. Cuando la respuesta se inicia hasta los 4 segundos, revela un estado emocional y complejo, y si no hay respuesta después de 30 segundos, se considerará como ausencia de ella.

Analizando las respuestas podemos encontrar:

a). Asociación por

b). Asociación por

c). Asociación por

d). Asociación por

e). Asociación por

f). Asociación por

g). Asociación por

h). Asociación por

i). Asociación por

j). Asociación por

k). Asociación por

l). Asociación por

m). Asociación por

n). Asociación por

o). Asociación por

p). Asociación por

q). Asociación por

r). Asociación por

s). Asociación por

Coordinación, causal, utilidad, oposición.

Coexistencia, sinonimia, coincidencia.

Complementación fonética, rítmica.

SECCION PSICOLOGICA DEL TRIBUNAL PARA MENORES

d). Absurda.

e). Escasez y ausencia.

Del análisis de las respuestas y del tiempo en que se inician, se desprende la existencia de complejos, cuando:

a). Hay retardo de más de 4 segundos.

b). Ausencia de respuesta.

c). Reacción absurda.

d). Repetición de palabras contestadas, al repetir la prueba.

COMPRENSION:

Apreciación general.

Concreta: Test de acomodación de tarjetas.

Abstracta: Definiciones de Binet.

JUICIO Y RAZONAMIENTO:

a). Prueba de las frases absurdas.

b). Test de las definiciones, sus distintos grados (Binet).

c). Prueba del complemento de (Ebbinghaus).

d). Prueba de los cartones, (Ziehen). Ordenar una frase, cuyas palabras componentes están escritas en cartones por separado, y revueltas.

e). Prueba de las tres palabras determinadas (Masielon). Construcción de una frase en que figuren tres palabras determinadas.

f). Estudio de la perspicacia lógica (Toulouse y Vaschide). Someter al examen tres series de seis silogismos, para que se determine cuáles son exactos y cuáles inexactos.

g). Estudio de la invención lógica (Toulouse y Vaschide). Consistente en presentar al estudiado, parejas de premisas silogísticas, de las que debe obtenerse una conclusión lógica, ordenadas en tres series de seis.

HABILIDAD:

Test de soluciones prácticas.

Apreciación general.

COMBINACION:

Test de juegos de "puzzle".

Apreciación general.

ORIENTACION:

Auto y alopsíquica (crono y topopsíquica).

AFECTIVIDAD:

Sentido moral (usar juicios según los datos que se tengan del menor, tanto de observación directa, en la casa, como de observación indirecta).

Sinceridad: Verídico, mentiroso, cínico, hipócrita.

MEMORIA DEL VII CONGRESO PANAMERICANO DEL NIÑO

SENTIMIENTOS:

Sobre sí mismo: egoísmo, pudor, vanidad, dignidad.

Familiares: cariño, sumisión, rebeldía, animadversión.

Extrafamiliares: sociabilidad, filantropía, deseo de imponerse.

EMOCIONES:

Pasiones: (indicar si existe alguna dominante y sus características.)

VOLUNTAD:

Débil, sugestionabilidad, impulsibilidad, terquedad, firmeza, etc.

PALABRA Y LENGUAJE:

Palabra:

Alalia.

Dislalia por:

Ritmo (taquilalia, bradilalia).

Timbre (monótono, bitonal, infantil, eunucoide).

Pronunciación (tartaleo, explosiva, sacudida, silbante, titubeante, gan-gosa, balbuciente).

Lenguaje:

Carencia, mímico, interjeccional, onomatopéyico, ecolálico, coprolálico, oligolálico, neologista.

Síntesis e interpretación.

III

ESTUDIO SINTETICO

Desarrollo mental

a). Escala de Binet Simon (adaptación del Dr. Santamarina).

b). Tests parciales de lenguaje de A. Descoeurdes (adaptación de la profesora L. Alva y del Dr. Santamarina).

Edad cronológica, edad mental, cociente intelectual.

Para obtener el C. I., tomaremos como nivel medio del desarrollo mental la edad de 12 años, en los menores que excedan cronológicamente de esta edad.

CONCIENCIA Y SUBCONCIENCIA:

Complejos dominantes: de inferioridad, de abandono, sexuales, etc.

CARAOTER Y CONDUCTA

Tipo de carácter:

Introverso.

SECCION PSICOLOGICA DEL TRIBUNAL PARA MENORES

Extravertido.

Mixto.

Predominancia afectiva (alegre, triste, indiferente, afable, cruel, tímido, audaz).

Predominancia volitiva (codicioso, generoso, obediente, insubordinado, rencoroso).

Intelectual o mixta.

Actividad.

Inestabilidad.

Pasividad.

REACCIONES INSTINTIVAS

Indicando la intensidad y particularidades de los importantes, en el caso.

Individualistas:

Nutrición.

Conservación.

Propiedad.

Defensa.

Lucha.

Auto-assertiva.

Sociales:

Amor a la aprobación.

Gregario.

Cooperación.

Simpatía.

De reproducción:

Paternal.

Sexual.

De desarrollo

y evolución:

Imitación.

Juego.

Curiosidad.

Relativo al ambiente:

Emigración.

Coleccionista.

TENDENCIAS INSTINTIVAS SUPERIORES

Éticas.

Culturales:

Estéticas:

Religiosas:

INTERESES EN CONCRETO

Subjetivos:

Objetivos:

Integrales:

Relación entre los intereses y el desarrollo fisiológico.

HABITOS

Útiles: Cortesía, aseo, laboriosidad, veracidad, etc.

Nocivos: Hipocresía, ingratitud, egoísmo, etc.

Vicios: Holganza, vagancia, hurtos, juegos, prácticas sexuales viciosas.

Usar los datos de observación directa y de interrogatorio directo, así como de los contenidos en el estudio social.

EVOLUCION DE LA CONDUCTA

Interpretación psicológica considerando: Factores hogareños.
Factores del medio social.
Factores endógenos

INFLUENCIA DEL ESTADO SOMATICO SOBRE EL PSIQUISMO

Juzgando: Endocrinopatías.
Encefalopatías.
Herencia.

CONSTITUCION MENTAL

a). Normal: Esquizoide.
Hiperemotiva.
Mitómana.

b). Anormal: Paranoide.
Amoral.
Cicloide.
Epileptoide.

IV

DIAGNOSTICO

Comprenderá lo siguiente:

El menor es anormal, subnormal, normal, supra-normal.....
Sufre de taras hereditarias
Y padece de o es sano
Con idiocia, imbecilidad, debilidad mental, retardo mental, psiquismo normal o adelanto mental
Y con cociente intelectual de
Presenta deficiencias notables de (memoria, atención, etc.)

SECCION PSICOLOGICA DEL TRIBUNAL PARA MENORES

o exaltación de (memoria, atención, etc.)
Su personalidad se caracteriza por
Trastornos de predominancia afectiva volitiva
Que le dan características de constitución mental

PRONOSTICO

Educabilidad, peligrosidad, etc.

TRATAMIENTO

Higiénico:
Terapéutico:
Pedagógico:
Ortopédico mental:
Higiénico mental:
Orientación vocacional:

Tal es la labor que venimos realizando, aunque no siempre en su integridad por los motivos antes apuntados: personal insuficiente, carencia de local apropiado para el estudio de los menores, falta de gabinete de psicología experimental y hasta adiestramiento suficiente del personal, animado de muy buena voluntad, ansioso de superarse, pero todavía con escasa práctica y mal remunerado.

Sin embargo, esperamos confiadamente que con el nuevo año, se iniciará una época floreciente para el Tribunal de Menores, dando cima a los proyectos que desde antaño venimos acariciando y que contaremos entonces seguramente con una verdadera Sección, dotada de personal suficiente, de local adecuado y de un gabinete de psicología experimental, modesto pero bastante para nuestras necesidades de investigación.

CONCLUSIONES

El estudio psicológico de los menores asilados en el Tribunal de Menores, está llamado a ser el documento más valioso, para que los señores jueces de esa Institución resuelvan los casos con todo acierto y en mayor beneficio del menor, por lo que debe aumentarse el personal de la Sección Psicológica y dotarla de útiles suficientes, a fin de que se estudien todos los menores.

Para lograr estudios más completos y útiles, debe dedicarse a personas preparadas y cultas a la observación escrupulosa y metódica de los menores, durante el tiempo necesario, y según la orientación e indicaciones de la Sección Psicológica.

La Sección Psicológica valora e interpreta los factores de orden social y médico que contienen los estudios respectivos, y basa en ellos algunas de sus conclusiones.

El estudio psicológico da la edad mental e indica el desarrollo que alcanzan en el menor las diferentes funciones intelectuales. Estudia las manifestaciones afectivas y volitivas, ahondando en el estudio del carácter, de las reacciones instintivas, de los hábitos, sorprendiendo los complejos que puedan existir, y dictamina sobre la constitución mental del menor. Concluye haciendo el diagnóstico integral del menor, fundando el pronóstico sobre todo en lo que atañe a educabilidad y peligrosidad, e indicando el tratamiento, sobre todo en lo relativo a ortopedia e higiene mental, así como en lo concerniente a orientación vocacional.

BIBLIOGRAFIA:

- Aguilar Jordán J.—Fisiología Infantil, Normal y Patológica.
 Boder. Prof. David P.—La Escala de Binet Simon-Terman, en su adaptación provisional para México.
 Claparède. Dr. E.—Cómo diagnosticar las aptitudes de los escolares.
 González. Dr. José de Jesús.—Los niños anormales psíquicos.
 González. Tejeda Dr. Ernesto.—Delincuencia Infantil y Debilidad mental.—
 Revista Mexicana de Psiquiatría, Neurología y Medicina Legal.
 Juarres. Dr. César.—Diagnósticos y Tratamientos Psiquiátricos de Urgencia.
 M. Dide y Guiraud.—Psiquiatría del Médico Práctico.
 Santamarina. Dr. Rafael.—Escala Métrica de la Inteligencia Binet Simon, adaptada para niños mexicanos, 1933.
 Secretaría de Educación Pública.—El esfuerzo educativo en México.—(1927-1928.)

NOTA SOBRE EL FUNCIONAMIENTO DEL DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA INFANTIL DEL MANICOMIO GENERAL DE MEXICO

Dr. ALFONSO MILLAN,
Dra. MATILDE RODRIGUEZ CABO,
México, D. F.

AL presentar a la consideración de ustedes, señores miembros de la Sección de Asistencia y Servicio Sociales y Legislación del VII Congreso Panamericano del Niño, la presente nota sobre el funcionamiento del Departamento de Psiquiatría Infantil, del Manicomio General, nos guía principalmente el deseo de exponer lo que se está haciendo en aquella Dependencia que servimos, en pro de los niños que por sus afecciones neuro-psiquiátricas, han menester de las atenciones de la Beneficencia Pública de México, Institución a la cual está encomendada la asistencia social de los enfermos indigentes de la Capital de la República y del país mismo.

Orientación general.—Desde hace tiempo hemos pensado y puesto en práctica, en el Manicomio General, único establecimiento del país para la atención oficial de enfermos mentales, las siguientes ideas generales: Desde el punto de vista social e independientemente de los factores etiopatogénicos específicos a cada caso, el alienado es tal en virtud de que no puede llevar, en el seno de la sociedad, una conducta o comportamiento adaptados a la vida en común. De esa vida en común, uno de los caracteres más importantes es la necesidad de trabajar, de tal manera que podemos considerar el trabajo como una característica de la sociedad y como una función muy importante del hombre que vive en sociedad. Estimamos que el trabajo, aparte de esa importancia social, tiene, desde el punto de vista biológico, una importancia igualmente grande, así se le estime como carácter sexual secundario de la especie humana o pura y simplemente como actividad indispensable, a la misma especie, en la lucha por la vida. En virtud de lo anterior, hemos intensificado el trabajo de los enfermos mentales internados en el Manicomio, intentando una readaptación social que, sin olvidar las circunstancias clínicas específicas a cada caso individual, recapacite al enfermo para la vida social. En efecto, no sólo tomamos en consideración los aspectos anteriores del trabajo, sino que, en las condiciones en que lo aplicamos como terapéutica, a nuestros enfermos, facilitamos, a nuestro entender, la creación o mejor la reinstalación de nociones tales como la responsabilidad, el respeto a los

MEMORIA DEL VII CONGRESO PANAMERICANO DEL NIÑO

derechos de los demás, la sumisión a un jefe de grupo o profesor, etc., elementos todos, que son necesarios fundamentalmente para la vida en sociedad.

Por otra parte, un estudio clínico minucioso debe ser practicado, comprendiendo los aspectos médico general, psicológico, físico completo, de laboratorio, etcétera, de tal manera que nuestras historias clínicas consideren absolutamente todos los aspectos que puede ofrecer a la consideración del médico y del alienista la personalidad humana. Pensamos así hacer de la Neuro-Psiquiatría, realmente una ciencia, abandonando los caminos del estudio mental más o menos exclusivo e integrando, en su orientación práctica, a la neuropsiquiatría a su verdadero sendero de ciencia biológica.

Las anteriores ideas generales se ponen en práctica en el Departamento de Psiquiatría Infantil del Manicomio, de la siguiente manera y con los siguientes elementos:

Consta dicho Departamento de dos pabellones totalmente separados y que contienen todos los servicios materiales indispensables cada uno, tales como dormitorios, comedores, salas de baño, patios, salas de curaciones, etc. De estos servicios se acompañan planos a la presente comunicación. Existe, además, un campo de trabajos de hortaliza y de deportes, actualmente en ampliación para la cría de gallinas y conejos y del cual se acompaña también un plano. Los servicios de laboratorio de Análisis Clínicos y de Anatomía Patológica, muy amplios y suficientes, lo mismo que los de Cirugía General, Infecciosos, Farmacia y Fisioterapia, son los mismos del establecimiento general, que consta de más de 25 construcciones separadas por jardines, de tal manera que cualquier enfermito puede ser trasladado al servicio que su estado aconseje y tiene a su disposición también en el servicio respectivo, algunos tratamientos fisioterápicos, así como los análisis que se ameriten para su estudio completo. Digamos, por último, que las cocinas generales del establecimiento pueden facilitar los regímenes alimenticios que se ordenen en la atención de los enfermos y que todos los servicios administrativos están centralizados en el establecimiento, de tal modo que en los pabellones ni se lava ni se cocina.

A pesar de que en principio el Manicomio General sólo recibe enfermos, niños o adultos, en función de su alienación mental y de su peligrosidad, tomando en consideración que es el único establecimiento oficial de la República, se reciben en el Departamento de Psiquiatría Infantil, enfermitos puramente neurológicos, por ejemplo, o débiles y retardados mentales, que quizá debieran internarse en establecimientos especiales. Justamente la existencia de un buen número de estos últimos, ha hecho necesario el funcionamiento de una Escuela para Niños Anormales, en el mismo Departamento de Psiquiatría Infantil. Dicha Escuela al frente de la cual se encuentran, como colaboradoras del médico jefe del Servicio, cinco profesoras especializadas, presta muy eficaces servicios en la aplicación práctica de las ideas generales expuestas al principio de esta nota y sus actividades se pueden resumir en los siguientes aspectos:

- I. Ortopedia Mental.
- II. Educación Sensorial.
- III. Gimnasia Rítmica, Ortofrénica y Correctiva.

IV. Instrucción General y

V. Educación Ética y Social.

Para realizar sus trabajos, las profesoras hacen, en lo posible, con diferentes pruebas individuales o colectivas y bajo la dirección y orientación del médico jefe del Servicio, una selección de los enfermos, que tiende a buscar los procedimientos aplicables a cada uno. Dichos estudios tienen como objetivos principales encontrar la capacidad mental de cada uno y la posibilidad de recuperación social y mental del caso estudiado. Forman así algunos grupos muy poco numerosos y lo más homogéneos posibles de alumnos, a los cuales aplican los procedimientos psico-pedagógicos más adecuados. Los grupos para cada profesora son así, como máximo, de 15 a 20 alumnos. Se trabaja la mayor parte del tiempo al aire libre y se confiere a la música una gran importancia, para lo cual se dispone de dos acompañantes de piano.

En resumen, la Escuela para Niños Anormales presta enormes servicios al médico jefe del Servicio, responsable del tratamiento de los enfermos, y con su funcionamiento se han podido clasificar en tres grupos, a saber:

A. Enfermos ineducables e inmodificables, entre los cuales figuran niños con graves e irreparables trastornos orgánicos o idiotas e imbeciles profundos.

B. Grupo de enfermos que se recuperan poco con tratamiento médico intenso y que también han podido ser reeducados o readaptados, aunque en pequeña medida, la suficiente para ser empleados en pequeños trabajos del mismo pabellón; y

C. Enfermos que se recuperan bastante desde el punto de vista del rendimiento social y que pueden abandonar el establecimiento permaneciendo en él algunos de ellos, debido a la ausencia de servicios sociales eficaces en nuestro país, para continuar la vigilancia extra-nosocomial.

Desde el punto de vista del trabajo aplicado como terapéutica, ya dijimos que los enfermos disponen de un campo de hortaliza, anexo al campo de deportes, en el cual se están haciendo ampliaciones necesarias para que puedan también dedicarse a la cría de gallinas y de conejos. Dicho campo es bastante amplio y los enfermitos están en pleno sol, disponiendo ahí mismo de algún salón rústico, para clases, etc. También, en los mismos pabellones existen salones equipados con lo indispensable para la manufactura de tapetes, costuras y algunos artículos de juguetería. Agreguemos que se concede importancia también a las manifestaciones artísticas de los enfermitos, facilitándoles el dibujo, la pintura, el decorado, etcétera.

Como se ve por lo anterior, la historia clínica de un enfermito en el Manicomio General, está constituida no solamente por el estudio médico, físico y de laboratorio completos, sino que figura en ella muy importantemente el estudio psicológico realizado por profesoras especialistas. El todo se realiza bajo la responsabilidad y dirección del médico jefe del Servicio, que lleva expedientes individuales a los enfermos, bastante completos. Agreguemos que todos los trabajos se hacen con niños y niñas juntos, realizando una coeducación que es notablemente favorable.

MEMORIA DEL VII CONGRESO PANAMERICANO DEL NIÑO

Desde el punto de vista del personal, el Departamento de Psiquiatría tiene un médico jefe del Servicio. Cada pabellón tiene una enfermera primera, otra segunda y 10 vigilantes de enfermos, más una afanadora. Dicho personal está permanentemente en el servicio, saliendo de descanso por turnos de escalafón. La Escuela para Niños Anormales, cuenta con cinco profesoras especializadas y dos acompañantes de piano, trabajando por turnos matutinos y vespertinos.

He aquí una estadística del movimiento de enfermitos durante el presente año, comprendiendo entradas y salidas, lo mismo que diagnósticos:

SECCION DE NIÑAS

EXISTENCIA ACTUAL

Diagnósticos de las asiladas:

Grupo de Oligofrénicas: de etiología heredoalcohólica, heredolúética o mixta:

Idiocia.	7	
Idiocia y epilepsia.	3	
Imbecilidad.	2	
Imbecilidad y epilepsia.	3	
Debilidad mental.	6	
Debilidad mental y epilepsia.	1	
Retraso mental.	2	
	24	24

Otros diagnósticos:

Epilepsia esencial.	7	
Síndromes postencefalíticos diversos.	3	
Esquizofrenia catatónica.	1	
Enfermedad de Little.	1	
Corea.	1	
Histeria.	1	
	14	14
TOTAL DE ASILADAS.		38

DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA INFANTIL

SECCION DE NIÑOS

EXISTENCIA ACTUAL

Grupo de oligofrénicas; de etiología heredoalcohólica, heredolúética o mixta:

Idiocia.	9	
Idiocia con epilepsia.	6	
Imbecilidad.	8	
Imbecilidad con epilepsia.	10	
Debilidad mental.	9	
Debilidad mental con epilepsia.	3	
	45	45

Otros diagnósticos:

Epilepsia esencial.	2	
Epilepsia Jacksoniana.	1	
Síndromes esquizofrénicos.	2	
Meningoencefalitis difusa, sifilítica (P. G. P. infantil?)	1	
	6	6

TOTAL DE ASILADOS. 51

SECCION DE NIÑAS

Cuadro estadístico, teniendo en cuenta el diagnóstico. (Ingresos al establecimiento y altas a solicitud de los familiares.)

Meses.	Núm. de ingresos.	Diagnósticos.	Altas.	Diagnósticos.
Enero.	0		1	Oligof. (Imbecilidad.)
Febrero.	2	Psicosis Parkinsoniana, 1. Síndrome post-encefálico, 1.	1	Oligof. (Debilidad mental.)
Marzo.	0		0	
Abril.	1	Epilepsia esencial.	0	
Mayo.	1	Epilepsia esencial.	1	Psicosis Parkinsoniana.
Junio.	0		0	
Julio.	4	Epilepsia esencial, 2. Oligofrenia. (Débil mental, 1; imbecil, 1.)	0	
Agosto.	1	Epilepsia esencial.	1	Epilepsia esencial.

MEMORIA DEL VII CONGRESO PANAMERICANO DEL NIÑO

SECCION DE NIÑOS

Cuadro estadístico, teniendo en cuenta el diagnóstico. (Ingresos al establecimiento y altas a solicitud de los familiares.)

Meses.	Núm. de ingresos.	Diagnósticos.	Altas.	Diagnósticos.
Enero.	1	Epilepsia esencial.	1	Epilepsia esencial.
Febrero.	3	Epilepsia esencial, 2. Oligofrenia (tipo imbecilidad), 1.	0	.....
Marzo.	2	Epilepsia, 1. Oligofrenia por heredo alcoholismo, 1.	1	Sífilis cerebral heredada.
Abril.	1	Retraso mental. (Heredo-sífilis.)	0	.....
Mayo.	2	Epilepsia esencial, 1. Oligofrenia por encefalopatía infantil dif.	0	.....
Junio.	2	Epilepsia, 1. Perverso cons.		
Julio.	5	Epilepsia, 1. Oligof. (débil mental), 3. Constitución esquizoide, 1.	1	Epilepsia esencial.

Para terminar, señalemos que el Departamento de Psiquiatría Infantil del Manicomio, data de relativamente poco tiempo y que se ha necesitado ir adaptando elementos materiales y técnicos, poco a poco, ya que dicho Departamento es una dependencia de un establecimiento para adultos, muy grande y cuyas funciones son múltiples. A pesar de que estamos seguros de haber realizado lo máximo, dentro de las posibilidades materiales, estamos seguros también de que la Beneficencia Pública no disminuirá sus esfuerzos por acrecentar esa labor, de la cual deseamos que llegue a satisfacer las necesidades sociales de nuestro país.

SUMMARY

The authors of this short note upon the functioning of the Department of Child Psychiatry wish to emphasize, from the beginning, that all of the work in that division has been undertaken with two considerations in view: first, the great importance which is placed upon work as a method of social readaptation, secondly, the complete study of each child which includes not only a medical examination but psycho-neurological as well, supplemented by further laboratory and clinical studies. The general plan of organization in this department does not differ materially from that approved by established and modernized institutions

DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA INFANTIL

the world over. Our work was complicated from the beginning by the fact that the Asylum did not have special facilities for children and it was necessary to re-adapt many of the methods already in use for adults.

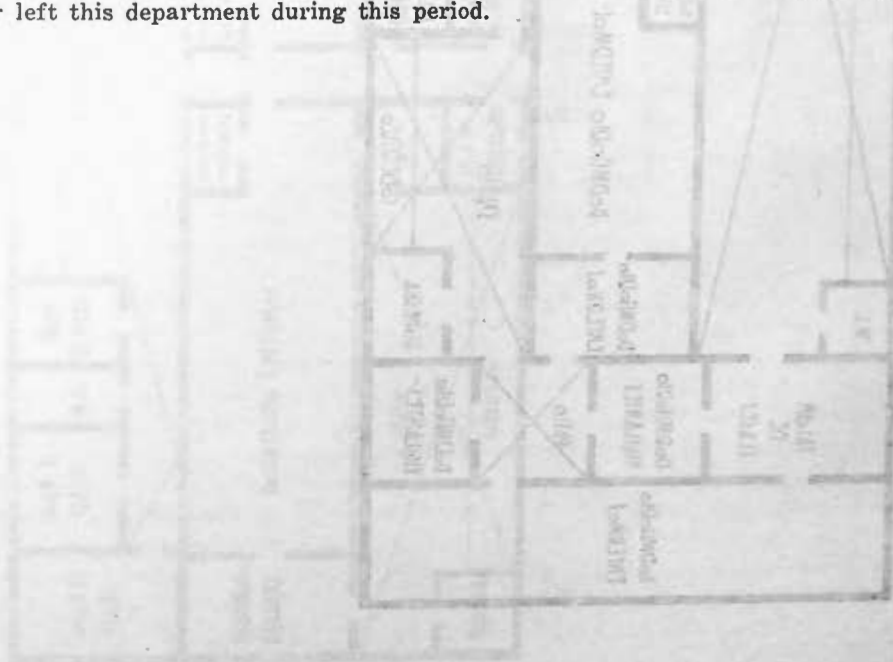
The department at present has two buildings, one for girls and another for boys (see plan), with complete facilities. In addition there is an orchard for horticultural work (see plan) and a playground nearby.

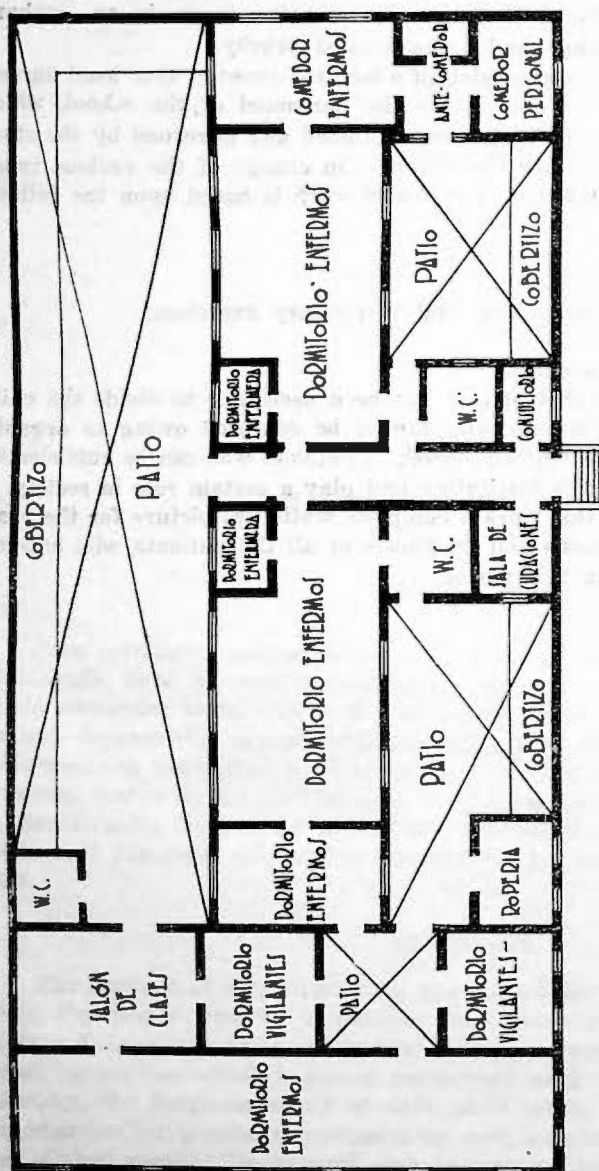
The children are under the supervision of a medical director, four head nurses, and twenty assisting nurses, in addition to the personnel of the school, which is essentially a vocational school for the weak-minded and governed by the staff which is customary here. There are five teachers in charge of the various types of vocational work, and two pianists. The school work is based upon the following plan:

1. Mental hygiene.
2. Sensory education.
3. Rhythmic gymnastic, corrective and respiratory exercises.
4. General instruction.
5. Ethical and social instruction.

In order to proceed with this plan it has been necessary to divide the children into three groups: 1. Patients who cannot be educated owing to organic lesions; 2, patients who can be slightly cured; 3, patients who can be sufficiently improved to eventually leave the institution and play a certain role in society.

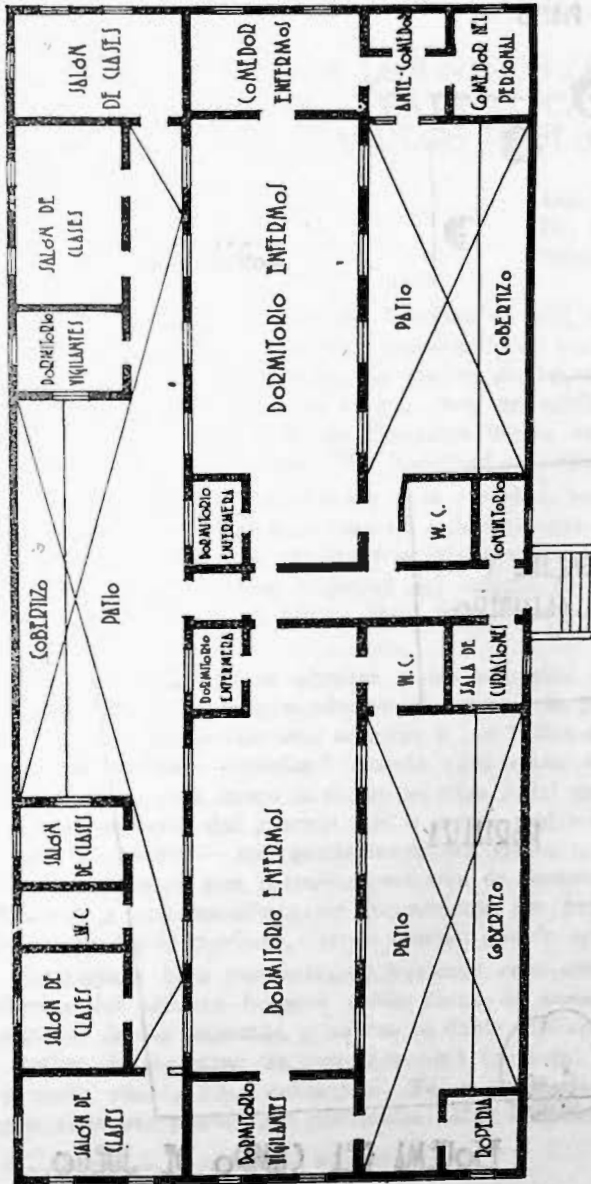
The authors include with this work a complete statistical picture for the year 1935, together with the diagnosis and prognosis of all the patients who entered or left this department during this period.





PLAN O • ISQUERMATICO • DIL • PABILLON
PADA • NIÑOS • IN • IL • MANICOMIO -
GENERAL MIXCOAC D.F.

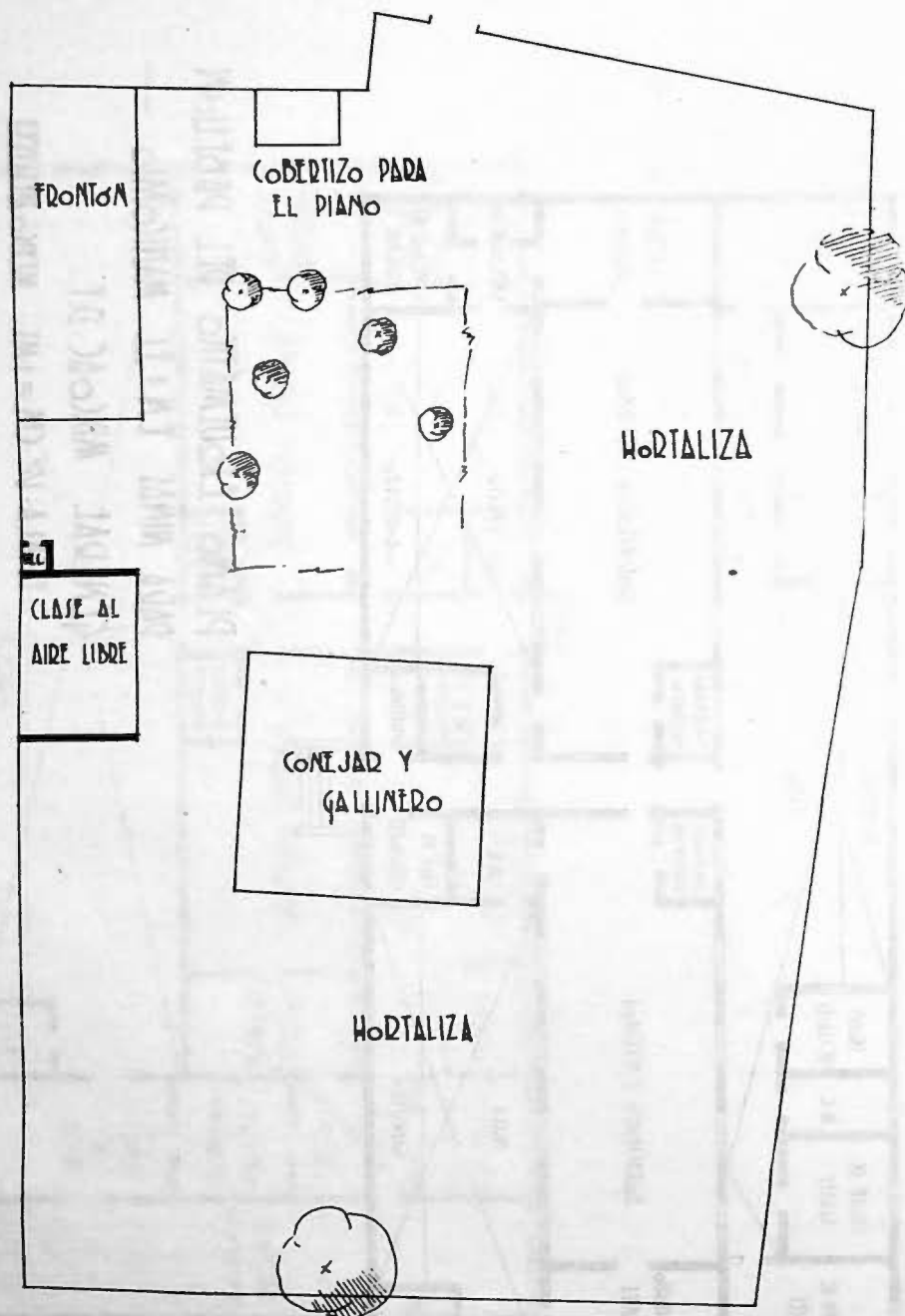
FILED - OCT 1967



PLANO ESQUEMATICO DEL PABELLON
PARA NIÑAS EN EL MANICOMIO —
GENERAL MIXCOAC D.F.

ESCALA: 1/2 CM. = 1 M. MEDIO METRO

MEMORIA DEL VII CONGRESO PANAMERICANO DEL NIÑO



ESQUEMA DEL CAMPO DE JUEGO

PROTECCION A LOS NIÑOS QUE TRABAJAN EN LOS CIRCOS, TEATROS, CARPAS Y DEMAS ESPECTACULOS PUBLICOS (1)

Lic. EDUARDO VILLARREAL,
Dr. ENRIQUE F. MEYER,
México, D. F.

UN enorme policía londinense, la mano en alto, erguido cuanto le es dable y con una sonrisa placentera iluminando su rostro bonachón, interrumpe el tráfico de una de las avenidas de mayor movimiento, tan sólo para dar paso a un diminuto carricoche en el que yace un mofletudo bebé. La leyenda, al pie de este cuadro de conocido dibujante inglés, es tan sencilla y tan grande como la composición misma: "Su Majestad el Niño."

Pero de esta hermosa ficción a la realidad, suelen mediar distancias fantásticas, bien que las causas sean de índole tal que, convencidos de su carácter irreparable, hayamos de resignarnos tristemente. En cambio, si por cualquier circunstancia la soberana majestad del infante sufre un menoscabo y éste es reparable en todo o en parte, ¿qué otra cosa podemos sentir, como no sea indignación?

Nunca hemos podido admirar a los animales amaestrados, porque se ha superimpuesto a la emoción admirativa, un algo de piedad y otro tanto de rabia. Menos admiramos o podemos admirar a los "niños-animales," a esos pequeñuelos que denominan "artistas," cuando ellos están aún tan ajenos del significado de tal palabra, como lo están del bien y del mal.

La explotación del gracejo más o menos real —hay niños simpáticos, como los hay antipáticos— que puede tener una criatura, se antoja tanto más punible, cuanto que es una palpable confesión de incapacidad por parte de los explotadores y una manifestación inconsciente por parte del explotado. Hay en todo eso un fondo morboso, cuando mucho: que de arte, nada o casi nada existe.

Entiéndase bien que estamos haciendo caso omiso de la precocidad. Los misterios del cerebro humano están fuera de nuestro alcance, por lo menos en algunos de sus aspectos, y no nos es dable explicar por qué hay ocasiones en las cuales da muestras de una capacidad funcional prematura, o que no está de acuerdo con la edad del sujeto. Tales manifestaciones de inteligencia, por ningún concepto pueden ser criticables. Más aún, sería necedad el reprimirlas;

(1) Contribución del Departamento del Trabajo.

pero al mismo tiempo, requieren un cuidado especial, un debido encauzamiento, una educación apropiada, no tan sólo con el fin de que no se agoten o se pierdan, sino para que más tarde puedan rendir los frutos debidos.

Hace más de un siglo que algunos países se percataron de la necesidad imperiosa de proteger a la infancia. La privación de algunos factores o la imposición de otros, trae lamentables consecuencias. Por ende, y atentos al hecho de que el niño de hoy será el hombre del mañana, estamos obligados a cuidar la simiente, si es que deseamos obtener una cosecha sana y abundante. Las taras que, como una maldición, arrastran algunos sujetos durante toda su existencia, pueden ser evitadas en un gran número de casos. Vamos a esbozar una parte del problema, comenzando para ello, por hacer una delimitación de la niñez y sus períodos.

Pende, en el Congreso Italiano de Medicina Interna de 1927, se adhiere al modo de pensar de Godin y admite que, desde el punto de vista clínico, el primer período del crecimiento abarca desde el primero hasta el cuarto año de la vida. El segundo, llamado "segunda infancia," comprende desde los 4 a los 6 años y medio. En este período se conceden modificaciones tan importantes, que Pende lo denomina el de la "pequeña pubertad." El tercer período corre de los 6 años y medio al comienzo de la pubertad, época un tanto variable según los países, pero que aproximadamente tiene lugar a los 14 años en las niñas y a los 15 en los niños. Pende divide este período en dos partes, considerando que la que transcurre de los 13 años al final, es la que en rigor puede llamarse prepuberal y es también aquella en la que acontecen las modificaciones evolutivas más importantes, modificaciones que de hecho, pueden rebasar los linderos de la salud, para entrar de lleno al campo de la patología. El cuarto período es el de la pubertad propiamente dicha, que terminaría a los 16 años para las niñas y a los 17 para los niños. El quinto período es el "internúbilo-pubertario" de Godin, y transcurre desde que termina la pubertad, hasta la nubilidad misma (aproximadamente los 21 años para las mujeres y los 23 para los hombres), período en el que se realiza la madurez sexual, no la orgánica.

Durante todo este tiempo y a través de los distintos períodos que acabamos de enumerar, se suceden cambios importantísimos, no sólo por lo que se refiere a la estatura, y por lo tanto al esqueleto, sino también por cuanto mira al peso, o sea a los órganos y demás partes blandas.

Si consideráramos lo que se refiere a la estatura, se verá que, en el hombre, aumenta de una manera continua hasta los 20 años y aun después; pero hay en la curva de aumento unas fases de florecimiento y otras de retardo. Al desarrollo intenso que se inicia desde el nacimiento hasta los 6 ó 7 años, síguese un período de descanso que dura hasta los 11 o 12. Después hay un nuevo brote de actividad que continúa hasta los 16 años, poco más o menos, al cabo del cual se presenta una nueva fase de retardo. En la mujer acontece algo semejante; pero cada fase tiene una duración global algo menor.

Lo que se acaba de decir de la estatura, se puede repetir en lo que concierne al peso, con las modificaciones debidas. Añadamos tan sólo que la apa-

rición de la pubertad se anuncia, en ambos sexos, por fenómenos físicos sobradamente conocidos, y que en la mujer, la aparición de ellos se acompaña de un receso y hasta de un detenimiento de los procesos de oxidación del organismo.

Entre las numerosas investigaciones que se han hecho sobre la influencia del trabajo en el desarrollo de los niños, hay un estudio de T. Yagi, del Instituto Japonés para la Ciencia del Trabajo, dirigido por G. Terouka, en el que pone de relieve el hecho de que, hasta la edad de 12 años, la estatura de las niñas empleadas en fábricas y la de las escolares, guardan la misma proporción; pero que a partir de esta edad, el crecimiento declina en las obreras, comparadas con las estudiantes.

Diversos estudios realizados en varias naciones han arrojado cifras desconcertantes, pues el porcentaje de absolutamente normales, apenas alcanzaba el 4.15% en una investigación realizada en 412 niños de Nueva York (1924); habiendo un 24.12% que tenían pequeños defectos corregibles por medidas higiénicas; un 43.18% que requerían atención médica, y el resto presentaba lesiones orgánicas o deformidades físicas, defectos serios que provocaban incapacidades parciales, etc.

Es evidente que la pubertad, período inestable, sufre una influencia perjudicial con no importa cuál factor ligado al trabajo: postura de pie o sentado, aire confinado o demasiado agitado, polvos, vapores, fatiga, esfuerzo, horario prolongado, labores nocturnas, etc.

Varios autores (Roberts, Cowel, Giordano, Bowditch, etc.) han estudiado la acción del trabajo físico sobre el crecimiento, haciendo comparación con niños de escuela, y han podido comprobar que, por lo que toca a la estatura, el peso y el perímetro torácico, la marcha del crecimiento es menos activa en los niños sometidos al trabajo, obteniendo por lo tanto, un índice de inferioridad. Y no es solamente la estatura, el peso y el perímetro torácico los que sufren modificaciones, sino que, consecuentemente, la capacidad respiratoria y la fuerza muscular se ven involucradas.

Por las razones anteriormente expuestas, algunos países han dictado leyes que no tienen otro fin que el de proteger a la infancia y hasta a los púberes. En Estados Unidos, por ejemplo, hay desde hace varios años una tendencia a prohibir la admisión de trabajadores de 16 años para abajo. Solamente se pueden admitir entre esta edad y los 18 años, si presentan un desarrollo normal, buena salud y aptitudes para el trabajo. Damos a conocer una tabla que rige el concepto del desarrollo:

Edad	Peso en Kgs.	Estatura en cms.
14 años	36.287	147.3
15 años	38.555	147.3
16 años	40.823	149.8

El peso se entiende estando el sujeto vestido; en caso contrario, se disminuyen 2.200 kgms. De no presentarse el minimum que señala la tabla, el niño no puede ser admitido al trabajo, salvo el dictamen favorable de dos médicos.

MEMORIA DEL VII CONGRESO PANAMERICANO DEL NIÑO

Otro ejemplo interesante lo proporciona Inglaterra, que establece la visita organizada para los jóvenes de 14 a 16 años y un examen semestral para los de 16 a 18.

Desde otro punto de vista, se considera que el trabajo desde temprana edad es perjudicial también, porque impide a los menores acudir a la escuela y recibir la educación indispensable, sin que juzguemos que haya necesidad de hacer hincapié en los altos fines de interés social que persigue la educación. En efecto, por la razón natural de que su capacidad física y mental tiene ciertos límites, el niño que trabaja, o no se instruye y educa en absoluto, o bien dedica preferentemente sus energías al trabajo, y sólo el tiempo que le resta, a su educación; pero en ambos casos descuida o no atiende debidamente la necesidad de desenvolver sus facultades mentales y queda impreparado para formar parte de una sociedad civilizada, y en la ignorancia de sus derechos y deberes.

Es por esto que casi todos los países del mundo han establecido en sus legislaciones, un límite para la edad escolar después del cual cesa la obligación de frecuentar las escuelas, salvo los casos de estudios secundarios o técnicos. Coincide dicha edad con la de admisión de los menores en el trabajo industrial, que en la generalidad de los países se fija en 14 años. En los casos en que esas legislaciones permiten el trabajo de los menores, simplemente fijan la edad mínima de admisión, la edad para trabajos industriales, para determinadas labores (de minas o peligrosas), o para el trabajo en establecimientos comerciales; o bien, además de fijar la edad, imponen el requisito de examen médico previo o la comprobación de haber recibido la instrucción obligatoria.

Para no hacer una enumeración cansada a este respecto, nos limitaremos a decir que en casi todos los países se exige que los menores de una determinada edad vayan a la escuela, siendo esa edad la de 14 años, o bien 14 años más el tiempo necesario para terminar el año escolar. Algunos países han fijado esa edad en 15 años, tales como el Canadá, Haití, Chile, Noruega, Panamá, la U. R. S. S., Honduras y Uruguay; y aún en 16 años, como sucede en Ontario, Canadá, algunos cantones suizos, varias provincias de la Unión Sud-Africana y diversas regiones de los Estados Unidos de América. Por el contrario, están por debajo de ese límite de 14 años que es el generalmente aceptado, Argentina, Alemania, Finlandia, Colombia, Francia y la Isla del Príncipe Eduardo (Canadá), que señalan 13 años; Grecia, Hungría, Turquía y Portugal, en donde el límite de la edad escolar es de 12, y, por último, Yugoslavia, en donde se llega a los 11. Sin embargo, estas cifras no son absolutas, pues sufren modificación en más o en menos, según diversas circunstancias, que pueden ser la conveniencia de un empleo apropiado, el haber alcanzado el nivel de instrucción exigido por las leyes, la posibilidad de conseguir un empleo conveniente según las condiciones del mercado, la necesidad para los padres de tener una ayuda pecuniaria o la ayuda del menor en trabajos agrícolas, dictamen médico favorable en cuanto a la salud y desarrollo del niño, estado de indigencia de éste, etc.

La edad de admisión en el trabajo es por lo general la misma en que termina la obligación de ir a la escuela, o mayor que aquélla, lo que indica la necesidad de atender preferentemente a la educación de los menores.

NIÑOS QUE TRABAJAN EN ESPECTACULOS PUBLICOS

En síntesis, puede decirse que es marcada la tendencia actual de todos los países a elevar la edad de admisión de los menores en el trabajo.

Por otra parte, la prolongación de la edad escolar como una restricción al trabajo de los menores, es considerada como un factor de lucha contra la desocupación general y contra la de los menores mismos.

Hay otra razón más que justifica la restricción, y es la protección por motivos de seguridad personal, puesto que la debilidad propia del niño y la falta de atención que se observa en sus actos, le impiden el manejo de mecanismos complicados y peligrosos o de sustancias tóxicas o inflamables, a riesgo de exponerse a graves accidentes.

Es penoso reconocer que en una lista de 47 países, solamente el nuestro conserva la edad de 12 años como mínimo para el trabajo, aunque con ciertas limitaciones, como se puede leer en las fracciones II y III del artículo 123 Constitucional, y en los artículos 106, 108 y 109 de la Ley del Trabajo. Parece innecesario decir que es urgente introducir las reformas debidas en el sentido de elevar la edad mínima de admisión en el trabajo a 14 años por lo menos.

La instrucción no es obligatoria hasta determinada edad, aunque es una obligación de todo mexicano hacer que sus hijos o pupilos menores de 15 años concurran a las escuelas públicas o privadas durante el tiempo que marque la Ley de Instrucción Pública de cada Estado, siendo además la educación primaria obligatoria (arts. 31 inciso I y 3º de la Constitución).

Ahora queremos considerar, primero, las condiciones de vida en que trabajan los niños en las carpas, circos y demás espectáculos públicos, hacer algunas reflexiones de índole moral y terminar este estudio con los datos que arroja sobre el particular una breve encuesta realizada en el Distrito Federal, que por la premura del tiempo no pudo ser tan amplia como lo deseamos; y hacer las sugerencias convenientes para el desarrollo armónico y protección de los menores, en lo que corresponde al tema.

El trabajo de los niños en las carpas y circos se desarrolla, en la generalidad de los casos, en las últimas horas de la tarde y en la noche, siendo por sólo ello perjudicial para su salud, si se toma en cuenta que se trata de individuos que en el mayor número de casos están en período de franco desarrollo y requieren largos descansos, que no tienen ni siquiera por semana, porque trabajan todos los días y los domingos doblemente.

Las observaciones hechas revelan que el medio es fatal. Los lugares en que trabajan, por lo que se refiere a las carpas, dejan mucho que desear en cuanto a condiciones higiénicas, ventilación, iluminación, capacidad, etc. En el mayor número de los casos, no tienen atención médica.

El trabajo es en ocasiones agotador. Hay niños que trabajan en circos como acróbatas y en actos de variedad, en períodos de 6 horas diarias, con intervalos, y niñas que ejecutan bailes internacionales sumamente fatigosos o diversos actos de equilibrio sobre el alambre. No hay en todos estos trabajos ninguna seguridad personal y los menores se hallan expuestos a sufrir accidentes de la mayor gravedad.

Por lo que se acaba de decir, y recordando las investigaciones que en un comienzo citáramos, es fácil comprender que, en un enorme porcentaje de casos,

MEMORIA DEL VII CONGRESO PANAMERICANO DEL NIÑO

se pueden observar en los niños de que nos estamos ocupando: a), una detención en el desarrollo de la estatura; b), un estado general raquítico, predominando el tipo desmedrado con omoplatos salientes —“alas de angel”—; c), rostros pálidos, ojerosos, etc.

Inútil decir que, si hubiéramos podido hacer investigaciones más amplias y detenidas, habríamos comprobado la existencia de trastornos climatéricos en las púberes, trastornos que con tanta frecuencia ha podido observar uno de nosotros (Meyer) entre las oficinistas de 16 a 20 años.

Cuando la índole de trabajo implica el uso de la voz, puede notarse la pérdida del “tono infantil” (llamémosle en tal forma), para adquirir otro que no corresponde a la edad del niño.

A todos los trastornos anteriormente señalados y a otros que pudieran existir y que, por la premura del tiempo no hemos podido consignar, puede añadirse el factor miseria y bueno será que recordemos que es el que influye de manera especial en la aparición de la tuberculosis.

En resumen, las observaciones realizadas y los comentarios que llevamos hechos, arrojan un triste saldo: una disminución notable de los factores que proporcionan adultos capacitados para la lucha por la vida y un aumento considerable de las perspectivas de que, andando el tiempo, el número de incapacitado físicos (en un sentido más o menos amplio) y hasta morales crezca sistemáticamente.

En un 50% de los casos los niños no estudian, y cuando lo hacen no siempre van a la escuela, siendo por lo mismo su educación deficiente. Ninguno de ellos ha pasado de la instrucción primaria; sólo uno de los observados la ha recibido íntegramente, habiendo, en cambio, uno que nunca fué a la escuela.

Debe hacerse hincapié en este importante dato: En más de la mitad de los casos observados los niños han sido iniciados en estos trabajos por sus padres o sus familiares, o bien éstos los han llevado a solicitar empleo a los espectáculos de que se trata. Esta circunstancia tiene íntima relación con el hecho de que en todos los casos observados, con excepción de uno, los salarios de los menores son parte importante de los ingresos de la familia, y en ocasiones son el único medio de vida de que dispone. Se conoce el caso de una niña que no obstante tener 6 hermanos mayores que trabajan, sostiene a toda la familia con su salario.

Desde el punto de vista de la moralidad, todos los trabajos de menores en las carpas son reprobables. Se trata en la mayoría de los casos de actos llamados de “bataclán,” ejecutados por los llamados “artistas” mayores de edad, y aun por las niñas, en los que no se llega a saber si por caprichos del arte o por las exigencias de un público morbosos, las mujeres se presentan semidesnudas. Si esto es chocante y hiere los sentimientos de moralidad cuando se trata de mujeres mayores de edad, es intolerable en las niñas, cuyas ideas morales apenas se forman. A esto debe agregarse que ejecutan casi siempre bailes y canciones de un género nada recomendable, y que los lugares de la carpa que usan como vestidores son comunes a hombres y mujeres, y tan estrechos que necesariamente se reprime o disimula toda manifestación de pudor.

Pero la observación más importante que sugiere la encuesta realizada es la siguiente: los niños que trabajan en espectáculos públicos, lo hacen para buscarse un modo de vivir y atender a las necesidades propias o de sus familiares, con quienes viven en condiciones casi de miseria. La más imperiosa necesidad, la de subsistir, los lleva a esos lugares, salvo casos de excepción en que sin absoluta necesidad de obtener un salario, trabajan porque sienten inclinación al teatro y llegan a las carpas por no tener aptitudes o condiciones para trabajar en otros espectáculos. Es preciso reconocer, sin embargo, que el problema que tratamos no reviste gravedad, si se atiende al número de niños ocupados.

En este supuesto, cabe preguntarse: ¿sería conveniente privar a estos infelices de los medios necesarios para vivir prohibiéndoles el trabajo, llevando con ello a sus hogares una perturbación tan grave como la miseria?

La experiencia enseña que el estado económico de la familia tiene una influencia decisiva sobre su situación moral, cultural, higiénica, y sobre la psicología de sus miembros, porque nada agobia y deprime el espíritu más que la miseria, y en ella la lucha por la vida reviste un carácter tan importante y grave, que es el objeto único de toda actividad, a despecho de cualquier anhelo de mejoramiento espiritual.

Por lo tanto, es mejor dirigir a los menores por buen camino hacia el desarrollo integral de sus facultades, a través de medidas protectoras de intervención del Estado.

Sugerimos los siguientes medios de protección: a), prohibición para los menores de 16 años, de todo trabajo que requiera el desarrollo de un esfuerzo físico considerable y de actos de agilidad, o equilibrio o acrobacia en los espectáculos públicos, a menos que se hayan tomado todas las seguridades necesarias a evitar los riesgos a que se hallan expuestos; b), el ingreso de los menores a los sindicatos de artistas, con el fin de lograr una defensa más eficaz de sus derechos; c), que el Estado vigile, respecto de los patrones, el cumplimiento estricto de las disposiciones vigentes y de las que se dicten, en cuanto protejan a los niños trabajadores; y d), los teatros de adultos, autores, directores y actores, solos o con algunos niños actores, para la representación de obras escritas especialmente para niños; o bien cuadros de niños actores dirigidos por adultos, especialmente mujeres, que representen obras escritas para niños actores y para un público de niños, siendo en todo caso su creación, dirección y costo a cargo del Estado.

Vistas las consideraciones anteriores, proponemos que este H. Congreso apruebe la siguiente resolución de carácter general:

El VII Congreso Panamericano de Higiene Infantil recomienda a todos los Gobiernos de los Estados miembros de la Unión Panamericana que dicten las disposiciones legales y que tomen las medidas necesarias para proteger debidamente el normal desarrollo físico y psíquico, la salud y la educación de los niños que trabajan en circos, carpas y otros espectáculos, así como para evitar que sean explotados por los patrones los familiares u otras personas.

CONCLUSION

En égard aux considérations qui précédent, nous avons l'honneur de soumettre à l'approbation du Congrès la résolution d'ordre général qui suit:

"Le Congrès d'Hygiène Infantile recommande à tous les Gouvernements des Etats, membres de l'Union Panaméricaine, de décréter des dispositions légales et de prendre les mesures nécessaires pour protéger efficacement le développement normal physique et psychique, la santé et l'éducation des enfants qui travaillent dans les cirques, établissements forains et autres exhibitions, ainsi que pour empêcher qu'ils soient exploités par leur employeur, leurs parents et autres intéressés."

CONCLUSION

This VII Panamerican Congress for Children's Hygiene recommend to all Governments of those States who are members of the Panamerican Union, that they prescribe legal provision and take such steps as may be required to duly protect the normal physical and psychical development, health and education of children employed in circus-exhibitions and other public shows, as well as to prevent them from being exploited by their employers, their families and other persons.

LUCHA ANTITUBERCULOSA EN EL URUGUAY EL PREVENTORIO

IMPORTANCIA DE SU FUNCIONAMIENTO

Prof. Dr. LUIS MORQUIO,
Dr. PEDRO CANTONNET,
Montevideo, Uruguay.

EN Montevideo funciona desde el año de 1912 en un extenso, hermoso y arbolado parque, el Preventorio de la "Liga Uruguaya contra la Tuberculosis." Institución privada que primero organizó la lucha contra la tuberculosis, de acuerdo con los recursos y conocimientos que se tenían entonces.

Bien orientada y dirigida, favorecida con donaciones que han ido aumentando su capital propio hasta \$651,000.00, ha sido subvencionada por el Estado con los recursos producidos por la ruleta (50% de sus entradas).

El Preventorio de la Liga recibe niños y mujeres sanos, que han vivido hasta entonces en un medio bacilar. Su clientela está constituida, pues, por niños con C. R. + + con manifestaciones más o menos evidentes del ambiente en que ha vivido el niño hasta entonces, falta de alimentos, de aire, de sol, conventillos y casillas de lata y madera, en contacto con bacilares, padres, hermanos, abuelos, vecinos, etc.

Niños con hipotrofia ponderal y estatural con manifestaciones raquíticas y escrofulosas, en la inmensa mayoría de los casos.

Del funcionamiento y dirección del Preventorio, debemos decir que el tema ha sido tratado con toda competencia y amplitud por el Dr. J. Rodríguez Anido, en el Congreso del Centenario 1930.—Tomo IV, pág. 325.

Por nuestra parte, nos limitaremos a exponer lo más sintéticamente posible tal asunto.

Consta, el Preventorio, de cuatro pabellones de material, con todo lo necesario para que puedan ser parangonados con los mejores que en su género existan.

Cada pabellón tiene una capacidad para 48 camas, con amplios ventanales, calefacción central, bien soleados y con todos los servicios anexos comunes a tales establecimientos. Hermosas galerías de reposo, techadas, servicios higiénicos, baños, laboratorios, sala de exámenes médicos, ropería, cocina, etc.

Los niños ocupan tres pabellones y se reciben desde la edad de 4 a 12 años, los varones; las niñas, a partir de los 4 años hasta la edad adulta, como ya hemos dicho.

MEMORIA DEL VII CONGRESO PANAMERICANO DEL NIÑO

Son enviados, desde el Dispensario Central de la Liga, verdadero dispensario antituberculoso, donde se les ficha y se les hacen exámenes clínico-radioscópicos.

Antes de ingresar, se les practica la reacción de Shick. Todo niño con Shick positivo se le vacuna, medida cuyos resultados no pudieron ser mejores, a tal punto, que hizo desaparecer los casos de difteria, que siempre evolucionaban en el internado.

La visitadora social del Dispensario de la Liga hace una visita de inspección al domicilio del niño, a fin de enviar aquéllos que realmente necesitan de la estada preventorial.

Uno de nosotros, Pedro Cantonnet, desde el Dispensario antituberculoso infantil N° 9, que dirigimos, dependiente del Ministerio de Salud Pública, envía un número considerable de niños que sacamos del foco tuberculoso, antes que la enfermedad haga presa de esas débiles criaturas.

Dado el escaso número de camas (48×3) y la enorme demanda de ellas, los niños son internados solamente durante 3 meses; aunque en el caso de continuar el foco tuberculoso en el domicilio, se prorroga esta estada más tiempo, lo que es fundamental, a fin de evitar la sobre-infección al volver el niño al ambiente infectado.

El niño ingresado al establecimiento es revisado por el médico, quien hace una ficha médica donde anota las manifestaciones que presenta el niño, con datos importantes, como peso, talla, edad, etc., prescribiendo, si es necesario, algún tratamiento estimulante, sea por vía bucal o inyectable.

En caso de enfermedad, se pasa a un servicio hospitalario, o a su casa, si así lo dispone la familia.

Existe en el establecimiento una enfermería, con un reducido número de camas, donde se aísla al niño que comienza con manifestaciones patológicas, fiebre, vómitos, dolores, etc., etc., antes de sacarlo del Preventorio.

El día lo pasan los niños en las galerías de reposo, en clases primarias, dadas al aire libre para aquellos niños que puedan recibir instrucción; clases de jardinería, avicultura, trabajos manuales, etc., etc.

Durante el invierno, el reposo se hace en galerías cerradas.

Existe también un salón de actos, donde se pronuncian conferencias de carácter cultural, temas elegidos sobre puericultura e higiene, y, para amenizar, algunas de carácter recreativo.

El personal técnico del establecimiento está constituido por 2 médicos y una nurse, por pabellón.

El Preventorio de la Liga Uruguaya contra la Tuberculosis es un establecimiento que, tal como fué concebido y organizado, refleja honor sobre nuestro país, siendo digna de conocer y apreciar en todo lo que vale esa gran obra, con lo cual creemos hacer su merecido elogio.

Dependiente del Ministerio de Salud Pública funciona, desde hace cinco años, la Casa Maternal, verdadero preventorio, dirigida, con toda competencia,

por nuestro amigo el Dr. Juan Carlos Etcheverry, donde se internan niños sanos que han vivido en un ambiente de tuberculosis.

En tal preventorio, rodeado de jardines arbolados, hay una capacidad para 70 camas, recibiendo niños desde la más corta edad hasta cinco años.

Es un establecimiento que debe conocerse para apreciar todo el beneficio que se obtiene con su buen funcionamiento.

Cuidados al aire libre casi todo el día, con una dietética vigilada y ordenada de acuerdo con la edad, estado del niño y época del año; éstos mejoran rápidamente, aumentando considerablemente su peso y talla.

El ingreso al establecimiento se hace por intermedio de los dispensarios antituberculosos, los cuales, al despistar un nuevo foco, hacen verdadera obra al internar los niños sanos, sacándolos de un medio que los haría sus futuras víctimas.

Desde Grancher, sabemos que la mejor arma para luchar contra la más terrible de las enfermedades, la tuberculosis, es la separación del enfermo del sano, y sobre todo, del niño, cuando éste convive en un foco, en un medio bacilar.

Los niños, pues, que tienen la suerte de poder ser alejados del bacilo de Koch, se desarrollan en las mejores condiciones y podrán ser brazos útiles a la sociedad. Bien entendido que esa separación debe ser precoz, antes de que el niño caiga enfermo, por los contagios más o menos nocivos, repetidos y prolongados.

Separación que debe mantenerse todo el tiempo necesario, no debiendo volver el niño al medio bacilar, hasta que ese foco no se encuentra esterilizado.

Colocado el niño fuera del alcance bacilar, sea en obras de colocación colectivas, preventorios, sea en colocación familiar (familia de paisanos), aumenta considerablemente de peso, beneficiado del sol, del aire, de la alimentación, en una palabra, del ambiente en que se encuentra. Y en ese sentido, basta mirar las fichas de entrada y salida de los niños ingresados al Preventorio de la Liga o a la Casa Maternal, para ver las transformaciones favorables sufridas por los internados.

La obra de colocación, preventorial, en materia de lucha antituberculosa, no se discute y es de una utilidad inmediata, aunque, para que se muestre eficaz, debe ser ella uno de los eslabones de la cadena a que hacemos referencia.

La lucha antituberculosa debe ser integral del niño y del adulto, más preventiva que curativa, médico-social, contando con el apoyo de medidas educativas, económicas y legislativas.

Deben existir los organismos de captación, de despistaje de la enfermedad, del foco, es decir, el dispensario, y obras de colocación, sanatorio, hospital, preventorios para niños y adultos, en cantidad tal, que el número de camas se encuentre en relación con la morbilidad y mortalidad tuberculosa del país.

Los dos engranajes de la lucha, pues, deben complementarse, para hacer obra útil y eficaz.

MEMORIA DEL VII CONGRESO PANAMERICANO DEL NIÑO

Con una mala organización, sin el número de dispensarios o de camas necesarias a la internación de los enfermos, la lucha antituberculosa es estéril, debiendo haber un exacto equilibrio de funciones y de obras, para que se tenga el éxito esperado.

Por lo que respecta a nuestro país, ese desiderátum no ha sido alcanzado, pues poseemos obras de captación en número suficiente en Montevideo; no así en nuestra campaña donde tan necesario sería el funcionamiento de estos centros especializados antituberculosos.

El número requerido de camas para colocar los enfermos, en sanatorios, o los niños sanos en preventorios, es insuficiente, con lo cual no evitamos que esos enfermos bacilares, al ambular por la ciudad, expectoren sus bacilos y aumenten el número de contagiados.

Dado el número enorme de pedidos de camas para el Preventorio, los niños se internan solamente durante tres meses, estado que se prolonga, en casos especiales, siendo siempre insuficiente, cuando el niño debe volver al foco tuberculoso.

En este trabajo no queremos abordar las disensiones, siempre abiertas, entre los partidarios del Preventorio, obra colectiva, y la colocación individual familiar, llenando ambas una misión de un alto valor médico-social.

CONCLUSIONES

En Montevideo funcionan actualmente dos preventorios con una capacidad de 200 camas.

Se internan niños que han vivido en ambiente bacilar, no teniendo manifestaciones tuberculosas contagiantes.

Son establecimientos donde los niños benefician de su buena ubicación, hermosos locales, no faltando ningún detalle desde el punto de vista técnico.

Pueden ser comparados a cualquier establecimiento preventorial del extranjero.

El Preventorio de niños forma parte importante de los medios de defensa contra la tuberculosis, puesto que desde Grancher, sabemos que la más eficaz de las medidas de lucha antituberculosa, es la separación del niño del foco bacilar en que vive.

Esta separación debe ser precoz y prolongada todo el tiempo necesario, es decir, el niño no debe volver al medio familiar hasta que ese foco no se encuentre esterilizado.

La lucha antituberculosa debe ser integral en el sentido de proteger al niño y al adulto con medidas de orden médico-social.

El Preventorio debe ser uno de los eslabones de la cadena de lucha antituberculosa; junto a él debe existir el Dispensario.

Para que la lucha antituberculosa sea eficaz, es necesario que exista un número de camas suficiente, a fin de favorecer la separación del enfermo del sano.

Debe estimularse la creación de las obras de colocación preventoriales y sanatorias.

CAMPAÑA SOCIAL CONTRA LA SIFILIS INNATA

Dr. ANGEL CIFUENTES,
México, D. F.

AL presentar este trabajo ante la ilustrada consideración de ustedes, me lleva el profundo convencimiento que tengo del importante papel de la sífilis innata en la patología de la infancia, y aunque también es interesante en la patología del adulto, me concretaré al niño únicamente.

Es también por este motivo que pienso que en la bella obra de Protección a la Infancia, el capítulo legal de la lucha contra la S. I. debe de ocupar un lugar prominente.

Antes de afocar el problema de organización de esta campaña, desarrollaré ante la atención de ustedes, de manera sintética, algunos capítulos fundamentales, en los que se apoyará mi razonamiento final.

- 1º La S. I. como enfermedad origen.
- 2º Frecuencia y letalidad de la S. I.
- 3º La S. I. como enfermedad social.
- 4º Algunas consideraciones sobre diagnóstico.
- 5º Algunas consideraciones sobre tratamiento.
- 6º Organización de la Campaña Social contra la S. I.

LA SIFILIS INNATA COMO ENFERMEDAD DE ORIGEN

La sífilis penetra al organismo del niño a través de la placenta, bien por embolias de treponemas, como parece ser la manera más frecuente, o por los linfáticos del cordón, como se haría según otros, aunque con menor frecuencia. Todavía no está completamente desechada la teoría de la herencia, pues algunos piensan que lo mismo que para la tuberculosis, podría haber formas fil-trables o granulares del treponema, que podrían refugiarse en la cabeza del espermatozoo o infectar al huevo. Sea de una manera, sea de otra, o de ambas, lo cierto es que la sífilis invade todo el organismo; desde el 5º mes de la vida fetal, según la primer teoría, o desde el origen del huevo, para los que sostienen la segunda. Es el concepto fundamental de sífilis septicemia. El treponema invade todos los órganos siguiendo la dirección de los vasos, pues como es un parásito del tejido conjuntivo, produce infiltración de pequeñas células en el tejido conjuntivo perivascular, observándose la presencia de sifilomas milia-res. La consecuencia de la cicatrización de tales lesiones sería una hipoplasia

del parénquima orgánico, que se produciría lentamente, manifestándose por síntomas de déficit funcional, lo que traería cuadros clínicos más o menos uniformes, en relación con la función peculiar de cada órgano.

La infección del feto será más o menos grave, según la vía que siga, según la cantidad y virulencia del germen, y según el grado de difusión que alcance en los órganos internos, con la seguridad de que puede atacar todos los órganos, pues en todos ha sido demostrada la espiroqueta. Si el ataque es demasiado intenso, el producto muere dentro del claustro materno; si es menor, el niño puede vivir, presentando cuadros clínicos en relación con la víscera lesionada. Citaremos estas lesiones.

Los padecimientos del tubo gastro-intestinal y de sus anexos, son numerosos. Los enumeraremos:

Melena del recién nacido, anorexia de los niños de pecho, dispepsia transitoria que se prolonga más de tres meses, la enfermedad de los vómitos habituales de Marfán, intolerancias alimenticias, úlceras gastro-duodenales, epigastralgias, estrechamientos por cicatrización de gomas.

El hígado es el órgano que sufre de manera más precoz e intensa. En la vida fetal sus lesiones llevan hidramnios. En el recién nacido dan lugar a: hepatomegalia, síndrome spleno-hepático de Chauffard, síndrome de caquexia progresiva, síndromes hipotrépsicos y atrépsicos, perturbaciones digestivas, como intolerancia por la leche, síndromes ictericos, desde la ictericia transitoria prolongada hasta la ictericia infecciosa y la hemolítica congénita, tipo Mynhowsky-Chauffard; síndrome de Banti, cirrosis de Laenec, de Hanot y cirrosis con mediastinitis.

El bazo presenta infarto, produciendo un cuadro clínico apenas conocido, y modificaciones de la sangre poco estudiadas.

El páncreas lesionado por la sífilis reacciona de manera todavía no bien conocida, aunque parece establecido que las perturbaciones del desarrollo, tan frecuentes en la S. I., están en relación con alteraciones de esta glándula.

Las lesiones del riñón siguen en gravedad a las del hígado, siendo algunas veces incompatibles con la vida. Cuando el niño sobrevive, las lesiones pueden regresar y dar lugar a las formas abortivas; a la forma albuminúrica pura con cilindruria, en la cual los niños toman el aspecto de pequeños viejos, y a la forma hematúrica. Si resiste a estas lesiones, el riñón queda débil, complicándose con las infecciones pararenales más ligeras. A la S. I. se le atribuye también la pequeña insuficiencia renal estudiada por Onfray; síndromes de hipertensión pura, y la hemoglobulinuria paroxística esencial.

La forma más frecuente de lesión pulmonar es una neumonía intersticial que recuerda el estado de hepatización blanca, por lo que se le llama neumonía alba. Hay también esclerosis de forma pulmonar, pleural y mediastínica.

Los ganglios linfáticos son también atacados por el treponema, presentándose adenitis, escrofuloides, que ceden al tratamiento antilúético. La hipertrofia del timo, según Marfán, puede deberse a la S. I.

En relación con alteraciones de la sangre, toma parte en la etiología de algunas anemias, sobre todo en las pseudo-leucémicas o síndrome de Jacks-

Luzet; en la oligosideremia, por repercusión de lesiones hepáticas; en los síndromes hemorrágicos de la primera infancia; en anemias de tipo clorótico y de tipo pernicioso.

El corazón puede presentar alteraciones de cualquiera de sus tres capas, originándose cardiopatías congénitas. Puede haber aortitis; síndrome de Raynaud, dilataciones venosas, etc.

Los huesos pueden ser invadidos por el treponema desde el 5º mes de la vida intrauterina, pudiendo producirse reactivaciones en la segunda infancia, entre 7 y 12 años. Correspondiendo a estas lesiones, encontramos: la enfermedad de Parrot; periosteitis osificantes; osteitis gomosas; formas osteoclásticas y deformaciones de los huesos cortos, que se traducen por lesiones sintomáticas que veremos al tratar del diagnóstico y que dan origen a un síndrome pseudorraquíptico.

Las lesiones dentarias son múltiples, pero se aprecian de preferencia en la segunda dentición.

Las articulaciones son también alcanzadas, y responden con formas artrálgicas; hidartrosis, osteo-artritis, que semejan tumores blancos, artritis y reumatismo deformante.

En la piel y mucosas hay lesiones puramente sifilíticas de gran valor diagnóstico, y otras en las que la sífilis interviene de manera indirecta, llamadas distrofias cutáneas, y son: la pelada, el vitiligo, los prúrigos, principalmente el de Hebra, la ictiosis, algunos eczemas crónicos, urticaria crónica, esclerodermia y psoriasis.

En los niños de pecho las lesiones más frecuentes del aparato de la visión, son: la coroiditis y la papilo-retinitis. Más tarde, queratitis parenquimatosa, alteraciones pupilares y de la acomodación.

En los órganos de la audición conserva también la espiroqueta, según Beck, su condición de parásito del tejido conjuntivo, siendo la más importante la lesión central del laberinto, que figura en el trípodé sintomático de Hutchinson.

He dejado para lo último dos capítulos trascendentales: la sífilis del sistema nervioso y la de las glándulas de secreción interna.

La S. I. del sistema nervioso, estudiada con toda profundidad por Babonneix en su bello libro "Sífilis Hereditaria del Sistema Nervioso," la considero como el más importante de los capítulos. No por las lesiones inmediatas, sino por las de la adolescencia y de la edad adulta; por ser la mayor parte de las veces compatible con la vida y ejercer una influencia decisiva sobre el futuro del niño.

Sobre las meninges actúa la espiroqueta produciendo meningitis precoces, siendo raras las tardías.

En la patología del sistema nervioso, la S. I. toma parte en la etiología de los siguientes síndromes:

Síndromes motores: grupo de síndromes espasmo-paralíticos: hemiplegia infantil, enfermedad de Little; diplegias. En la epilepsia y convulsiones. En los síndromes llamados estriados: enfermedad de Thomsen, miopatías, ticks,

atrofia Charcot Marie, corea, amiotonías, incontinencia nocturna de orina. En la tabes; parálisis general progresiva. Síndromes intelectuales: debilidad mental, imbecilidad, idiotez, oligofrenia, perturbaciones del instinto de asociación, de la emotividad, del juicio. En el mongolismo, en la hidrocefalia, en las llamadas psicosis heredo-sifilíticas. Por último, síndromes mixtos, a la vez intelectuales y motores, en los que enmarcan gran número de padecimientos.

Las lesiones sobre las glándulas de secreción interna pueden ser por distrofias glandulares o pluriglandulares, produciendo todos los síndromes relacionados con estas glándulas, debiéndose, probablemente a estas perturbaciones, gran número de las alteraciones cerebrales enumeradas. Hutinel describe una serie de padecimientos glandulares en relación con la sífilis. Los autores alemanes son más cautos. Admiten como posibles las alteraciones del timo; como ciertas, pero raras, las del cuerpo tiroides; más frecuentes las de las glándulas sexuales, pero sin relacionar la orquitis sifilítica, por ejemplo, con el eunucoidismo con hábito femenino o infantil. Las lesiones sifilíticas de las suprarrenales, de la hipófisis, han sido encontradas con más frecuencia en las autopsias, pero piensan que clínicamente es difícil referirlas a sífilis, por no ser consecuencias mediatas y poder existir causas más frecuentes.

La lista que acabo de leer es verdaderamente aterradora, pero sirve para darse una idea del valor de la S. I. en la patología infantil. Tal vez los autores franceses, a los que he seguido en esta enumeración, sean demasiado pesimistas y relacionen con la sífilis padecimientos que sólo muy raras veces tienen origen sifilítico; pero los alemanes, con algunas diferencias de criterio, juzgan el problema como trascendental. La S. I. es, pues, una verdadera enfermedad origen; unas ocasiones causa inmediata, otra mediata, pero dejándose siempre ver del clínico bien documentado y cuidadoso.

FRECUENCIA Y LETALIDAD DE LA SIFILIS INNATA

Para conocer el problema de manera integral, necesitamos conocer la S. I. como frecuencia y como factor de mortinatalidad, pues se comprende que siendo la enfermedad de tal manera grave y de manifestaciones tan múltiples, su importancia puede aumentar o disminuir según su frecuencia.

Las estadísticas europeas de la era presalvarsánica, son aflictivas.

La frecuencia de los abortos en las mujeres sifilíticas, era, según Fournier: de 527 embarazos, 230 abortos; para Le Piluer, de 414 embarazos, 154 abortos; para Coffin, de 28 embarazos, 27 muertos prematuros.

En la Clínica prenatal de Sto. Tomás, de Londres, antes, por 100 embarazos había 17.20% de abortos; 16.1% de mortinatos; 1.3% fetos macerados; 6.5% nacidos con síntomas de S. I.; 18.1% muertos en el primer año; 40.8% nacidos sanos. Hay que hacer la aclaración de que la estadística no está tomada sobre mujeres en grupo de sifilíticas.

Se comprende que con tal número de abortos, mortinatos, etc., las estadísticas de niños con S. I. no tuvieran gran valor.

CAMPAÑA CONTRA LA SIFILIS INNATA

En la actualidad las estadísticas europeas se muestran más benignas. En las maternidades de Berlín, 5.5%; en Viena, 6.5%; en Copenhague, 5.2%. Esto se debe a la bondad del tratamiento y a la campaña bien organizada contra la S. I.

En cuanto a los niños nacidos con sífilis, es, para Alemania, del 2 al 4%; para Dinamarca, 5.5%; para Inglaterra, 10%; para Francia, 20%; y en América: para Estados Unidos, 2 a 3%; para Chile, 3.5%; para Uruguay, 15%.

De la estadística de los Centros de Higiene Infantil Manuel Domínguez y Eduardo Liceaga, sacamos los datos siguientes:

MANUEL DOMINGUEZ

Porcentaje de niños que se presentaron a la consulta con sífilis.

Años: 25, 4.1%; 26, 6%; 27, 8%; 28, 9.1%; 29, 8.7%; 31, 7.6%; 33, 12.5%; 34, 14.3%.

Porcentaje de madres que se presentaron a la consulta con sífilis.

Años: 25, 31.4%; 26, 28.4%; 27, 23%; 28, 31.5%; 29, 17.7%; 31, 19.2%; 33, 19.2%; 34, 15.5%.

EDUARDO LICEAGA

Porcentaje de niños que se presentaron con sífilis.

Años: 30, 14.3%; 31, 13.8%; 32, 11.8%; 33, 11.8%; 34, 12.2%.

Porcentaje de madres que se presentaron con sífilis.

Años: 30, 13.8%; 31, 13.8%; 32, 19.4%; 33, 16.8%; 34, 16%.

Porcentaje de niños no atendidos en el Centro, que murieron por sífilis.

Años: 30, 26.6%; 31, 29.7%; 32, 26%.

LA SIFILIS INNATA, ENFERMEDAD SOCIAL

Para que una enfermedad sea considerada como enfermedad social, es necesario que reúna los atributos siguientes: 1º, ser endémica; 2º, atacar a todos los sectores de la sociedad, sin distinción de clases ni de edades; 3º, transmitirse de padre a hijo; 4º, ser una fuente perenne de contagio; 5º, atacar al individuo en sus funciones de relación.

La S. I. reúne todas estas condiciones, por lo que la considero como la enfermedad social por excelencia.

El carácter social más interesante resulta de las alteraciones mentales, que traen como consecuencia una anomalía en las funciones de relación del individuo.

Oigamos lo que decía Fournier en 1886: "Es un hecho absolutamente indiscutible que los descendientes de sujetos sifilíticos son, a veces, alcanzados de decadencia intelectual. En otros términos, la sífilis hereditaria llega, en ciertos casos, a producir niños limitados, incapaces y aun imbéciles e idiotas."

Los niños con decadencia intelectual o anorexia mental, como la llama Delcourt, son, como escolares, retrasados; su vocabulario es siempre muy restringido; a los 10 ó 12 años sus juegos son infantiles y aun llegan a ser incapaces de una verdadera cultura intelectual.

Los imbéciles y los idiotas se hallan al margen de todo esfuerzo social en su favor; son antisociales y algunas veces peligrosos. En los manicomios se encuentra gran variedad de estos especímenes, sólo que en la edad adulta resulta casi imposible referir a la S. I. la causa de tales perturbaciones.

¿Cuál sería la intervención de la S. I. en las toxicomanías? No tengo documentación suficiente para esbozar una sola hipótesis a este respecto. Pero si se acepta que gran número de toxicomanías no son más que el resultado de alteraciones cerebrales, y si, por otra parte, hemos visto la gran influencia que la S. I. ejerce sobre perturbaciones del juicio, alteraciones de la conducta, etc., podemos imaginar que la aunan a ella relaciones de causalidad.

Otro punto no estudiado y de gran valor en el presente momento, sería el de la S. I. como perturbadora de las aptitudes para el trabajo manual, estableciendo qué padecimientos de los obreros pueden relacionarse con ella. Tal vez el gran fondo neurópata de nuestros trabajadores no se deba sólo a la poca higiene y falta de alimentación correcta en los primeros años de la vida y al alcoholismo, sino que también a la S., pues en los Centros de H. I. hemos visto la gran frecuencia de esta enfermedad en la población infantil, hija en su mayor parte de obreros.

Antes de toda iniciativa de campaña contra la S. I. estos problemas eran menores, pues sabemos que lo que caracteriza a la S. es el gran número de abortos y la crecida mortinatalidad, cuando evoluciona sin cortapisas, de modo que sobrevivían muy pocos. Pero ahora que el tratamiento se establece en el padre, la madre y el niño, sobrevive una gran cantidad, y surge el problema de saber si los tratamientos establecidos son suficientes para garantizarles un futuro social normal.

Para proteger a la sociedad de los niños sifilíticos se recurría antes a una serie de medidas profilácticas. Con los actuales medicamentos este capítulo quedaría garantizado, pues es suficiente para hacer desaparecer las lesiones de contagio, aunque se use de manera insuficiente para traer la curación, si no fuera que queda abierto el capítulo de la S. no diagnosticada, que permite que aparezcan en la época de las recidivas formas condilomatosas que son una verdadera fuente de contagio. Erich Miller considera altamente recomendable no entregar al cuidado de tercera persona hijos de padres sifilíticos, sin antes practicarles dos reacciones de Wasserman, una en los primeros meses y otra al terminar el primer semestre.

Aunque el gran sifilógrafo Alois Eppstein considera a la S. I. como muy poco contagiosa, pues en 30 años de director de la Casa de Expósitos de Praga,

entre 50,000 lactantes criados la mayor parte por nodrizas, no observó un solo caso de contagio; otros, como Finkelstein y Muller, han observado indudables contagios de nodrizas y de madres adoptivas por niños con S. indagnosticada. Es por esto que en Alemania se han dado leyes para proteger al niño y a la nodriza.

CONSIDERACIONES SOBRE EL DIAGNOSTICO

Un factor de importancia en toda campaña social es la difusión del conocimiento del mal que se va a combatir, por lo que me ha parecido útil un capítulo condensado sobre el diagnóstico.

Como la enfermedad es polimorfa, tiene que serlo también la sintomatología, presentándose cuadros clínicos especiales en relación con la edad. Reduciré el estudio a la primera infancia, época que me ha tocado estudiar en los C. de H. I.

Cuando la S. I. es de gran gravedad, el producto muere en el claustro materno, constituyendo el grupo de los niños nacidos muertos.

Cuando su gravedad es un poco menor, el niño alcanza a nacer pero muere en los primeros días. A este periodo pertenece el péñfigo sifilítico. Si el niño nace con tal manifestación casi seguramente muere, pues siempre viene acompañado de serias lesiones de los órganos internos.

Cuando el alcance de la sífilis es más benigno, el niño puede nacer con apariencia de salud y presentar después el cortejo sintomático. Según la estadística de Kassowits, el momento de la aparición de los primeros síntomas, sería: en el 1er. mes, 54%; en el 2º, el 28%; en el 3º, el 9%; en el 4º, 4%, disminuyendo a medida que aumenta la edad.

La encuesta que sigo para investigar la S. I. en la primera infancia, es la siguiente:

1º Abortos con los caracteres de tiempo, siendo los más interesantes del 4º mes en adelante, y excluyo los de origen traumático, accidental o provocado; 2º, embarazos anteriores: hidramnios; mola hidatiforme; prematuros vivos y muertos; nacidos a tiempo, muertos y macerados; débiles; gemelos, tratando de establecer si fueron univitelinos. Reacción de Wasserman, aunque sabemos que con gran frecuencia el embarazo la torna negativa, debido a la mayor predisposición de la sangre a la hemolisis. Cuando ha habido varios nacimientos investigar la mortinatalidad, estableciendo la causa.

Después antecedentes paternos entre los que doy valor al trabajo, pues sabemos que la sífilis adquirida del adulto es más frecuente en ciertos sectores sociales.

Procedo en seguida al estudio del niño. Me ha llamado la atención la facies especial que encuentro con frecuencia, que trataré de describir: frontal alto, cuadrado con gibas salientes; la nariz aplastada en la raíz, lo que hace que los ojos aparezcan como muy separados; las órbitas abiertas, los ojos salidos; la cara pálida, gorda o enflaquecida, tomando entonces un aspecto senil;

pelo escaso en la porción anterior; algunas veces caspa; el cráneo surcado de venas dilatadas. Siempre que observo esta facies, sospecho S. I. y siempre lo he podido comprobar.

En la cara he apreciado algunas veces sifilides difusas; eczema seco con costras delgadas y blanquecinas; lesiones serpiginosas. No he apreciado las partidas de las comisuras ni las cicatrices que dejan. La rinitis hemopurulenta capaz de confundirse con la diftérica, la he observado rara vez; y sí, con frecuencia, rinitis seca con estridor, rebelde a los tratamientos de las rinitis comunes.

En la boca, bóveda palatina ojival; alguna vez perforación del velo del paladar; placas en la bóveda y sobre las amígdalas. No he podido relacionar las vegetaciones adenoides precoces con la S. I.

En la cabeza, los síntomas descritos en el estudio de la facies; rara vez craneotabes; hidrocefalia perfectamente referida a la sífilis. Ganglios mastoideos y occipitales precoces.

En el cuello, cadenas de ganglios pequeños, duros. En el tórax no he apreciado la falta de apéndice xifoides, que algunos consideran como signo de S. I.

En el vientre, hígado algunas veces crecido, aunque en muchos casos es difícil saber si está en los límites de lo fisiológico. Infarto del bazo, que he encontrado en pocas ocasiones, probablemente porque es un síntoma precoz y fugaz. En la piel, exantema serpiginoso.

En los miembros superiores, pseudo parálisis de Parrot, que no he encontrado; ganglios epitrocóleos bilaterales, sin que haya lesiones de la piel, que he apreciado con frecuencia, y espina ventosa sifilítica de las primeras falanges, que no he encontrado.

En los miembros inferiores: en las ingles, ganglios pequeños, duros, móviles; la enfermedad de Parrot, que tampoco he encontrado en este sitio. Lesiones serpiginosas de la piel con que me he encontrado con frecuencia.

En los testículos he encontrado hidrocele; induraciones del testículo. Con frecuencia, ulceraciones de la margen del ano.

En la piel he encontrado roseola sifilítica, pura o acompañada de urticaria. En la región glútea una alteración de la piel, que Parrot llama "sifiloides posterosivas," que pueden confundirse con lesiones de sífilis, pero que no lo son.

En los distintos aparatos investigo y encuentro con gran frecuencia padecimientos del tubo digestivo y anexos; en el órgano de la visión observé queratitis parenquimatosa en un niño de 4 meses, cuyos padres son primos hermanos y sifilíticos.

En relación con la nutrición, he encontrado niños que, presentando fenómenos digestivos normales y alimentación correcta, aparecen hipotróficos, reaccionando de manera absoluta con el tratamiento.

Las reacciones de Wasserman y las de floculación, como la de Meinicke, son síntomas de gran utilidad, y deben siempre de ser investigadas.

ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE TRATAMIENTO

Sobre el tratamiento de la S. I., haremos las siguientes consideraciones:

1ª El tratamiento preventivo de la mujer embarazada es fundamental para evitar el contagio del producto de la concepción. Empleado desde el año de 1816 por Bertin, no dió el resultado que se esperaba, porque el mercurio, sólo producto conocido, no era suficiente. Desde la aparición del salvarsán, se ha visto toda su utilidad, a pesar de que Erlich desaconsejó su empleo en el embarazo.

De la estadística de Boas y Gammeltoft, sacamos los datos que siguen:

De 201 embarazos no tratados, nacen 7 niños sanos.

De 87 madres tratadas antes del embarazo, con mercurio, nacen 9 niños sanos.

De 15 madres tratadas antes del embarazo, con neo., nacen 3 niños sanos.

De 111 madres tratadas con mercurio durante el embarazo, nacen 80 niños con S. I.

De 98 tratadas con neo., en el embarazo, nacen 19 niños con S. I.

De 7 tratadas antes y durante el embarazo con neo., nace 1 niño con S. I.

De lo que se concluye que, aunque la madre haya sido tratada antes, es necesario tratarla intensamente durante el embarazo.

2ª Todo niño nacido de una madre sifilítica no tratada o tratada insuficientemente, debe de ser sometido a tratamiento riguroso, aunque no presente, al nacer, signos de S. I., y aunque la madre se haya tratado en época anterior.

3ª Si la madre se ha tratado convenientemente (2 curas de neo., y 2 de mercurio, separadas por un descanso de 5 a 6 semanas), el niño se supone sano y no se le trata, siempre que pueda ser vigilado durante los primeros años. Como esto es muy difícil y como siempre puede sospecharse la presencia del treponema, aunque inactivo, es preferible tratar siempre, aunque no con tanto rigor como en otros casos.

4ª Con el objeto de establecer un tratamiento oportuno, debe de explorarse con toda atención a todo niño sospechoso de tener S. I. y confirmar el resultado con la reacción de Wasserman.

5ª El tratamiento debe de hacerse siempre combinando el neosalvarsán con mercurio o con bismuto. Sobre el tratamiento con el spirocid, que los alemanes recomiendan con gran entusiasmo, no tengo experiencia.

6ª En los casos graves con septicemia de treponemas, en los que Hutinel recomienda gran precaución en la aplicación del neo., deben de ser previamente tratados con mercurio; se evita así la reacción de Hersheimer, que puede ser funesta.

7ª Erich Muller sostiene que los niños de pecho toleran perfectamente el neo., al que combina con el calomel, en la forma siguiente: 0.03 y hasta 0.04 centigramos de neo., por K. de peso; 0.02 por K., de los 2 a los 5 años; de allí en adelante, 0.01. El calomel lo aplica en inyecciones, a razón de 0.001 por K., inyecciones que resultan bien soportadas si se usa poco excipiente. Hace

tres curaciones con tres meses de intermedio. Considera a la primera como de curación y a las dos restantes como de seguridad.

8º Marfán, cuando aplica el tratamiento intravenoso, pone 8 inyecciones: la 1ª, de 0.005 milig. por K.; la 2ª y 3ª, de 0.01, y las restantes de 0.015 por K. El tratamiento intramuscular lo hace con 15 inyecciones, dos por semana, y con la misma dosificación. El tratamiento total comprende 0.10 por K. de peso.

9º El tratamiento que se hace en los C. de H. Infantil, se caracteriza: a), por ser semejante al de la escuela francesa, en cuanto a la dosificación; b), por hacerse casi siempre a base de arsenicales solos; c), por ser irregular por las continuas interrupciones y por los distintos arsenicales empleados.

10. La asociación con el bismuto está indicada cuando no se tolera el mercurio; cuando hay resistencia a los otros tratamientos o lesiones del sistema nervioso.

11. El tratamiento sólo es completo cuando se guía por las reacciones de la sangre. No se puede asegurar la eficacia de un tratamiento, aunque vuelva negativo el Wasserman, si no se siguen los casos hasta el período de las recidivas.

12. Los tratamientos suaves e irregulares de la madre sífilítica embarazada, pueden hacer que el niño, en vez de nacer con lesiones de la piel, las traiga en el S. N. El niño con lesiones cutáneas, tratado de manera suave e irregular, puede obtener que el treponema emigre a sus órganos internos. El tratamiento debe de ser intenso, regular y lo más oportuno posible.

ORGANIZACION DE LA CAMPAÑA CONTRA LA SIFILIS INNATA

La campaña contra la S. del adulto sería definitiva en la profilaxis de la S. I. si se basara en un procedimiento que evitase la aparición de esa enfermedad, y el único que me parece lógico es el fundado en la educación e instrucción sexual, ya que los dispensarios para curar contaminados no tienen gran interés en relación con la S. I., pues como hemos visto, siempre deben de tratarse las madres embarazadas. En cuanto al certificado prenupcial, que en teoría parece bueno, en la práctica resulta inútil, si no se cimenta en la sólida base de la educación sexual.

Afocando el problema a la S. I., se presentan, desde luego, dos puntos: el de la Asistencia Sanitaria y de la Asistencia Social.

La Asistencia Sanitaria se realiza por medio de los C. de H. I. de manera principal. Allí se trata a las madres sífilíticas embarazadas y a sus niños, lo mismo que los que son llevados a la consulta con síntomas de S. I.

Si consideramos la gran trascendencia que sobre el presente y el futuro de los niños tiene este padecimiento, y si hemos demostrado que es una verdadera enfermedad social, nos damos cuenta de que lo que actualmente se hace, si es mucho, no es aún suficiente. La estadística de los C. no puede decirnos si respecto a la S. I. se ha logrado alguna mejoría, pues presenta interrupciones, cambios de datos, etc. No tenemos, en realidad, una verdadera estadística de la S. I.

Por los motivos anteriores, he pensado que se lograría una mayor ventaja centralizando todo lo relacionado con la S. I., es decir, creando un C. de H. I., exclusivamente, para la atención de las embarazadas y de los niños que presenten sífilis.

Este Centro estaría dotado de la siguiente manera: en lo administrativo, como los actuales. En lo técnico, tendría un personal especializado: médico para la consulta de niños, médico partero, médico de laboratorio para aplicar los tratamientos, médico de laboratorio para reacciones, enfermeras visitadoras.

Los niños serían admitidos hasta los 7 años, en caso que se lograra que la Secretaría de Educación creara una Clínica semejante. En caso contrario, hasta los 12.

Las ventajas que se obtendrían, son: a), concentrar a todas las madres y niños sífilíticos bajo una vigilancia especializada; b), estabilizar un tratamiento de manera adecuada y regular; c), guiar el diagnóstico y sobre todo el tratamiento, con las reacciones correspondientes; d), llevar una estadística correcta de la frecuencia de la enfermedad, de sus formas, etc., es decir, elaborar nuestra propia ciencia sobre la S. I.; f), vigilar a los niños hasta el período de las recidivas para saber si el tratamiento que se sigue es el adecuado, y cuáles alteraciones cerebrales en nuestro medio, se deben a la S. I.

En lo que respecta a la Asistencia Social, el papel del Centro sería de mucho valor.

1º Se encargaría de la propaganda razonada por medio de folletos, conferencias, proyecciones, etc.

2º Elaboraría el Capítulo de Leyes de Protección del Niño, en relación con la S. I.

3º Cartillas para ilustrar a las parteras en relación con todo lo que deben de investigar en las embarazadas con respecto a S.

4º Cartillas para los médicos generales, para recordarles los datos que deben de investigar en la embarazada y en el niño, dándoles a conocer el tratamiento que se sigue; con la explicación de sus ventajas y la insinuación de que a su vez lo sigan.

5º Poner a la orden de los médicos el laboratorio para facilitar el diagnóstico y guiar el tratamiento.

6º Hacer que el Registro Civil pase los datos de toda persona muerta de sífilis, para que las visitadoras hagan la investigación de los niños de esa familia.

7º Estandarizar en los demás centros de la República el tratamiento y las estadísticas.

8º Y luchar porque en un futuro cercano todos los médicos municipales del país, cooperen a esta campaña para que sea verdaderamente nacional.

Hemos excluido de este trabajo la denominación heredo-sífilis, porque científicamente es erróneo y socialmente da a la enfermedad un aspecto de castigo inevitable, lo que es completamente falso.

CONCLUSIONES

1ª La sífilis innata tiene gran trascendencia en la patología de la primera infancia. Debe de ser considerada como la enfermedad origen de múltiples trastornos viscerales.

2ª La frecuencia de la sífilis en las embarazadas que concurren a los Centros de Higiene Infantil es muy alta, oscilando entre el 20% y el 30%. El número de niños, entre el 10% y el 15%, y el número de hermanos muertos alcanza, en algunos centros, el 25%.

3ª La sífilis innata tiene todas las características de una verdadera enfermedad social.

4ª El diagnóstico de S. I., es muy sencillo cuando hay manifestaciones; no así el de la larvada y menos aún las manifestaciones de la 2ª y 3ª infancia.

5ª El tratamiento de las madres en el embarazo, es fundamental. El tratamiento de los niños cuyas madres no fueron tratadas o lo fueron insuficientemente, debe de ser oportuno, intenso y regular.

6ª Es conveniente establecer un centro especializado donde sean atendidos los niños y las madres con sífilis, el cual organizará la Asistencia Social y la Asistencia Sanitaria.

SUMMARY and CONCLUSIONS

1ª Inborn syphilis has important transcendancy on the first infancy pathology. We must consider that disease as the cause of many visceral troubles.

2ª The syphilis frequency in the pregnant women attending the "Centros de Higiene Infantil," is very high going from 20 to 30%. Between newborns the figures are from 10 to 15% and has been registred 25% of dead brother.

3ª Inborn syphilis is practically a social disease.

4ª Inborn syphilis diagnosis is simple when there are manifestations, however the masked syphilis is difficult and more 2nd. & 3rd. infancy syphilis.

5ª The mother treatment during pregnancy is fundamental. The newborns which mother were not properly treated most be treated with opportunity, intensity and regularity.

6ª It is more important to establish one especial "Centro" for treatment of mothers and newborns, and also to organized the Social and Sanitary Assistance.

BIBLIOGRAFIA

- Traité des Maladies de l'Enfance.—J. Grancher y J. Comby.
Précis de Médecine des Enfants.—P. Nobecourt.—1926.
L'Hérédé syphillis. Clinique y Therapeutique.—Drs. Jean Hutinel et Alice Lamoissier Ardoin.

CAMPAÑA CONTRA LA SÍFILIS INNATA

- Syphilis Héréditaire du Système Nerveux.—I. Babonneix.—1930.
La Syphilis héréditaire tardive.—Fournier.—Paris, 1886.
Revista Mexicana de Puericultura.—Núm. 49.—Año 34.—Algunas Dermatoses Infantiles en relación con la Sífilis Congénita.
V. Hutinel.—El terreno heredo-sifilítico.—Monografía.—Masson et Cia.—Paris, 1926.
Manual de Enfermedades cutáneas y venéreas.—J. Jadassohn.—T. 19.—“Sífilis Congénita.”—J. Springer.—Berlín, 1927.
Sífilis Congénita—Modificaciones del carácter.—Klin. Wschr., 1927.
Tratado Enciclopédico de Enfermedades de la Infancia.—Pfaundler y Schlossman.—T. II.—La Sífilis.—E. Muller.—1932.
Tratado de Pediatría de Marfán.
La Dispepsia Transitoria de los recién nacidos.—Alarcón.
Bajo el Régimen Vagal.—Alarcón.

PARQUES Y JARDINES PARA NIÑOS EN LAS ESCUELAS PRIMARIAS Y COLONIAS PROLETARIAS Y OBRERAS (1)

Ing. RICARDO DE LA VEGA.
Profa. NARCISA ASCANIO M.,
Ing. DAVID FERRIZ M.
México, D. F.

EL Departamento Autónomo Forestal de Caza y Pesca, cuya finalidad primordial es el fomento y protección al árbol, como medio indispensable de salud y de vida, ha iniciado un movimiento nacional con este objeto, incluyendo como tesis principal, la preparación de las juventudes, y de preferencia de la niñez, para la más amplia realización del Programa de Protección a la Naturaleza, por medio de la protección al árbol, que el mismo Departamento se propone desarrollar.

La importancia de este movimiento queda demostrada con el hecho de que en todos los países del mundo, pero de manera especial en aquellos que se han distinguido más por su civilización y alta cultura, se ha iniciado una verdadera cruzada de protección a la naturaleza, como medio de fomentar y conservar los productos que de la misma dimanar, para beneficio y conservación también de la vida del hombre.

Fué necesario palpar las consecuencias gravísimas que las talas destructoras originaron en varios países del mundo, entre ellos nuestro propio país, con todo y poseer una vegetación tan exuberante; y fué necesario también que grandes observadores u hombres de ciencia estudiaran las consecuencias provenientes de las talas de árboles, para llegar a la conclusión de que era urgente, y hasta indispensable, iniciar una labor de protección a los bosques, en todas las naciones, con el fin de evitar la escasez de agua, las terribles sequías que asolaban los campos, las grandes avenidas en las épocas de lluvia. la carencia de recursos forestales en amplias zonas de países importantes, cuya vida se deriva precisamente del aprovechamiento y de la industrialización de la foresta, para fines domésticos y sociales, para que estos mismos hombres se dieran cuenta de la urgencia que existe de poner un pronto remedio a todos estos males que con tan graves caracteres comenzaban a perfilarse.

(1) Contribución del Departamento Forestal y de Caza y Pesca.

Fué, pues, necesario que la presencia de grandes zonas devastadas de árboles, conmoviera el corazón de los hombres altruistas, para que estos mismos hombres se constituyeran en fervientes defensores de los bosques, como medio de asegurar la existencia de los recursos naturales, y evitar que la tierra se hiciera inhabitable en grandes zonas, trayendo la destrucción y la muerte para un gran número de habitantes, así como de animales y plantas.

Estudiando el problema, se vino a conocer que la falta de árboles traía como consecuencia la escasez del precioso elemento AGUA, sin el cual las producciones agrícolas se hacen imposibles de lograr; y que, en cambio, los árboles tienen la virtud de provocar la precipitación de este elemento, en forma de lluvia, sobre la tierra.

Se observó también que las condiciones climáticas de un país están en relación directa con la cantidad de árboles que contienen, y que los terrenos se hacen más o menos fértiles, según la superficie de los macizos forestales de las altas cuencas que los protege contra la esterilidad.

Se encontró que una ley de reciprocidad entre el árbol y el hombre, parece presidir la existencia de este último, de tal manera, que un lugar sin árboles o una gran extensión desprovista de vegetación, es por completo hostil e insalubre para la vida del hombre.

De aquí la gran atención que la ciencia está prestando actualmente a la conservación de los bosques, como medio indispensable de perpetuar la vida de los pueblos en las mejores condiciones.

Profundizando y estudiando las agudas crisis que se originan a causa de la devastación de los bosques, se ha encontrado que ellos son, a un tiempo mismo, los protectores y los proveedores de los elementos necesarios a la existencia humana.

Que a ellos se debe no solamente la abundancia regularizada de las aguas que forman los ríos, las lagunas y los lagos, sino que también se debe a su existencia la prosperidad de los cultivos agrícolas, y la propagación de la fauna de un país, pues los bosques albergan una multitud de animales útiles al hombre, y que constituyen una riqueza para los pueblos y para las naciones.

Pero deslumbrado por la grandeza y el progreso de las grandes ciudades industriales, desprovistas en su mayor parte de árboles y aún de jardines;

Entregado el hombre, con todas sus fuerzas, a la creación de elementos de destrucción, con el fin de adquirir preponderancia sobre las demás naciones;

Ocupando la mayor parte de su tiempo en la manufactura de objetos que faciliten la obtención de riquezas minerales, tales como el oro, la plata y el cobre, así como otros relativos y similares, con los que una multitud de objetos de arte y de industrias se realizan, se olvidó casi por completo de que todo aquello, con ser tan hermoso y tan interesante, no era ni con mucho indispensable para su vida; que existen otros elementos mucho más preciosos para su existencia, que pudieran serlo el oro o el cobre, la plata o el radium, y que por encima de todos esos elementos que él iba conquistando y arrebatando al seno de la madre tierra, se encuentran los elementos fundamentales sin los cuales la vida del hombre, sobre el planeta, no es concebible.

Estos elementos son: LA TIERRA, madre de todo dón, EL AGUA purificadora, y la ATMOSFERA benigna, ya que el FUEGO, siendo uno de los más fundamentales, es el elemento contra el cual el hombre tiene que ejercer una constante defensa, por ser elemento activo por excelencia, transformador y destructor a un tiempo mismo, puesto que con sus grandes temperaturas agotantes, consume las materias vegetales y animales, que transforma en humus, y realiza las grandes evaporaciones en masa, que luego caen a la tierra, convertidas en lluvia vivificante.

Pero son los árboles, los hermanos árboles, como dijera un poeta, los que regularizan las lluvias y las corrientes de agua, y hacen el clima agradable, según ellos abundan o no, en las zonas terrestres del Globo, porque mantienen en los continentes, por su propia acción evaporadora y refrescante, la acción de los océanos, proveedora de humedad y clima regular.

Una prueba de lo que el agua y la vegetación pueden realizar en favor o en perjuicio de la vida de una región, la tenemos palpablemente demostrada, con la desecación del lago de Texcoco, en el Distrito Federal.

Sabido es que las aguas de este lago, por largos años fueron elemento regulador del clima de México, y que después, por los arrastres que precedieron a los descuajes de los bosques, se ha convertido su vaso en un páramo, debido a los componentes esterilizadores del azolve.

Pues bien, el azolve de este lago, y la falta de vegetación en los lugares adyacentes, que pudieran proporcionar una defensa al Valle de México, han originado las terribles tolvaneras que año con año se ciernen, como una amenaza de insalubridad para los habitantes de la metrópoli.

Testigos de estos fenómenos o tempestades de polvo, que en multitud de ocasiones han envuelto a los habitantes del valle, son los mismos habitantes, quienes se han visto muchas veces expuestos a morir por asfixia, a causa de la densidad y persistencia del polvo.

Pues bien, una de las labores que con más empeño se ha propuesto realizar el Departamento Forestal y de Caza y Pesca, que tenemos la honra de representar en estos momentos, es la de forestar, hasta donde sea posible, esta amplia zona en donde las tolvaneras se producen, sin descuidar la reforestación de las altas cuencas que imprevisiblemente fueron taladas, a fin de evitar a los habitantes del valle las consecuencias, cada año más terribles, que dichas tolvaneras originan, produciendo epidemias de catarrros y gripas, así como otras afecciones del sistema pulmonar.

Esto sin contar las inundaciones que se abaten sobre la ciudad de México, por la rapidez de las corrientes y el arrastre de los materiales de erosión.

Todas estas consideraciones sobre la importancia de la vegetación y de la conservación de los bosques y arboledas urbanas, tienen por objeto justificar la presencia del Departamento Autónomo de Conservación Forestal y de Caza y Pesca, en este VII Congreso Panamericano del Niño, pues teniendo este Congreso por finalidad la protección a la vida del mismo, como ser por excelencia necesitado de dirección y de protección, durante los primeros años

PARQUES Y JARDINES PARA NIÑOS

de su vida, y siendo los bosques, en las montañas y los parques y jardines en las poblaciones, los elementos más indicados para su desarrollo, tanto físico como intelectual y moral, corresponde al Departamento Forestal el proveer la buena conservación de las florestas, y el gestionar el aumento de parques y jardines, como preciosos elementos para la vida de las grandes urbes, haciéndola más sana, interesante y agradable, al par que desarrollando en los niños el amor a la Naturaleza.

Porque es el caso, señores congresistas, que con mucha frecuencia hemos podido observar la carencia absoluta de árboles y jardines en los centros escolares de la República, así como en las colonias proletarias u obreras, y aun de la clase media, recientemente formadas, careciendo los niños, no solamente de sitios para sus juegos y recreos, sino lo que es más importante, por lo que a su salud atañe: de árboles que les presten su sombra benéfica, y al pie de los cuales puedan organizar cómodamente sus entretenimientos, sin ser molestados por los transeúntes, ni impedidos en los ejercicios que para su desarrollo físico necesitan.

Aparte de esto, nadie ignora que los parques y jardines son los medios por excelencia, preconizados por todos los pedagogos y educadores modernos, como elementos indispensables para el desarrollo integral de los niños, en un ambiente puro, interesante y agradable, que proporcione temas de trabajo fácil y ameno a sus incipientes mentalidades, al par que vigorizan sus pulmones, proporcionándoles esparcimiento en sus horas de recreo; en medio de elementos provenientes de la naturaleza, como son los árboles y las flores, las fuentes y los peces, las aves y los mamíferos, incluyendo minúsculas montañas con sus ríos y sus lagos, tal como la vida nos lo presenta para su transformación y aprovechamiento.

Es por todas estas consideraciones que dejamos apuntadas, así como por las que corresponden a la labor de preparación de las juventudes y de la niñez principalmente, para la conservación y protección de la Naturaleza, que la Comisión del Departamento Forestal y de Caza y Pesca, se permite proponer a ese H. Congreso, el siguiente punto resolutivo:

UNICO: Que a fin de que los niños en edad escolar y los que habitan en las colonias proletarias u obreras, puedan disfrutar de los beneficios que los parques y jardines les proporcionan, así como para que se ilustren en los beneficios que la conservación y protección a la Naturaleza, allegan al hombre por medio del cuidado y aumento de los bosques, de los parques y de los jardines, se solicite de la Secretaría de Educación y de las autoridades competentes, que se provea a las escuelas y a las colonias en general, de terrenos destinados a la creación de parques y jardines, como medio de favorecer el desarrollo físico, intelectual y moral de los niños, estableciendo; además, como obligatorios en las escuelas primarias, los conocimientos de jardinería y arboricultura, que preparan el espíritu de los educandos en el cariño y respeto a los árboles.

CONCEPTO CON EL QUE SE HA ENCARADO LA TAREA DE RECREACIÓN INFANTIL EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

Dr. EDUARDO G. URSINI,
Buenos Aires (República Argentina).

¿Ocupa al Estado, en nuestro país, la forma útil, práctica y agradable en que los niños han de ocupar sus ratos de ocio? ¿Es en realidad éste un tópico de tan vital importancia, para que la recreación del niño constituya un verdadero problema de Estado? Sobre esto no puede haber lugar a la más mínima duda, y la respuesta debe ser ampliamente afirmativa.

Las autoridades han vuelto su mirada hacia los niños y jóvenes, y han decidido "tomar en serio" a nuestra juventud. Recién parece darse el verdadero significado a la frase tantas veces repetida, de que en nuestros niños reside el porvenir de la Patria, y ello explica que en el término de pocos años, especialmente en Buenos Aires, se ha encarado decididamente el problema de la educación del niño en su aspecto recreativo.

Nuestra orientación se basa en el concepto exacto de lo que expresa la palabra recreación. Es decir, nuestra acción está encaminada a guiar, en forma organizada, todas las actividades recreativas de nuestros niños, para que ellas sean a la vez freno y guía a la variada psicología del niño argentino.

Con la recreación organizada, el niño modula su carácter, forma su espíritu y distribuye sus energías, con verdadero provecho, evitándosele así el malgaste, siempre perjudicial, por falta de control.

La recreación organizada de la niñez, es una tarea de verdadera importancia, como podrá apreciarse por la amplitud de concepto que encierra el vocablo.

Disiente nuestra organización con todo lo que implique la aplicación de un concepto disciplinario estricto, en las actividades dedicadas a los niños. Ellas, según lo entiende la Dirección de Educación Física de la Municipalidad de la ciudad de Buenos Aires, a la que tengo el honor de pertenecer, deben tender únicamente a encauzar la espontaneidad y el vivo temperamento de nuestro niño, dentro de prácticas más en consonancia con sus deseos, dando lugar a que en cada niño nazca espontáneamente su propia disciplina, sin que ella sea creada a base de un rigor.

Su finalidad, pues, es la de alejar al niño de la posibilidad del vicio, que puede crearle el medio ambiente en que se desarrolla, y favorecido siempre por una falta de orientación, para utilizar sus ratos de ocio. La recreación contribuye, en forma agradable, a crear el sentido de la responsabilidad, desarrollando insensiblemente el respeto al prójimo y a las instituciones, estableciendo además un sentido de comprensión, confraternidad y colaboración, que es la base de una vida sana y útil para el niño.

Este es el principio que rige en la organización de las Plazas Municipales de Educación Física de la ciudad de Buenos Aires.

El trabajo se inicia allí con actividades siempre voluntarias, aunque ordenadas, en los recreos infantiles. Continúa luego con los juegos en masa, juegos deportivos y actividades variadas, en las Plazas de Juego, donde se va desarrollando el espíritu de compañerismo y la disciplina deportiva entre los niños, en la forma más amable y eficaz.

En una palabra, la disciplina surge de las prácticas recreativas voluntarias, insensiblemente, y nunca es la disciplina rígida el fundamento de nuestro trabajo de recreación infantil.

Yo, por mi parte, entiendo que nunca debe ser otro el sentido de este trabajo, de índole enteramente popular. El niño debe jugar y reír sanamente, ajeno a todo principio de agresión o defensa, con que siempre se disfraza lo primero. En esta forma, haremos del niño un hombre disciplinado, respetuoso, consciente de sus deberes hacia su patria y su familia, y capacitado indirectamente, sin educación militarizada, para asumir su defensa cuando se requiera su esfuerzo.

Por eso debemos evitar, durante sus mejores años, de rodearlos de fantasmas, mostrándoles el lado agradable de la vida, y cumpliremos así una misión altamente humana.

El mundo necesita siempre de su juventud. Retribuyámosle por anticipado a nuestros niños lo que ellos harán por nosotros en el futuro, inculcándoles los mejores sentimientos que seamos capaces de concebir.

"Evitemos los enrolamientos precoces, que privan peligrosamente a la juventud del encanto de su admirable y natural negligencia."

Hagamos pues, de nuestros niños, niños verdaderos, y ellos nos lo compensarán, siendo los verdaderos hombres del mañana.

Con este espíritu y con este concepto, hemos encauzado y tratamos de dirigir las actividades recreativas del niño en la ciudad de Buenos Aires.

La creación de nuestras Plazas Municipales de Educación Física, responden al deseo de dar a los niños de ambos sexos, elementos de diversión sana y agradable, e iniciarlos en el aprendizaje de manualidades útiles y de prácticas físicas.

Dichas plazas son a la vez un centro social, donde el vecindario lleva a cabo fiestas periódicas en base a los programas que cumplen las troupes artísticas, formadas por sus propios niños.

Nuestro trabajo descansa fundamentalmente en una obra de asistencia social, práctica, que es la que en realidad cumplen nuestras plazas, y en especial

las colonias de vacaciones que funcionan anualmente durante los meses de diciembre, enero y febrero, y que reciben diariamente más de 10,000 niños, a los que se da sana y abundante alimentación, a la par que elementos de juegos y educación espiritual, adaptados a la edad.

Nuestras Plazas Municipales de Educación Física, comprenden las siguientes actividades:

JARDIN DE INFANTES.—Educación pre-escolar para niños de 2 a 6 años.

RECREOS INFANTILES.—Enseñanza de juegos y manualidades a niños de 4 a 12 años, de ambos sexos.

COLONIAS DE VACACIONES.—Para niñas hasta de 14 años, y varones hasta de 12 años.

PATIOS DE JUEGOS INFANTILES.—Para niños de ambos sexos, menores de 13 años.

PLAZAS DE JUEGOS.—Para jóvenes hasta de 18 años, con canchas de deportes, como son: basket-ball, volley-ball, foot-ball, etc.

CLUBES DE NIÑOS JARDINEROS.—Para niños de ambos sexos, hasta 14 años. Enseñanza y práctica de jardinería.

PLAZAS PUBLICAS.—Con cajones areneros, y atendidos por celadoras, para niños hasta de 10 años.

En las distintas actividades se busca, en todo momento, de orientar las actividades naturales del niño, desarrollando su capacidad comprensiva, y ellas se cumplen bajo el control del Servicio Médico, que realiza la revisión médica periódica de los niños, confeccionando las fichas respectivas. Por otra parte, el servicio social realiza la tarea de control de la niñez necesitada, para la adjudicación más justiciera de los beneficios que ofrece nuestra organización.

Todo este trabajo, encaminado al mejoramiento físico y moral de nuestros niños, ofrece, además, la ventaja inestimable de cumplirse bajo el control inmediato de los propios padres, organizados en Sociedades Cooperadoras Vecinales, constituidas con el fin de colaborar en el desenvolvimiento de las Plazas de Educación Física.

Esa es la línea que se ha impreso a esta organización, tratando de aunar en un solo esfuerzo todos los intereses que rodean al niño. El del padre, como el más inmediato; el del vecindario; y el del Estado, que tienen como alta función la de velar por el mejoramiento social.

Esta tarea, para nuestra satisfacción, se ha visto coronada a los cuatro años de su iniciación, por un verdadero entendimiento de la labor que corresponde a cada uno de los factores citados.

Como un complemento de esta información sucinta, de cuál es el concepto con que hemos encarado en Buenos Aires la recreación infantil oficialmente organizada, doy a continuación estadísticas resumidas de las principales actividades, con la asistencia de niños, datos que habrán de servir como elementos de juicio para poder apreciar más exactamente esta labor.

RECREACION INFANTIL EN BUENOS AIRES

Estadísticas comparativas del movimiento registrado en las distintas actividades, en los años 1933 y 1934

ACTIVIDADES	Concurrencia registrada	
	1933	1934
47 Plazas públicas	495,118	586,911
17 Patios de Juegos Infantiles.....	2.963,142	3.217,202
9 Colonias de Vacaciones (raciones).....	504,175	644,716
7 Plazas de Educación Física.....	371,942	473,815
8 Recreo Infantiles	160,987	325,122
4 Clubes Niños Jardineros.....		15,447

Servicio Médico.

Revisación médica de niños de Colonias.....	22,765	28,101
Revisación odontológica de niños de Colonias.	16,121	18,144

Servicio Social.

Familias censadas.....	3,230
Niños inscriptos por el Servicio Social.....	2,930
Asistencia (casos resueltos favorablemente)	502

AIRE PURO, LUZ, ALIMENTOS Y DISCIPLINA
SANITARIA: ELEMENTOS DE SALUD INFANTIL.
LAS COLONIAS INFANTILES MARITIMAS
EN EL PERU

Dr. CARLOS ENRIQUE PAZ SOLDAN,
Lima, Perú.

EN Ancón, a treinta y ocho kilómetros de Lima, en medio de un arenal salubre, frente al mar, que se puede decir es un servidor puntal bajo un régimen de libre organización, existe una Colonia Marítima, para niños y niñas, que funciona desde el 29 de enero de 1934.

No ha sido una creación espontánea, ni su existencia reposa en la acción del Estado. Un Comité de Damas, bajo la presidencia de la señora Francisca Benavides de Benavides, primera dama del Perú, y que está integrada por matronas y señoritas de todos los círculos sociales, identificadas en una común preocupación por el bienestar de la infancia, asegura el correcto funcionamiento de esta formación asistencial, primera de su clase en el Perú. 1,300 niños y niñas han beneficiado de esta obra, durante el año de 1934, y el número será superior en 1935. El costo de sostenimiento no ha sido superior a 10,000 dólares, en el año próximo pasado, y los rendimientos en salud física, en orientación moral, en cordialidades sociales, son crecidos.

El régimen interior de la Colonia Infantil no discrepa del que está en uso en otras colonias semejantes. Tres meses de estadía, salvo que el médico jefe estime necesario una prórroga, son reglamentariamente asegurados a cada pensionista. El crecimiento del niño, las vinculaciones que se crean con la familia, y el valor de acto democrático y fraternal, no necesitan ser exaltados: la Colonia de Ancón, Lima, cosecha el mismo fruto bendito que, por doquiera, se cosecha de toda obra de generosidad y de amor.

No es, por ésto, la noticia de esta colonia, y de su fundación y funcionamiento, lo que nos mueve a esta breve comunicación, sino tan sólo aprovechar de la fecunda enseñanza que brinda esta obra ejemplar, para sugerir a la VII Asamblea Panamericana del Niño, que examine con detenimiento el valor de estas colonias en la obra inacabable y múltiple de defender de la enfermedad y de la miseria a la infancia de nuestros países.

Tienen las Colonias Infantiles, sobre otros tipos de órganos de asistencia, la crecida ventaja de que no rompen los vínculos familiares. Por lo contrario, los afirman, poniendo sobre ellos el factor poderoso del interés social. La madre que ve que su hijo es objeto de la solicitud de otras madres, adquiere mayor ufanía para sobrellevar su tarea maternal. Se sabe acompañada, se siente solidaria con las demás mujeres, sujetas como ella, a los mandatos biológicos que le son privativos. Y la sociedad, sin llegar al Estatismo, que a menudo es poco elástico y emotivo en materia de amparo del niño, puede, por intermedio de estas fundaciones privadas, llevar a cabo una obra de subido rendimiento médico-social.

Reducidas a sus elementos sustantivos, todas estas Colonias Infantiles distribuyen a los niños que lo han menester: aire puro, luz, alimentos y disciplina sanitaria. Sobre estos cuatro pilares se asienta la ventura familiar y se garantizan los mañanas de la infancia, unidades preciosas para el acrecentamiento demográfico de las naciones. Se diría, sin embargo, que estos dones, que Dios puso a disposición de sus criaturas, no tienen por qué ser objeto de recomendación especial en cuanto a su usufructo; pero la realidad social, por desgracia, nos indica que ni el aire puro, ni la luz, ni la alimentación sana, llegan a todos los niños de las ciudades, y menos a los del campo. En cuanto a la disciplina sanitaria, destinada a crear hábitos que impliquen garantía para gobernarse en el porvenir por los senderos que conducen a la vida sana, eso es todavía, una remota esperanza que sólo alientan los médicos sociólogos, y que realizan unas cuantas almas abiertas a la bondad y al progreso biosocial.

Indicar los factores psicológicos que deben guiar a la conciencia de las masas humanas del Continente, para que presten calor de opinión y de simpatía a estas obras tutelares del niño, que son las Colonias Infantiles, se nos ocurre una tarea fecunda para asambleas como la presente. Para acertar en el consejo, veamos cómo se impusieron a los pueblos los grandes progresos que les permitieron salir de la insalubridad y del infortunio vital.

La práctica de la vacunación, partió de las altas clases sociales. Los reyes y grandes, enseñaron a los humildes cómo había que vencer a la viruela. Santos y varones insignes, se inclinaron para asistir a los enfermos, abriendo el amplio sendero de la moderna asistencia hospitalaria. San Basilio creó el primer Nosokomeion que ahora es el taller para reparar el vigor de las legiones del trabajo. La ciencia vino a realizar luego, con precisión, lo que fué obra adivinada y señalada por el corazón humano.

Por eso, para acertar con las cosas que interesan al bienestar de los niños, nada hay de más grande, de más seguro, de mayor eficacia, como asentar tales obras en la devoción sagrada de las mujeres, que sienten que EVA, nombre de la primera, significa "DAR LA VIDA." Alentar a las que llevan en sus entrañas pasión de Humanidad, para que se entreguen libremente, a esta obra tutelar de las COLONIAS INFANTILES, prolongaciones de los HOGARES, es empresa digna de merecer un voto consagratorio del VII CONGRESO PAN-AMERICANO DEL NIÑO; voto que nos permitimos redactar así, para que perfeccionado, pueda ser objeto de la atención de este certamen:

EL VII CONGRESO PANAMERICANO DEL NIÑO

Atento a tutelar, por doquiera, y en la mejor forma, los derechos de la infancia al aire puro, al sol, al alimento y a la disciplina sanitaria, recomienda que se organicen con tal fin COLONIAS INFANTILES que estarán destinadas a proporcionar estos beneficios a todos los niños, sin excepción, y especialmente a los que se ven privados de ellos, por carecer de medios de fortuna.

Y aconseja a las madres habientes, para que se solidaricen en esta cruzada de crecidos provechos biológicos, humanos y sociales.

COLONIAS CAMPESTRES Y MARITIMAS PARA NIÑOS CONVALECIENTES Y DESNUTRIDOS (1).

Dr. ENRIQUE E. MEYER,
México, D. F.

ANTES de llegar a la médula del asunto, conviene que nos pongamos acordados en la significación de los dos últimos términos del postulado, pues que el uno parece ser una redundancia del otro. Un convaleciente puede no ser un desnutrido, aunque por lo general lo está; así como un desnutrido puede no ser un convaleciente, un sujeto enfermo.

La convalecencia es el último período de una enfermedad. Los síntomas que constituyen el cuadro clínico, han desaparecido totalmente, o en su mayoría; la reparación de los estragos que el proceso patológico ha originado, comienza; el desenlace favorable se afirma, sin que por ello se pueda asegurar que todo peligro haya desaparecido, pues de sobra conocemos que en ciertos padecimientos —tifo, tifoidea—, aún pueden presentarse complicaciones fatales.

Guarda la convalecencia, por lo que a su duración y carácter tormentoso toca, una relación directa y muy estrecha, primero, con la índole del padecimiento, después, con la gravedad que haya revestido y, por último, con lo que pueda haber durado. Pero, en términos generales, una convalecencia se caracteriza por un estado de debilitamiento de las fuerzas orgánicas, o dicho en otros términos, por un estado de menor resistencia.

Por lo que ve a la desnutrición, es también un estado de menor resistencia, y por ende, de debilitamiento, que se observa después de una causa patológica, o cuando esta causa, cualquiera que sea, aún está presente.

Aclarados ya, según entiendo, los términos "convalecencia" y "desnutrición," veamos la importancia de ellos en el niño.

Desde su nacimiento, el individuo sufre el ataque continuo de infinidad de gérmenes, cuando no lo ha sufrido ya desde el seno maternal. Para alguno de estos gérmenes, se logra adquirir un estado especial que se denomina "inmunidad," y que puede ser natural, porque ya de por sí el organismo la posee; adquirida, porque se sigue a un ataque de un germen determinado; o artificial, porque se provoca, por medio de inoculaciones del germen mismo o de uno similar (la vacunación antivariolosa). La inmunidad, pues, es un estado de mayor resistencia, vis a vis de uno o más gérmenes.

(1) Contribución del Departamento del Trabajo.

Pero hay algunos agentes patológicos bacterianos, que no son capaces de producir inmunidad, o que la producen en forma pasajera. Estos constituyen un peligro constante y la lucha contra ellos se hace, en la mayoría de los casos, por medio de higiene.

Es claro, y esto se desprende de lo anterior, que en los albores de la vida, cuando el organismo aún no ha sabido crearse los medios de defensa indispensables, el peligro de sucumbir a un ataque es mucho mayor. Y de todos los procesos patológicos que pueden existir, el que más nos interesa, el que combatimos con mayor afán, aquel que con razón sobrada deseamos eliminar, es la tuberculosis.

Las doctrinas de Ferrán nos arrojan una luz esplendorosa en este capítulo. Si como él dice, y tiene razón, el bacilo tuberculoso no constituye más que uno de los eslabones de una cadena evolutiva; si no es más que el fruto de las mutaciones de otros gérmenes, y éstos, del tipo coli-tífico, son los que mayor y constantemente irraden el organismo del nuevo sér, entonces nos explicaremos por qué el niño constituye el problema esencial, y por qué hay autores que en el tuberculoso adulto, no ven sino al infante o niño infectado desde hace tantos más cuantos años.

Cualquiera causa de debilitamiento favorece el ataque de los gérmenes y de entre ellos, de las bacterias que pueden dar nacimiento al bacilo de Koch. Por eso dije desde el comienzo, que para llegar a la médula del asunto, habíamos de estar acordes sobre el valor de ciertos términos, porque a la postre, y bien examinado el problema, su médula no es otra que la tuberculosis.

Veamos ahora la segunda parte, la que se refiere a las colonias campesinas y marítimas.

¿Qué podemos esperar de "un cambio de aire?" Hulliger dice que "no se produce en el organismo del enfermo ningún fenómeno de inmunización contra la tuberculosis." Asegura que en los valles más elevados de los Alpes, se encuentra un número considerable de tuberculosos, pese a que han vivido siempre en el ambiente seco y pletórico de sol, de las alturas.

El doctor Valdés Lambea asegura que "los niños tuberculosos, desnutridos e inquietos, junto al mar, se ponen peor." "El baño de mar concluye por agotar a los débiles."

Van Hayek asienta que "el Tirol, que goza de un sol de altura maravilloso, y de un buen aire de montaña, señala en su población una de las mayores cifras de tuberculosis de Europa." Agrega que "no debe dársele al clima más importancia que la de un factor secundario," y que "las causas climatéricas sólo tienen valor si pueden prolongarse por mucho tiempo."

La opinión de los fisiólogos que he citado, es muy de tenerse en cuenta para nuestro problema. A mayor abundamiento, haremos una revisión de otros factores, a paso y medida que vayan surgiendo.

Desde luego, la división entre convalecientes y desnutridos, nos proporciona una facilidad para seleccionar tipos, pues los primeros suelen serlo de padecimientos que no han sido o no han tenido relación con la tuberculosis;

en tanto que entre los segundos, puede haber muchos que deban su desnutrición a procesos fímicos más o menos latentes.

Ahora, consideremos la posibilidad de establecer colonias campestres y marítimas, para después saber a dónde y a quiénes vamos a mandar.

Nuestro territorio posee una gran variedad de climas. Sus costas, por lo general, son cálidas y abunda en ellas y en sus cercanías, tanto el paludismo como la disentería y la parasitosis intestinal. Por lo tanto, el establecimiento de las colonias marítimas se dificulta por la doble razón del clima y la insalubridad. Si en Francia, Alemania, España y otros países, se han fundado estas colonias con grande beneficio para cierta clase de enfermitos, en México no podríamos lograrlo tan fácilmente. Desde luego, sólo una parte del año sería aprovechable, y aun cuando esto reza para casi todo el mundo, nuestra "temporada de baños" se antoja particularmente reducida. De los puertos disponibles para fundar colonias, pocos ofrecen verdaderas ventajas o perspectivas halagadoras. Acaso el de Veracruz, que gracias a la intensa labor desarrollada por el ingeniero don Miguel de Quevedo, cuenta con una gran cantidad de pinos marítimos, que aún se pueden multiplicar, ofrezca dentro de poco condiciones bastante aceptables.

Esto amerita un estudio detenido, con el fin de sanear el sitio, primero, e instalar la colonia después. A ellas se mandarían, no a los convalecientes, sino más bien a los desnutridos con procesos tuberculosos o de origen tuberculoso, que sean beneficiados con la talasoterapia y la helioterapia, según los datos más recientes que aportan los estudios realizados en Francia y España y demás naciones. Inútil es decir que estas colonias deben estar bajo la estricta vigilancia de un médico especializado y de un grupo de enfermeras. Creo, por otra parte, que es imperioso el añadir el tratamiento médico adecuado, del que, al final de este trabajo, diremos unas palabras.

Si las colonias marítimas constituyen un problema de resolución más o menos ardua, las campestres presentan mayores facilidades, pues a medida que nos alejamos del litoral del Pacífico o del Golfo, el clima cálido cede paso al templado, y entramos a regiones verdaderamente ideales. Convalecientes y desnutridos, no importando entre éstos la existencia de presuntos tuberculosos, pueden hallar, en distintas zonas, aquello que tanto han de menester: aire y sol. No que yo pretenda que estos dos factores puedan constituir el todo, y menos que deban aplicarse de una manera sistemática; pero sí me parece que como factores coadyuvantes y empleados en una forma razonable, han de proporcionarnos grandes beneficios.

Al pie de nuestros majestuosos picachos, a unos cuantos kilómetros de la capital, existen zonas boscosas que resultan ideales para el fin que nos proponemos. Allí, lo mismo que en otros sitios, pueden instalarse, más que colonias campestres, escuelas campestres, pues ya se ha dicho que la cura debe ser sostenida, según lo pide Von Hayek, y no temporal. Estos establecimientos funcionarían bajo un plan de estudios adecuados; contarían con una vigilancia médica a cargo de un facultativo que periódicamente visitaría a los asilados; así

como de una o más enfermeras encargadas de llevar a cabo la labor higiénica, que es la más importante en este caso.

Si a la parte temporal nos tuviéramos que reducir, la protección del "scoutismo" se hace indispensable, aumentando el número de dichas corporaciones, ya existentes, y encauzando sus actividades hacia la salida periódica y constante de grupos de "boy scouts," para ir a instalar campamentos en sitios previamente escogidos. Esas colonias campestres, provisionales o temporales, como quiera llamárseles, se prestarían para efectuar una labor educativa de alta trascendencia, al mismo tiempo que se lograba la parte de cultura física que se busca.

He querido dejar para el final, lo que llamaba hace poco "el tratamiento médico." Si la médula de este asunto, como creo haberlo demostrado, no es otra cosa sino la eterna lucha contra la peste blanca, ¿por qué no echamos mano "del gran remedio," como lo califica la eminente doctora Casotto, miembro de varias instituciones científicas argentinas?

Hace mucho que vengo insistiendo en que nuestro Gobierno estudie la vacuna Antialfa de Ferrán, aplicada como preventiva contra la tuberculosis, y también como curativa de padecimiento fímico. Ahora insisto, de nueva cuenta, porque doce años de estarla usando me han llevado al convencimiento absoluto de que, en ese preparado biológico, se encierra el arma más efectiva para defender a la niñez del ataque fatídico y multiforme del bacilo de Koch y sus ancestros. Al hacer esta proposición, yo no pretendo que nuestras autoridades hagan ensayos; quiero simplemente que realicen demostraciones. Es hora de que orientemos nuestra conducta por caminos firmes y capaces de conducirnos a la realidad, abandonando para siempre la carga de prejuicios y de idealismos risibles, que nos impiden nuestro desenvolvimiento total.

Y trazado ya el esbozo que me proponía, he aquí las conclusiones que me permito sugerir.

1ª Con el fin de estudiar la posibilidad de establecer colonias campestres y marítimas para niños convalecientes y desnutridos, que nombre el Congreso una comisión que estudie y redacte un proyecto aplicable a nuestro país.

2ª Que se considere, por parte de nuestro Gobierno, la posibilidad de fundar escuelas campestres, a donde se admitieran determinados alumnos que por su edad y condiciones de salud, merecieran especial atención.

3ª Que se dé un amplio apoyo, y el mayor impulso que sea posible, al "scoutismo."

4ª Que se haga un amplio estudio del empleo de vacuna Antialfa y de sus ventajas, como se ha hecho en otros países.

COLONIAS CAMPESTRES Y MARITIMAS PARA NIÑOS CONVALECIENTES Y DESNUTRIDOS

Dr. CARLOS HERNANDEZ MIYARES,
Dra. GERTRUDIS AGUILERA,
Habana, Cuba.

INTRODUCCION

CORRESPONDIENDO a la amable invitación de la Comisión Organizadora del Séptimo Congreso Panamericano del Niño, la Sociedad Cubana de Pediatría ha aceptado gustosa el encargo de desarrollar uno de los temas oficiales de la Sección Cuarta de ese Congreso, titulado: "Colonias Campestres y Marítimas para niños convalecientes y desnutridos."

Es para mí un alto honor haber sido designado por la citada Sociedad Cubana de Pediatría, para mantener en su nombre el tema que se le ha encargado, y aun cuando cualquiera de los compañeros que a diario laboramos en el seno de este ambiente de cultivo infantil, podría de modo más brillante haber cumplido encargo tan honroso, no podría haberlo hecho con más amor ni con más entusiasmo, ya que el tema a tratar ha sido objeto de preferente atención por nuestra parte, y precisamente en el momento actual laboramos intensamente en la materia.

Es altamente sugestiva la natural preocupación de los pueblos modernos, en donde el índice de cultura es paralelo al de su grandeza intrínseca, al contemplar cómo se esfuerzan, del modo más intenso, en conseguir a toda costa el bienestar de sus niños, ofreciéndoles las mejores condiciones de desarrollo a los que han tenido el privilegio de nacer perfectamente normales; brindándoles asimismo la oportunidad a los que han nacido tarados o imperfectamente desarrollados, para corregir sus taras; en lo posible, y completar su desarrollo en las mejores condiciones, de modo tal, que lo asimilen en el mayor porcentaje posible al estado de salud óptima que les permita ingresar de una manera útil en el contingente que habrá de constituir la población del mañana. Y no es ésta una preocupación que sólo afecte a determinados organismos o componentes racionales, sino que se reparte por igual, con una amplia y difundida responsabilidad, tanto para los individuos en su concepto particular como miembros aislados, del agregado social, o en funciones de colectividades institucionales privadas; como para ese gran organismo representativo de la nación, que cons-

rique Núñez de Villavicencio, en su paso por la Secretaría de Sanidad y Beneficencia de Cuba, y en ocasión de presidir el Tercer Congreso Médico Nacional: "Conviene más al porvenir y bienestar de la patria, conservar hijos que la amen, que atraer extranjeros que la sirvan." Cada pueblo ha hecho de la atención del niño un religioso credo, y era natural que entre otras cosas se le procurara los medios de restablecimiento y de fácil convalecer, cuando hubiesen escapado a graves enfermedades agudas, o fuesen tenedores de infecciones crónicas, altamente diezmannes, como la tuberculosis, y así surgen los establecimientos que han de ofrecerle al niño lugar de convalecencia y reposo; es decir, estancias apropiadas para niños enfermos y se busca unas veces la altura de la montaña, la tranquilidad y el reposado ambiente de la campiña, las alegrías del valle o las refrescantes brisas de los litorales fluviales, lacustres o marítimas y, por lo tanto, se establecen estancias en colinas, en valles, en ríos, en lagos y en las orillas del mar; especialmente en los sitios arenosos, en las playas. Si a la idea de restablecimiento de una enfermedad ya pasada o en acción, con un fin especialmente médico-higiénico, se unen la práctica de ofrecer al niño incapacitado por su condición social, el disfrute de las naturales alegrías del juego al aire libre, se observará la acción privada nacida en el sentimiento caritativo, de invitar especialmente a los escolares, a pasar un día de campo, a realizar excursiones a determinados lugares más o menos pintorescos; y así va avanzando el concepto, quedando naturalmente en su ruta formados los establecimientos para niños enfermos, y más tarde los establecimientos para niños débiles o convalecientes, y en último término, el establecimiento para niños sanos, cuya estancia temporal, en determinadas épocas del año, en sitios de esparcimiento libre, son ni más ni menos que la formación de los centros a que se alude en el tema que de un modo técnico hemos de desarrollar en el curso de nuestro trabajo.

Claro está que aunque en la hora presente estas instituciones se nos muestran perfectamente regladas, convenientemente dirigidas, poniendo al servicio de las mismas todos los elementos de la técnica más acabada, no es menos cierto que, como veremos a propósito de la síntesis histórica que habremos de hacer, estas estancias principalmente veraniegas, conocidas hoy con el nombre de Colonias Infantiles, tienen verdaderas representaciones desde épocas bastante alejadas del presente, siendo, naturalmente, Europa, como lo ha sido en otros órdenes el Continente, creador de los orígenes de las mismas.

Nuestro país, por su carácter insular, por su climatología que felizmente para nosotros nos aporta un considerable por ciento de nuestro índice de salubridad, no ha dejado, naturalmente, de incorporarse de inmediato a las corrientes naturales que se dirigen hacia la defensa del niño, y apartándose totalmente de las doctrinas educacionales de tipo colonial, donde los regímenes punitivos caracterizaban una enseñanza medioeval, ha instaurado en Cuba republicana los más modernos conceptos de la pedagogía contemporánea, y al par que los progresos higiénicos han avanzado, se han ido reflejando sobre las instituciones dedicadas a la defensa del niño, pudiendo felizmente ofrecer en el momento actual algunas unidades en la extensa cadena de protección a la

COLONIAS CAMPESTRES Y MARITIMAS INFANTILES

infancia, que si bien no gozan del lujo de detalles con que en algunos países como los Estados Unidos de Norteamérica se nos ofrecen, dispensan ciertamente un positivo beneficio en el desarrollo físico y moral de nuestros niños.

FINES DE LAS COLONIAS INFANTILES

"El niño tiene derecho a recibir de la Sociedad los medios suficientes para desarrollarse libremente, así en lo físico como en lo espiritual."

Reconociendo todos los países civilizados los derechos que tiene el niño a su felicidad y a desarrollarse en perfectas condiciones de salud, han ido surgiendo las instituciones que se ocupen de brindar a éste los medios de obtener la manera de librarse de las influencias nocivas del ambiente de miseria en que viven por pertenecientes a las clases más pobres.

La primera atención que se tomó en cuenta, fué brindar al niño escuelas donde se nutriera de las enseñanzas que lo hicieran apto para desenvolverse en la vida. Surgen después los hospitales donde se atiende a sus enfermedades, y más tarde asilos, donde se recluye a aquellos cuyos familiares no dispongan de medios suficientes para atender a las más indispensables necesidades de la vida o a los que habiendo perdido sus padres, han perdido a aquel que llevaba el pan a la casa.

Los planes de estudio, en la escuela primaria, fueron siempre atendidos como obligación primordial de los Estados, pero sin preocuparse mucho en cuanto a la vida higiénica del niño, fuera de la escuela.

Pero al pasar los años, la sociedad se va dando cuenta de que la felicidad del niño no consiste sólo en educarlo.

El niño, en efecto, adquiere los conocimientos que le dictan sus maestros, pero se le ve en la escuela como si estuviera fuera del ambiente; en muchos de ellos, la aversión a la escuela y al medio social en que se va desenvolviendo, los hace mostrarse retraídos; llega a su casa, y sólo encuentra allí estrecheces, ya que la vivienda de sus padres es el tipo de vivienda colectiva donde no dispone de lugares dedicados a la expansión, a los juegos propios de la niñez; se observa que le falta algo para ser feliz; desconoce ciertos goces espirituales que los niños de familias acomodadas conocen; no sabe de las enseñanzas y las bellezas que brinda la naturaleza; sólo conoce las limitaciones y angustias de todo género, y en ellas va moldeándose su espíritu, acabando por convertirse en un elemento negativo para la sociedad, a la que no ha comprendido.

Falta algo que complete el desarrollo físico y espiritual del niño, ya como muy bien dice el señor M. B. Cossío, en su reseña de la primera Colonia Escolar de Madrid: "Los asilos apartan al niño de su familia; los hospitales sólo sirven para los que padecen más que una diátesis, una enfermedad definida, crónica o aguda; los hospicios marítimos no atienden a la educación, sino únicamente a la salud, y las excursiones y viajes campestres de cierta duración, no son asequibles más que para individuos sanos y resistentes, que pueden soportar sus fatigas, aprovechando un régimen fortificante."

Es entonces que la sagacidad de los maestros descubre la existencia del niño débil entre la masa escolar. "Por desgracia, la debilidad del niño no es una enfermedad infecciosa como el sarampión o la tos convulsa, ni produce dolores como el reumatismo," ha dicho, con muy buen juicio, Ernesto Nelson; y por eso se necesitó de la constante atención hacia los escolares, para descubrir a los débiles, a aquellos que no necesitan la atención de un hospital, sino de una vida higiénica, en contacto directo con la naturaleza, a pleno aire, a pleno sol, de la que habían estado privados.

Las Colonias Infantiles llenan en parte este vacío. Ellas brindan al escolar débil no sólo la alimentación correcta y la vivienda apropiada, sino la oportunidad de apartarse de las aglomeraciones de las grandes ciudades, donde en lugares escogidos y preparados al efecto, pueden gozar de la mayor libertad posible, llevando a cabo los juegos y deportes que no podían practicar en la ciudad, por carecer de lugares para ello; donde robustece sus músculos y enriquece su sangre aumentando la tasa de hemoglobina y de glóbulos rojos; donde de una manera agradable va captando los buenos hábitos higiénicos y morales; va aprendiendo en contacto con sus demás compañeros, las costumbres que lo harán apto para vivir en sociedad; va perdiendo su aversión al medio ambiente en que se venía desarrollando; y en fin, bajo la dirección de maestros especializados, enriquece sus conocimientos en el libro abierto que es la naturaleza, que le brinda sus bellezas y sus enseñanzas, al mismo tiempo que los elementos que van robusteciendo su cuerpo y su espíritu.

Estas enseñanzas que le brinda la Colonia, no serán sólo beneficiosas al niño; él transmitirá al hogar los buenos hábitos adquiridos, y así la Colonia actuará indirectamente sobre los hogares, ignorantes hasta entonces de las sanas prácticas que los hijos aprendieron.

Ese es, pues, el fin primordial de las Colonias Infantiles: combaten los estragos que la falta de cuidado del hogar, la vivienda antihigiénica y la alimentación escasa o inadecuada de las clases menesterosas, causan al niño; brindan a éstos, lugares donde pasar las horas de solaz y esparcimiento; y les inculca prácticas y conocimientos que los prepara para ser en el futuro ciudadanos aptos y robustos, fuertes de mente y de cuerpo; para ser en el mañana, el héroe anónimo del trabajo o el conductor de pueblos.

ROSQUEJO HISTORICO GENERAL

Es a Europa a quien corresponde la gloria de haber establecido la primera Colonia Infantil, y no podía haberse escogido mejor teatro que Suiza, para desarrollar la bella idea del Pastor Evangélico M. W. Bion, quien en el año de 1876, durante los meses de verano, condujo 68 niños de ambos sexos, de la ciudad de Zürich, a las montañas de Appenzell, donde los hizo permanecer dos semanas, disfrutando de plena libertad, a pleno aire y sol, bajo la dirección de maestros que sabían hacerles ver las enseñanzas que les brindaba la naturaleza. Han quedado establecidas las Colonias Infantiles. Ha sido creada esta gran obra en defensa del niño débil.

COLONIAS CAMPESTRES Y MARITIMAS INFANTILES

La idea lanzada por el pastor Bion, se difunde en Europa entera; los brillantes resultados obtenidos en su primera Colonia, van llegando a los distintos países. Alemania es la primera que recoge la idea y la pone en práctica al siguiente año. En el año de 1878 surgen las Colonias en Inglaterra.

La obra de las Colonias avanza, se engrandece, en la propia Suiza; la acción de los informes de Bion, da lugar a que se creen nuevas Colonias en Neufchâtel, Schanffhouse y Coira.

Austria sigue a Inglaterra, inaugurando en 1879 su primera Colonia de Vacaciones, y entre los años de 1880 y 81, van surgiendo Colonias Infantiles en Italia, Polonia, Suecia y Noruega.

En el propio año de 1881, el Pastor Evangélico Lorriaux, crea, cerca de París, la obra de Les Trois Semaines, con brillantes resultados.

En este año, la obra de las Colonias Infantiles ha alcanzado una resonancia tal, que el profesor doctor Falk, Ministro de Instrucción Pública de Alemania, promueve el Primer Congreso Sobre Colonias Escolares de Vacaciones, que tuvo lugar en Berlín, y en el que estuvieron representadas 24 ciudades de Alemania, Austria y Suiza, discutiéndose ampliamente sobre el progreso de la obra y sobre sus posibilidades futuras.

San Petersburgo en 1882, Holanda en 1883, y Bélgica en 1886, van siguiendo los pasos del Pastor Bion, en Europa.

El Museo Pedagógico de Madrid, a iniciativa de don Manuel Bartolomé Cossío, organiza, en 1887, la primera Colonia de Vacaciones que se funda en España.

La consagración definitiva de la obra de las Colonias Infantiles, corresponde a la celebración del Segundo Congreso efectuado en Zúrich, en 1889. Tres nombres se destacan esplendorosamente como apóstoles de esta obra: el del Pastor Bion, principal fundador e iniciador de las Colonias; el de Edmundo Cottinet, ilustre literato francés, a quien cupo la gloria de intensificar esta obra en su país; y Manuel Bartolomé Cossío, generador e impulsador de la misma, en España. Los informes de estos tres esforzados paladines de las Colonias Infantiles, son las fuentes en que hay que nutrirse sobre la historia de estas instituciones. Este Congreso de Zúrich fué presidido por el Pastor Bion, como homenaje de consagración al mismo. El señor Cossío asistió en representación de España, aportando una Memoria en que describía los éxitos obtenidos por la segunda de las Colonias organizadas en España por el Museo Pedagógico de Madrid, en el año de 1888.

Se discutió en este Congreso sobre Organización de las Colonias en cada país; y una de las conclusiones más importantes fué la de tratar de mover la opinión por medio de la propaganda más intensiva para lograr un ideal hermoso "que ni un solo niño débil, de las escuelas públicas, pierda la oportunidad en su edad más apropiada, de salir al campo a restaurar su salud."

La idea lanzada por el Pastor Bion, traspasa los mares y llega a América. Los Estados Unidos recogen la idea, y surgen las iniciativas privadas. Es Ernest Balch, el apóstol de las Colonias Infantiles en este país, quien en 1881 inicia la obra, fundando una Colonia privada, llevando a dos niños a Big As-

quam. En el propio año, adquiere en compra la isla Chocorua. La idea lanzada por Mr. Balch, tuvo una fría acogida entre los maestros, con la sola excepción del profesor Wentworth de Exeter, quien sin haber visitado la Colonia de Mr. Balch, encontró valiosas las ideas que éste le exponía. Entonces el General Armstrong, que pasó unas cuantas semanas en la Colonia, proclamó su opinión y se expresó con ideas generosas. Fue necesario que el General Armstrong y Mr. Prissell, de Hampton School, expusieran sus razones y defendieran la doctrina de las Colonias Infantiles. En el año de 1893, apareció en el *Mc. Clure's Magazine*, un artículo suscrito por Mr. Ernest Balch y su hermano, sobre este asunto, y desde ese momento las Colonias de Verano se multiplicaron rápidamente. La primera Colonia de Mr. Balch funcionó y estuvo bajo su dirección hasta el año de 1899.

Corresponde a la República Argentina el honor de haber sido el primer país de la América Latina que recoge la idea de las Colonias Infantiles, lo que ocurrió en 1902, cuando la Liga Argentina contra la Tuberculosis, con la cooperación del Patronato de la Infancia, envía el primer contingente de escolares al establecimiento de esta última Institución, en Claypole.

Pero no es hasta 1907, cuando la Sociedad Escuelas y Patronatos especializa su acción en esta esfera de actividades sociales, que la Argentina contó con Colonias de Vacaciones. Esta Sociedad sostiene colonias veraniegas y permanentes para varones y para niñas, habiendo enviado a estas Colonias, desde su fundación, más de 85,000 niños débiles, de las escuelas argentinas.

También sostienen Colonias en la República Argentina, la Sociedad de Beneficencia, la de Damas de la Caridad y la Compañía de Tranvías Anglo-Argentina, para los hijos de sus empleados.

Sigue a la Argentina, en el orden crorológico de establecimiento de Colonias Infantiles, Chile, quien debe la fundación de estas instituciones, en el año de 1904, a la iniciativa de un espíritu entusiasta: don Domingo Villalobos. Las principales ciudades de Chile cuentan con Colonias Infantiles a las que acuden cada año, miles de niños débiles, de sus escuelas públicas.

En 1916, Brasil se enrola en este movimiento en favor de la niñez débil, adquiriendo la Municipalidad de Río de Janeiro una casa y terreno perfectamente adecuados para Colonia de Vacaciones, en Tijuca, donde podían alojarse cómodamente de 80 a 100 niños.

Desde luego, que sólo mencionamos los países de América que fueron iniciadores de este movimiento, ya que casi todos los demás han hecho ó están haciendo esfuerzos en pro del establecimiento de Colonias Infantiles.

ORIGENES Y DESARROLLO DE LAS COLONIAS INFANTILES EN CUBA

No es hasta el año de 1911, que se instala por primera vez, en nuestro país, una Colonia Infantil de Vacaciones.

A iniciativa de un grupo entusiasta de maestros de La Habana, el señor Secretario de Instrucción Pública y Bellas Artes, dictó una resolución por la

COLONIAS CAMPESTRES Y MARITIMAS INFANTILES

que nombró el Comité Organizador de la Colonia "América," que fué el nombre con que se la bautizó. Este Comité Organizador quedó integrado por las siguientes personas:

Presidente, doctor Luciano Martínez, en aquella época Superintendente Provincial de escuelas de La Habana. Vicepresidente, doctor Julio Quintana. Secretario, señor Leopoldo Ruiz Tamayo. Vocales: señorita Dolores Borrero, Félix Callejas, Juana Carrillo de Castillo, doctora Carolina Poncet, señor Juan Francisco Zaldívar, doctor Nicolás Pérez Reventós, y señor Salvador de la Torre.

Este Comité laboró intensamente para lograr la instalación de la Colonia "América," llevando a cabo una colecta entre personas caritativas y comerciantes, llegando a reunir el material y el numerario necesario para la instalación y mantenimiento de la Colonia. Tuvo a su cargo también la selección de los niños que habrían de concurrir; y por fin, el día 14 de julio del año 1911, vieron coronados sus esfuerzos por el éxito, llevando a cabo la inauguración de la Colonia "América," con 26 niños débiles, de nuestras escuelas públicas, en la Loma de Candela, en la Carretera de Güines.

Hemos tenido la fortuna, gracias a la gentileza del señor Manuel González Quintana, alto empleado de la Superintendencia de escuela de La Habana, y Vicedirector que fué de la Colonia "América," de examinar el expediente de la Colonia "América," que se guarda en los archivos de la Superintendencia mencionada. De dicho expediente hemos extraído los datos que damos a continuación, y que consideramos de alto interés, ya que se trata del primer esfuerzo realizado en Cuba para la fundación de las Colonias Infantiles.

Situación de la Colonia

La Colonia "América," fué instalada en la Casa Escuela y en la Casa de Vivienda de la Directora de la Escuela Pública, situada en la Loma de Candela, en la Carretera de Güines, una de las alturas más importantes de la provincia de La Habana.

Personal de la Colonia

Figuró como Director de la Colonia, el señor Pablo J. Montes, entonces Inspector escolar del Distrito de Güines, y como Vicedirector, el señor Manuel González Quintana. Cooperaron intensamente la esposa y los hijos del Director, prestando sus servicios profesionales como médico de la Colonia, el doctor Manuel Hernández Duarte, en aquel entonces Jefe local de Sanidad de Güines.

La organización interior de la Colonia, estuvo principalmente a cargo del Vicedirector, señor González Quintana, quien redactó los horarios, menús, etc.

El horario basado en dar a los niños débiles el mayor descanso posible, combinaba hábilmente los juegos de campo y de salón, los juegos libres y los ejercicios con período de descanso en los cuales se llevaban a cabo lecturas

MEMORIA DEL VII CONGRESO PANAMERICANO DEL NIÑO

por los maestros y los alumnos, redacción de los diarios de los colonos, trabajos manuales ligeros, etc. Una de las actividades que más importancia se le dió, fué la realización de excursiones, perfectamente metodizadas, aumentando la distancia paulatinamente. De esta manera, pretendían brindar al alumno un período de descanso, con alimentación abundante y sana y aire puro, a la vez que se aprovechaban las lecturas y las excursiones como medios de enseñanza incidental, que mantuviera los conocimientos adquiridos en la escuela, frescos, sin obligarlos a seguir cursos previamente metodizados.

Los resultados de este primer esfuerzo de Colonia Infantil, hecho en Cuba, fueron altamente satisfactorios, como se desprende del informe final que fué presentado al clausurarse, por sus dirigentes.

De este informe final, extraemos los siguientes datos que consideramos altamente interesantes:

A cada niño se le formó su expediente personal, que constaba de su hoja sanitaria, su cédula escolar y su ficha antropométrica. De los resúmenes que figuran en este informe final, son las conclusiones que demuestran los beneficios que obtuvieron los colonos.

Número de niños que concurrieron: 26.

Blancos, 19. Negros, 7.

POR EDADES

De 8 años.....	3
De 9 años.....	6
De 10 años.....	5
De 11 años.....	4
De 12 años.....	3
De 14 años.....	4

Eran alumnos comprendidos entre el primero y el cuarto grado.

Progresos en el peso:

Aumentaron de peso: 25.

Descendió de peso: 1.

Aumentaron menos de un kilo.....	3
Aumentaron más de 1 kilo.....	11
Aumentaron más de 2 kilos.....	5
Aumentaron más de 3 kilos.....	5
Aumentaron más de 4 kilos.....	1

COLONIAS CAMPESTRES Y MARITIMAS INFANTILES

Progresos en el perímetro torácico:

Aumentaron el perímetro torácico.....	21
No aumentaron.....	2
Disminuyeron	3
Aumentaron menos de 1 cm. el perímetro torácico..	3
Aumentaron más de 1 cm.	7
Aumentaron de 2 a 3 cms. el perímetro torácico....	7
Aumentaron más de 7 cms.	1
Aumentaron de 4 a 5 cms.	3

Presión manual dinamométrica:

Aumentaron la presión manual.....	24
Disminuyeron ,.....	2

Enfermedades que padecieron:

Ingesta	1
Parotiditis	2
Absceso del pie.....	1

Las cifras apuntadas dan una idea muy gráfica de los beneficios que se lograron en esta primera Colonia Cubana, que como expresan en el informe final sus dirigentes, no consistió en engordar a los niños, sino en robustecer sus músculos, enriquecer su sangre y brindarle un período de vacaciones de seis semanas, en que llevaron una vida higiénica, a pleno aire, y con alimentación sana y abundante, ofreciéndoles distracciones de las que nunca habían disfrutado, y poniendo en sus almas nuevas esperanzas, para hacerlos ciudadanos aptos para el futuro.

Lamentamos muy de veras no poder acompañar fotografías de esta primera Colonia, de las que existían gran cantidad, pero sólo se conserva en el archivo una del botiquín, ya que las demás se extraviaron al darlas a la imprenta, en aquella época, con la idea de publicar la Memoria de esa Colonia, que por causas que ignoramos, no llegó a ver la luz.

1914

Tenemos noticias, por la señora Antonia Prieto, enfermera jefe del Servicio de Higiene Infantil de nuestra Secretaría de Sanidad, de que en el verano de este año, se estableció una Colonia Infantil en el campamento de Tiscornia, que fué dirigida por la señorita Martina Guevara.

La organización de esta Colonia Marítima, se nos dice que fué muy buena, y sus resultados muy satisfactorios; pero la señorita Guevara no nos ha podido dar los datos exactos, ni en la Secretaría de Sanidad tampoco los hemos encontrado.

1930

Primer Campamento de Verano, "Crusellas," organizado y sostenido por los fabricantes del jabón "Candado"

Colonia Marítima. Capacidad: 125 niños.

Número total de niños que concurrieron: 750.

El Campamento de Verano "Crusellas," funcionó en el año de 1930, durante los meses comprendidos entre junio y septiembre, estando situado en la playa de varadero, Cárdenas.

Su capacidad era de 125 niños, que concurrían al campamento en expediciones, dividiéndose dichas expediciones por provincias, comenzando por Oriente, siguiéndole Camagüey, las Villas, Matanzas, Habana y Pinar del Río.

Los niños se escogían por medio de un concurso entre todos los municipios de la República.

Al llegar al campamento, eran seleccionados, atendiendo a su edad y condiciones físicas, y distribuidos por grupos o "compañías," al frente de las cuales se encontraba un profesor (persona especializada, capacitada, con visión moral y devoción por el niño).

En el Campamento de Verano "Crusellas," se llevó a vías de hecho, por primera vez, en Cuba, el sistema de residencias pequeñas, en las cuales se alojaban ocho niños, basado esto en que toda agrupación donde vivan niños, deben procurar ser verdaderos substitutivos del hogar.

Lo que parecía imposible, y que diferentes pedagogos cubanos auguraron como un fracaso, dió un resultado inmejorable y positivo:

En el aspecto médico se siguió el siguiente método:

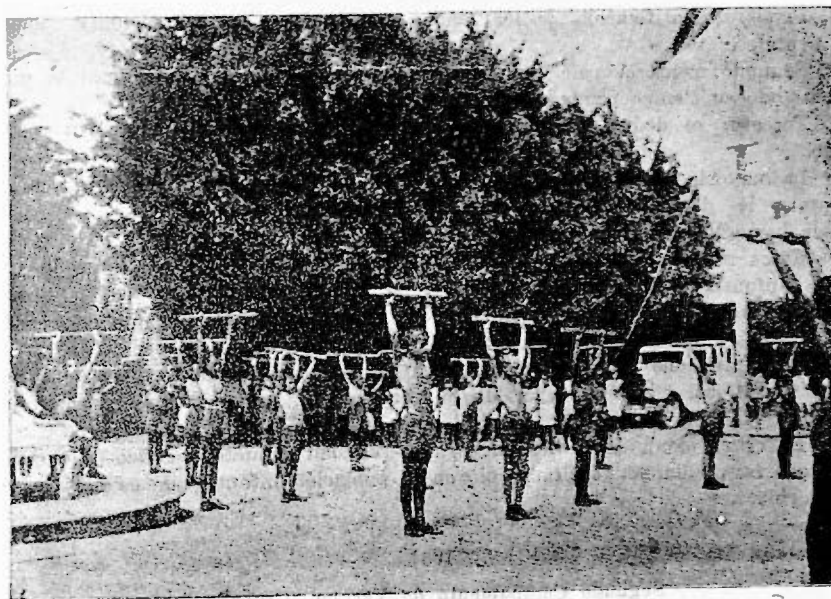
- a). Estricta atención en la parte sanitaria.
- b). Agua pura y suficiente.
- c). Alimentos puros y balanceados.
- d). Seguridad en todas las actividades del niño.
- e). Reconocimiento físico del niño.
- g). Análisis.
- h). Enseñanza de hábitos sanitarios.
- i). Enseñanza de principios de Higiene y Fisiología.
- j). Educación física y deportes.
- k). Juegos.
- l). Enseñanza de primeros auxilios.
- m). Vestidos apropiados.

COLONIAS CAMPESTRES Y MARITIMAS INFANTILES

El examen de las heces fecales, reveló un hecho trascendental para la vida del niño cubano: más de 70 por ciento de los casos, resultaron positivos de parasitismo intestinal, debiendo hacer constar que estos análisis se realizaban a "grosso modo," que no eran realizados en niños de una sola localidad, sino en niños de toda la República.

Los niños, en este primer campamento, sólo permanecían dos semanas; pero a pesar de esta corta vacación, su aspecto externo cambiaba radicalmente.

Este campamento fué supervisado por el Coronel Eugenio Silva, siendo su director médico el doctor Gustavo A. Bock, bajo cuya dirección estaban la parte sanitaria, la educación física y los deportes.



Colonia Infantil "Habana."
Los niños realizando ejercicios calisténicos.

1930-31

Colonia Infantil "Habana" (Tiscornia)

Colonia Marítima. Capacidad: 140 niños (mixta).

Números de niños que concurrieron en total: 140.

La Colonia Infantil "Habana," fué creada por el Patronato para la Protección de la Maternidad e Infancia, que radica en la Secretaría de Saridad y Beneficencia, y funcionó desde fines de agosto, hasta octubre del año 1931.

MEMORIA DEL VII CONGRESO PANAMERICANO DEL NIÑO

Esta Colonia estaba compuesta por niñas y niños; de los niños existían 80, y de las niñas 60, fluctuando su edad desde los seis años, hasta los catorce.

En todo el tiempo que estuvieron los niños reclusos, se trató que tuvieran un ambiente agradable y lleno de bondad, utilizándose para este fin un personal seleccionado y capacitado, que comprendiera las necesidades psicológicas y sociales de la niñez y la adolescencia.

A pesar de que existía una disciplina perfecta, se evitaba por todos los medios la regimentación, tratando de darle al niño personalidad, reconociendo que el niño es un individuo, y que sólo como tal es que puede desarrollarse normalmente.

Se tomaron en consideración los siguientes puntos:

Primero: clasificación de los niños, atendiendo a sus condiciones físicas y mentales.

Segundo: confección de un horario humano y científico, en el cual el niño tenía todo su tiempo ocupado en cosas útiles.

Tercero: se dedicó preferente atención a las necesidades recreativas del niño.

La mayoría de los niños mayores de diez años, eran analfabetos; las caries dentales les destruían casi por completo sus dientes, y al hacerles la prueba de la hemoglobina, se encontró un promedio de 40 a 60 por ciento.

Estos mismos análisis y pruebas, fueron ejecutados al terminarse la Colonia Infantil, y fué verdaderamente sorprendente el aumento de su hemoglobina, motivado, más que nada, por esa vida higiénica en la que se enseñó a los niños a vivir a pleno sol, a pleno aire, a plena agua.

El parasitismo intestinal, como siempre, demostró el tanto por ciento de casos positivos, siempre mayor de 80, que existe, aunque éstos sean niños de la ciudad de La Habana.

En esta Colonia Infantil se llevó a la realidad el método cívico-físico-militar que tan brillantes resultados dió en la población infantil que se alojaba en Tiscornia.

1931

Segundo Campamento de Verano "Crusellas"

Colonia Marítima. Capacidad: 200 niños.

Este segundo Campamento de Verano "Crusellas," establecido por los fabricantes del jabón Candado, en la playa de Varadero, Cárdenas, Cuba, duró desde el mes de junio, hasta agosto, concurriendo al mismo 800 niños procedentes de todos los municipios de la República, en cuatro grupos de 200 niños cada uno.

El método seguido para la selección de los niños, fué por medio de cupones, que los mismos remitían a las oficinas de la Compañía, y que por acumulación servían a los que mayor número de ellos tuvieran para concurrir durante 21 días al Campamento de Verano, en la playa de Varadero.

COLONIAS CAMPESTRES Y MARITIMAS INFANTILES

Esta propaganda comercial fué de magníficos resultados, por extenderse sus beneficios a todos los niños de la República, y en la cual se incluía el transporte desde el lugar de residencia del niño, y la vuelta a su hogar, con todos los gastos pagados, sus equipos de deporte, uniformes, y su estancia en el campamento durante los 21 días.

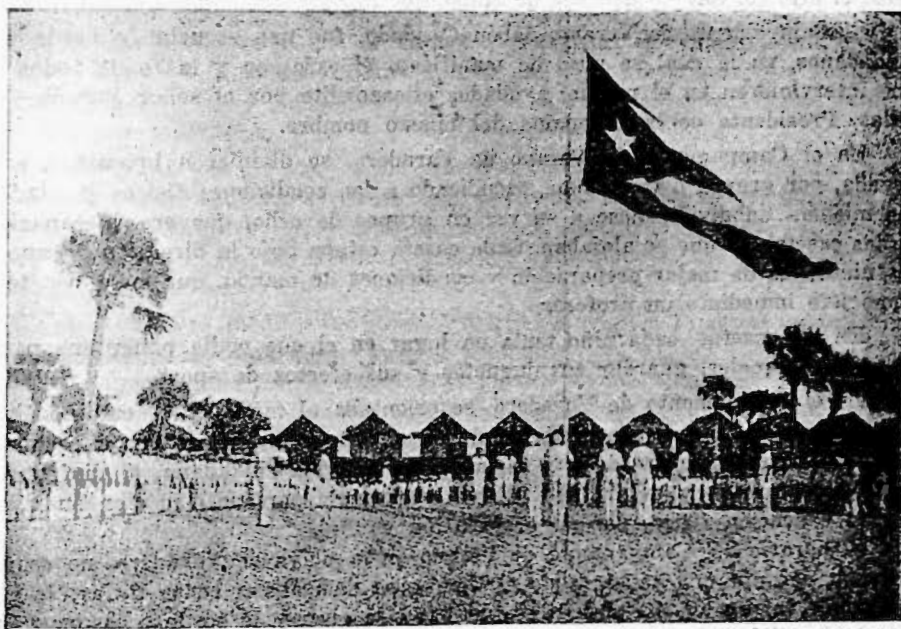
Este campamento siguió las mismas normas del de 1930.

1932

Tercer Campamento de Verano "Crusellas"

Colonia Marítima. Capacidad: 400 niños.

Número total de niños que alojó: 1,200.



Campamento de Verano "Crusellas."

Formación de los colonos en el momento de arriar la bandera. Obsérvese al fondo las viviendas pequeñas. En cada una de éstas se alojaba un grupo de ocho niños.

El tercer Campamento de Verano "Crusellas," establecido por la fábrica de jabón Candado, funcionó durante los meses de junio, julio y agosto y primeros días de septiembre del año 1932, en la playa de Varadero, Cárdenas, Cuba.

Este campamento alojó el mayor número de muchachos que ha tenido ningún campamento en Cuba, pues tuvo 1,200 niños, divididos en tres expediciones, que se dividieron una entre las provincias de Oriente y Camagüey, otra entre Santa Clara y Matanzas, y la última entre Habana y Piñar del Río.

La movilización de esta inmensa cantidad de niños, procedentes de todos los municipios de la República, fué un hecho digno de mención, que se realizó de una manera perfecta, siendo recogidos los niños en su lugar de residencia, transportados a través de toda la isla, para ser llevados a la playa de Varadero, y más tarde devueltos a su lugar de procedencia; todo esto se llevó a cabo con la regularidad de un magnífico reloj, utilizándose para el grueso de la expedición los ferrocarriles. Al frente de los grupos iban los profesores del campamento, bajo cuya protección y seguridad viajaban los niños.

Algunos de los concursantes tuvieron que utilizar casi todos los medios de transporte conocidos, para llegar a la playa de Varadero: caballo, automóvil, aeroplano, barcos, ferrocarril, guaguas, etc.; aun el lugar más distante de Cuba, la Punta de Maisí, tuvo su representante en el Campamento de Varadero: el hijo del torrero del faro de Maisí, que hizo el viaje en aeroplano.

El Campamento de Verano. Jabón Candado, fué una escuela de verdaderos ciudadanos, en la cual se puso de manifiesto el esfuerzo y la fe de todos los que intervinieron en el mismo, ayudados eficazmente por el señor Ramón Crusellas, Presidente de la Compañía del mismo nombre.

En el Campamento de Verano de Varadero se dividieron los niños, a su llegada, por grupos o compañías, atendiendo a las condiciones físicas y edad de los mismos, subdividiéndose a su vez en grupos de ocho, que era la capacidad de las casetas en que se alojaban. Cada caseta estaba bajo la dirección de uno de los niños, los de mejor preparación y condiciones de mando, que a su vez tenía como jefe inmediato un profesor.

En las casetas cada niño tenía un lugar en el que podía poner sus pertenencias personales, guardar sus juguetes y sus efectos de sport.

En el Campamento de Varadero se orientaba al niño por el camino firme de la disciplina social, acostumbándole en el libre ejercicio de sus derechos y en la observación de sus deberes, a la verdadera vida ciudadana, al disfrute de la libertad propia y del respeto ajeno, a adquirir personalidad por su vigor, por la educación física, por su preparación mental.

El horario del Campamento de Verano en la playa de Varadero no se modificaba por ninguna causa; todo el tiempo se dedicaba a cosas útiles; la mañana a la inspección, los deportes y al baño de mar, y la tarde a las enseñanzas de las diferentes asignaturas que se cursaban en el campamento.

Los primeros auxilios, la Historia de Cuba, Geografía del lugar en que se encontraban, el aprendizaje del Código de señales por medio de banderas, las excursiones fuera del campamento, las peleas de boxeo, que tanto beneficio reportaron, el cinematógrafo; en fin, todas las actividades que se desplegaron en este campamento, hicieron que el resultado obtenido fuera halagüeño, y que la casa Crusellas y Compañía recibiera, al finalizar el campamento, multitud de cartas de los familiares de los niños, donde expresaban su complacencia del mejoramiento de sus hijos.

El Campamento de Verano de Varadero contaba con un magnífico hospitalito; con su sala para enfermos, su sala de infecciosos, su botiquín y sala

de curaciones, y en el cual, además, se podían realizar todas las investigaciones clínicas y de laboratorio. Los análisis de heces fecales que se realizaron, arrojaron un 70 por ciento de casos portadores de parásitos intestinales. En la sala de curaciones se realizaron multitud de operaciones menores.

No quiero dejar pasar un hecho fundamental, y es que casi todos los niños que pasaron por este campamento, aprendieron a nadar.

En el comedor, perfectamente instalado, con capacidad para quinientas personas, comían los niños en mesas de a ocho.

Todas las casetas y edificaciones estaban protegidas por dobles telas metálicas, para impedir la picada de los mosquitos.

La parte sanitaria, las duchas, inodoros, etc., podían presentarse como modelo de limpieza.

La ropa que se usaba era la adecuada para cada actividad; además, para las actividades de la tarde y noche, existía un Club amueblado con mesas de ajedrez, damas y otros juegos recreativos, y su radio correspondiente, teniendo anexa una biblioteca.

La disciplina, que es uno de los primeros obstáculos que se presenta en un campamento, por la natural inclinación del niño, fué contrarrestada con el sistema implantado, el cívico-físico-militar que, auxiliado por el Jurado, organismo integrado por los mismos niños del campamento, dió resultados verdaderamente notables.

Bajo el aspecto médico se prestó estricta atención a la parte sanitaria, a que el agua de consumo fuera pura y abundante (se utilizó para esto soluciones de hipoclorito). Se investigaba la pureza de los alimentos (sobre todo, la leche); el menú que se servía estaba completamente balanceado (en el desayuno, almuerzo y comida se servían al niño frutas frescas y ensaladas). Se procuró que todas las actividades del niño tuvieran una seguridad perfecta (a pesar de la enorme cantidad de niños y la variada clase de deportes: baños de mar, remos, botes de vela, no hubo que lamentar ningún accidente). El reconocimiento físico del niño, así como sus análisis, demostraron todo lo que puede hacerse por el niño cubano, con buena voluntad y devoción por el mismo; la enseñanza de hábitos sanitarios y principios de higiene (transmisión y manera de evitar las enfermedades), la educación física (científicamente dirigida), los deportes, los juegos en masa (oportunidad para la natural expresión de la personalidad del niño), la enseñanza de los primeros auxilios (respiración artificial, transporte de heridos, vendajes, etc.), y los vestidos apropiados.

Esta magnífica instalación fué destruída totalmente por el ciclón que azotó la ciudad de Cárdenas y la playa de Varadero, en el año 1933.

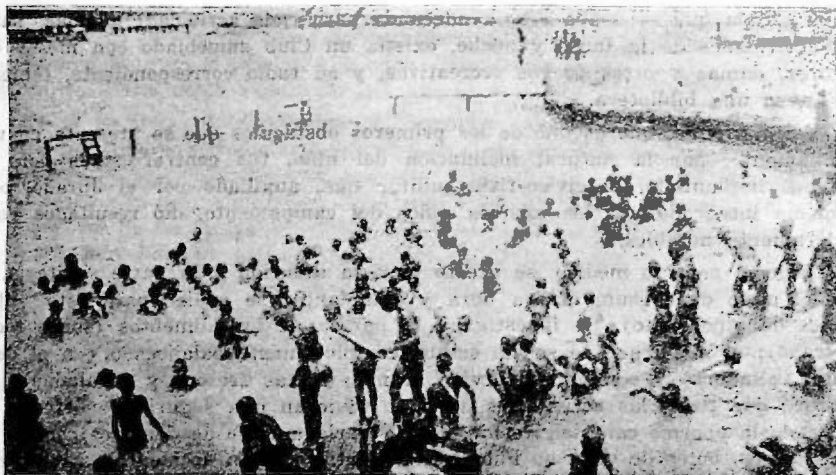
Actuó como director el doctor Gustavo Adolfo Bock, auxiliado eficazmente por los profesores Miguel A. Raymat, José Rivera, Delio González, Enrique Irizar, Cándido Ferreira, Lupercio Tejeda, Germán González, José R. Delgado, Antonio Moreno, doctora Piedad Bock, sargento Pedro Boza, Contramaestre Fernando Maestre.

1932

Colonia "Oriente"

Colonia Marítima. Capacidad: 250 niños.

El 24 de febrero de 1932, al poco tiempo de haber sido azotada la ciudad de Santiago de Cuba por el terremoto, a iniciativas del entonces Secretario de Instrucción Pública en beneficio de los niños pobres cuyo desamparo y miseria fué aumentado por los estragos del sismo, se inauguró en el Cayo "Dan," en la bahía de Santiago de Cuba, y bajo la experta dirección del doctor Gustavo Adolfo Bock, esta Colonia, con capacidad para 250 niños.



Colonia "Oriente."

Los niños toman su baño de mar.

Los niños fueron escogidos entre los más necesitados en Santiago de Cuba, pertenecientes a las escuelas públicas, por los Directores de las mismas, de acuerdo con el doctor Bock y el doctor Vidal Lastras, Superintendente provincial de Oriente.

Se investigó en cada uno el tanto por ciento de hemoglobina. Se les realizó un detenido examen de sus vías respiratorias superiores, que tanta importancia tiene en Patología Infantil, por la importancia que representa en el porvenir orgánico del niño. De una manera cuidadosa se llevó a cabo el examen de las heces fecales, acusando más de un 45 por ciento de casos portadores de parásitos intestinales.

COLONIAS CAMPESTRES Y MARÍTIMAS INFANTILES

El doctor E. J. Molina, Profesor de la Escuela Normal de Oriente, llevó a cabo el estudio paidológico de los colonos, de cuya labor rindió amplio informe al señor Secretario del ramo.

De los 250 niños ingresados correspondían, por edades y razas, los siguientes grupos:

EDAD	Blancos	Negros	Mestizos	Total
6 años.....	3	0	1	4
7 años.....	3	2	1	6
8 años.....	8	2	4	14
9 años.....	9	0	9	18
10 años.....	25	10	19	54
11 años.....	21	8	10	39
12 años.....	48	10	19	77
13 años.....	22	4	6	32
14 años.....	5	1	0	6
Totales.....	144	37	69	250

Todos los alumnos que concurrieron a esta Colonia efectuaron ganancias en talla, peso y capacidad respiratoria, siendo muy de apreciar que una gran mayoría ganaron en estos tres aspectos, y la casi totalidad, por lo menos, en dos de ellos.

Es de notar, como caso curioso, el de uno de los niños de esta Colonia, de trece años de edad, cuyo peso disminuyó un kilo 450 gramos, aumentó dos centímetros y 7 milímetros de talla, el mayor aumento ocurrido en los tres grupos. Este hecho demuestra claramente su crisis de crecimiento, habiéndole reportado la Colonia un gran beneficio, rebajando la gordura excesiva, y dándole fortaleza a sus músculos.

En los casos en que se anotó una disminución de la capacidad respiratoria, puede comprobarse que se debió a que sufrieron, durante su estancia en la Colonia, sarampión, con intensas manifestaciones catarrales.

Campamento Infantil "Camagüey"

Colonia Compestre. Capacidad: 400 niños (mixta).

Número total de niños que concurrieron: 400.

El Campamento Infantil "Camagüey" fué creado por la Secretaría de Instrucción Pública y Bellas Artes, con el fin de socorrer a la población escolar de la zona que había sido azotada por el ciclón que arrasó la ciudad de Santa Cruz del Sur y destruyó muchas poblaciones de la provincia de Camagüey.

Fué instalada en la antigua quinta de Van Horne, titulada "San Zenón de Buenos Aires," y que está situada muy cerca de la ciudad de Camagüey.

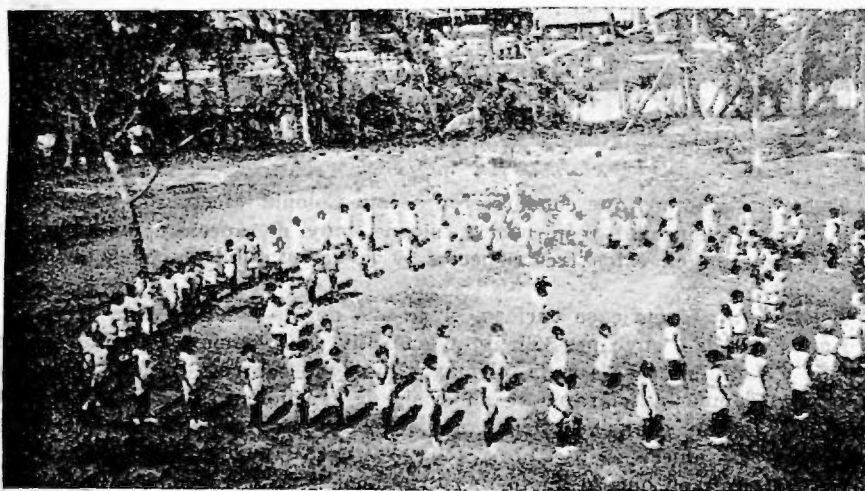
MEMORIA DEL VII CONGRESO PANAMERICANO DEL NIÑO

Esta magnífica quinta sirvió de alojamiento a doscientos cincuenta niños y ciento cincuenta niñas que fueron escogidos entre los huérfanos y familias pobres de la provincia de Camagüey.

Fué factor principal en el magnífico éxito obtenido la amplitud de sus terrenos, muy cerca de una caballería, en los cuales pudieron prepararse perfectamente varios campos de base-ball, volley-ball, rin de boxeo, pista para track, etcétera, contando además con una espléndida piscina que era el encanto de los niños.

La duración de este campamento fué desde principios de diciembre de 1932, hasta fines de febrero del año 1933.

En el horario se prestó preferente atención a la parte cultural, ensayándose las escuelas al aire libre, que trabajaron con una regularidad perfecta, y en las cuales los maestros, con un auditorio mixto, es decir, compuesto de niños



Campamento Infantil "Camagüey."
Las niñas se divierten practicando juegos variados.

y niñas, debajo de la sombra protectora de los árboles, explicaban las materias que siempre se indicaba fueran relacionados con la vida que rodeaba al niño en esos momentos.

El parasitismo intestinal, las caries dentarias, las deformaciones de la columna vertebral, tuvieron en este campamento su comprobación, y fueron remediadas en parte por la acción perseverante de todos los que actuaron en el mismo.

En el Campamento Infantil de Camagüey se siguieron los mismos métodos empleados en campamentos anteriores, contando con un personal especializado, con una práctica admirable, pues ya habían hecho de su vida una es-

pecialidad en estos asuntos; como era natural, los resultados obtenidos fueron brillantes y satisfactorios.

Las niñas, sobre todo, que desconocían totalmente los deportes, al finalizar el campamento, eran atletas en ciernes, demostrando que el problema de Cuba es la educación.

Todos los niños aumentaron de talla, motivado esto; más que nada, por el cuidado que de la corrección de la actitud se exigía a los niños, que corregía las deformaciones de su columna vertebral.

Su perímetro torácico mamilar aumentó, consecuencia ésta de los ejercicios respiratorios a que era sometida toda la población del campamento.



Campamento Infantil "Camagüey."
La clase al aire libre en pleno desarrollo.

En el Campamento Infantil Camagüey, pudo comprobarse la facilidad del niño cubano para captar todas las enseñanzas que se le proporcionen; como una derivación de las actividades del campamento, los niños y niñas pertenecientes al mismo fueron invitando a distintos colegios de la ciudad de Camagüey para que los visitaran, sirviendo estas visitas para estrechar lazos de afecto entre niños de diferentes clases sociales, y poder llevar a mayor número de hogares las enseñanzas higiénicas prodigadas en el campamento.

MEMORIA DEL VII CONGRESO PANAMERICANO DEL NIÑO

Como un hecho de significación se efectuó en el Campamento Infantil "Camagüey" la Fiesta India, en la cual intervinieron todos los niños, realizando danzas, ritos, cantos de los primeros pobladores de Cuba: los indios siboneyes y tainos.

Además, todos los miércoles por la noche se efectuaban en el stadium de boxeo fiestas en las que tomaban parte los niños y niñas, recitando poesías, canciones, números teatrales, y a los cuales prestaba formidable apoyo la sociedad y el pueblo camagüeyano, asistiendo a todos estos actos un número considerable.

1933

Colonia "Tiscornia"

Colonia Marítima. Capacidad: 280 niños (mixta).
Total de niños que alojó, 650.

Esta Colonia funcionó desde enero hasta julio de 1933. Fué fundada por el Secretario de Sanidad y Beneficencia, con el objeto de aliviar la situación de los niños indigentes que pululaban por la ciudad, ya que en esos momentos sufría Cuba uno de los instantes más críticos de su situación política y económica.

Comenzó alojando un grupo de 60 niños, y se fué ampliando el cupo hasta 280, mitad hembras y mitad varones.

Trabajó intensamente en la organización de esta Colonia el doctor Prats, que ocupaba el cargo de Inspector General de Sanidad y Beneficencia, quien logró, con los escasos fondos de que se disponía, llevar a esta Colonia un contingente bastante elevado de niños indigentes, obteniendo la ración diaria de cada colono en la ínfima suma de doce centavos. A pesar de ello, se suministraba a los niños comida sana y abundante. Se les dotó de un equipo de ropa consistente en tres mudas y zapatos.

El menú era sencillo, pero dada la condición de pobreza de los niños que se colonizaron, se obtuvieron progresos en su peso y en sus condiciones generales. Consistía éste en lo siguiente: desayuno: café con leche y galletas; almuerzo: un plato de carne, arroz, viandas y dulces o frutas del país; merienda: dulce o fruta del país; comida: sopa, potaje, arroz, dulce o fruta del país.

Recibían atención médica por profesionales especializados del Departamento de Sanidad, contando con enfermeras graduadas y alumnas de enfermeras, residentes.

Recibían instrucción no metodizada, por maestros; efectuaban ejercicios físicos, regulados, y deportes y juegos infantiles.

Al comenzar el Verano se les llevaba a la playa de Cojimar, a tomar los baños de mar.

Esta Colonia, como se ve, fué de un tipo especial, pero llenó su cometido fielmente; ya que contribuyó a aliviar, durante un período de vacaciones de dos meses, a cada grupo, la vida miserable de los niños indigentes.

ORGANIZACION DE LAS COLONIAS

Nos referiremos solamente a la organización de las Colonias campestres y marítimas para niños desnutridos o débiles, ya que los tipos de Colonia Urbana, Colonia de Convalecientes, y la colocación en pequeños grupos en el seno de familias de campesinos, no han sido ensayadas en nuestro país.

Instalación

En lo que se refiere a la instalación, consiste la diferencia principal entre los tipos de Colonias Campestres y Marítimas.

Colonia Campestre

La Colonia Campestre debe instalarse en lugares alejados de los centros urbanos, aunque con fácil comunicación con éstos, lo que facilitará la conducción de los colonos, así como la utilización de todos los recursos que significan los centros de población.

Debe preferirse una altura media, un valle, una colina o la ribera de un río; en fin, un lugar donde el niño disfrute un ambiente de campiña reposado, tranquilo, en el que encontrará un aire puro, libre de las contaminaciones que contiene el de las ciudades. Nuestro país es pródigo en estos lugares adecuados para la instalación de Colonias; en nuestros fértiles campos abundan los valles y colinas en que la vegetación es exuberante, y está adornado con el paisaje bellissimo de nuestros palmares. Nuestra flora y nuestra fauna están exentas de especies dañinas, lo que permite a los colonos gozar de una libertad en sus juegos por el campo, de que no podrán disfrutar en otros países. Nuestro sol, fuente inagotable de salud, y poderoso coadyuvante al bajo índice de morbilidad que disfrutamos, es otro de los elementos inapreciables que brinda nuestro clima.

Colonia Marítima

Para la instalación de una Colonia Marítima deben preferirse las playas, por las ventajas que ofrecen al poder aprovechar los colonos los beneficios de los baños de mar y los deportes marítimos; los juegos en la arena, unido a las ventajas que brinda la brisa yodada del mar. Nuestro país es rico también en playas de arena finísima y de vasta extensión, que como la de Varadero, está considerada como una de las más bellas del mundo. En esta playa, como hemos hecho constar anteriormente, han sido instaladas, en distintas épocas, Colonias Infantiles, que ofrecieron brillantes resultados.

Local

Nosotros estimamos que el local debe ser especialmente construido al efecto, ya que los edificios adaptados no reúnen, generalmente, las condiciones que la higiene moderna requiere para estos tipos de instituciones.

MEMORIA DEL VII CONGRESO PANAMERICANO DEL NIÑO

Los dormitorios comunes no deben ser más que para un número no mayor de 25 niños, perfectamente ventilados, debiendo disponer cada colono de un espacio no menor de 2.5 metros cúbicos.

Los comedores deben ser amplios y ventilados, pueden ser comunes para el número total de niños, aunque creemos que deben comer en mesas pequeñas, con capacidad para seis u ocho.

Deben disponer los niños de amplias salas de juegos, dotadas de mesas dispuestas a ese objeto.

Los locales destinados a baños y servicios sanitarios deben estar debidamente situados, y en comunicación fácil con los dormitorios, contando con un salón de taquillas anexo.

La enfermería debe estar situada fuera del edificio principal, a una distancia prudencial, para contar con un lugar donde poder aislar debidamente a los colonos que presentaren enfermedades sospechosas de ser contagiosas.

La masa principal del edificio estará rodeada de jardines y campos de sport, parques de diversiones, etc.

Es nuestra opinión que el número de cien es el ideal, y con vista a esta manera de pensar, es que el Patronato Nacional de Colonias Infantiles está construyendo los edificios en cada una de nuestras provincias. Este número de colonos constituye un grupo fácil de controlar, y los gastos generales se reducen en gran escala.

El abastecimiento de agua pura y abundante, es uno de los pilares en que descansa el éxito de las Colonias. Esta debe ser analizada periódicamente, para evitar epidemias fatales.

Duración

Estimamos que las Colonias Infantiles deben ser permanentes, y con este punto de vista el Patronato Nacional de Colonias Infantiles, en Cuba, está manteniendo las suyas desde su fundación, en Cuba.

Fundamos este criterio nuestro en las conclusiones del Sexto Congreso de Colonias de Vacaciones celebrado en Estrasburgo, en el año de 1923, en las que se recomienda que las Colonias temporales o de verano sean convertidas, cuando sea posible, en Colonias permanentes.

Las Colonias permanentes tienen, a nuestro modo de ver, una ventaja inestimable, ya que extienden grandemente su campo de acción brindando sus beneficios a un número de niños infinitamente mayor.

ORGANIZACIÓN PEDAGÓGICA DE LAS COLONIAS

Necesidad de maestros y personal auxiliar bien escogidos.

Hemos dicho que las Colonias Escolares para niños débiles son instituciones médico-pedagógicas, cuyo fin es higiénico y al mismo tiempo educativo. Al albergar por espacio de varios meses a núcleos de niños en ambientes de estímulo para mejorar su salud y reconstituir, por la acción de agentes naturales propicios, el vigor de sus organismos, no puede olvidarse la necesidad de atender al espíritu con la ayuda de buenos maestros que aprovechen la estancia

de niños reunidos bajo su tutela, para entretener algunas horas de su existencia diaria en ocupaciones interesantes y útiles a su desenvolvimiento psico-físico.

Parece ocioso insistir en que la demanda mayor que hace el niño en estas Colonias es en cuanto al favorecimiento corporal, y que el esfuerzo de orden intelectual ha de ser marginal, adjetivo y dentro del fin de higiene mental y entretenimiento del espíritu, que puede y debe cultivarse en estas Colonias.

Así considerado, se verá el papel del educador con su función propia en estas instituciones, pues si se tratara de hospicios de carácter terapéutico, exclusivo, o de instituciones exclusivamente sanitarios, el pedagogo no tendría en ellas razón de ser.

Aquí tienen, pues, los métodos que respetan la personalidad del niño, los métodos estimulantes, los que mantienen el postulado de la escuela objetiva y, más aún, de la escuela activa, su campo de acción más propicio.

Las observaciones requieren cierto modo de resumirlas. Hay que ayudar algo a los niños en sus procesos de ilustración, para evitar el retraso en sus conocimientos. Por todo ello, las reuniones de carácter escolar o "clases" son casi siempre al aire libre, transportando a los lugares propicios. sillas ligeras y mesitas manuable; pero a veces pueden ser en las salas cubiertas o aulas que a este efecto pueden existir en las Colonias.

La escuela vive en la Colonia en toda la vida de los colonos, pues el oportunismo, lo ocasional, es factor poderoso en manos de maestros devotos y ágiles, para proporcionar múltiples influencias educativas. Pero debe haber cierto programa, hecho de acuerdo con las motivaciones del medio, para el desarrollo de una serie de enseñanzas necesarias. El ideal, pues, para la dirección de las Colonias, y la mejor educación de los niños, y conducción de sus actividades, es utilizar matrimonios de maestros. Así mantienen cierto carácter hogareño y la asistencia de varones y niñas, o sea la co-educación, a pesar del internado, se realiza sin dificultad.

También deben ser utilizados auxiliares o cuidadores de orden, como los que estamos utilizando con éxito en las Colonias actuales de Cuba. Esto da cierta libertad a los profesores durante algunas horas, y en determinados días de la semana, librándolos de la esclavitud que, cuando no se está en compañía de la familia, constituyen estas instituciones.

Materias que debe comprender la enseñanza en las Colonias

Las materias sobre que suelen versar las enseñanzas de la Escuela de la Colonia, son las siguientes: lectura del primer grado; lectura de transición (para lograr fluidez y hacer la lectura sin vacilación); lectura corriente y suplementaria, y algunas lecciones de lectura explicada; Aritmética; Lenguaje y Composición (especialmente redacción de cartas e informes) Geografía a propósito de las excursiones, y lecciones de Geografía de la provincia; Historia, aprovechando las fechas y las visitas a lugares históricos; lectura de efemérides nacionales; Higiene, a propósito de las mismas prácticas de los niños en la Colonia, y para agregar nociones sobre evitación de contagios; Higiene de la alimentación, del sueño y de los ejercicios; limpieza de la boca, de las ma-

nos, del cabello, y cuidados para evitar resfriados; importancia de algunas vacunas y otras nociones útiles a la vida; enseñanza de la previsión. En Moral y Cívica, a propósito de oportunidades; acciones de los niños y contratiempos de la vida social. Práctica de la Liga de la Bondad. Implantación de la Cruz Roja de la Juventud. Se espera mucho de la influencia eficaz de esta organización en las Colonias.

Horarios

Los horarios pueden ser cancelables en determinadas oportunidades. No son fijos; permiten su desatención cuando se presentan motivos razonables para cambiar las ocupaciones, prolongarlas o suprimirlas, dentro de circunstancias que así lo aconsejen.

Pero a los niños debe aconsejarseles regular su vida y debe habituarseles a ello, como un gran medio de disciplina individual y social. Esto garantiza, además, ciertos aspectos de higiene, de mucha trascendencia en la vida y fines de las Colonias.

Las ocupaciones de algún valor intelectual deben realizarse en las horas de la mañana, pero no precisamente las primeras. En el Verano, en Cuba, deben ser por las mañanas las excursiones, porque las lluvias suelen ser por las tardes. Las ocupaciones manuales deben ser en horas de la tarde, así como las sesiones de juegos; pero ciertos tiempos de ejercicios respiratorios, o distracciones físicas, deben introducirse entre una y otra labor, en las mañanas. Ya estos ejercicios, o cierto tipo de labor manual, deben intercalarse entre dos pequeños turnos de reuniones para labor mental. En general, la sesión diaria de labor mental debe durar dos horas en los primeros grados (primero y segundo), y dos horas y media a tres horas, en los grados siguientes. Durante el Verano, deben limitarse las sesiones a hora y media para los primeros grados, y dos horas en los grados siguientes.

En estas sesiones no están comprendidas las excursiones que, si bien pueden recibir este carácter en cierto modo, más bien constituyen ejercitación física dominante y se verifican dentro de un gran solaz.

Antes del sueño, para evitar que a él se entreguen los niños inmediatamente después de la comida, se verificarán veladas dirigidas por los maestros, en las cuales podrá tener efecto alguna plática agradable, relatos de cuentos o leyendas gratas. La ejecución de un poco de música; algunas canciones por los mismos niños y algunos juegos amenos, de sociedad o de otro orden, pero que no exijan movimientos violentos. Si son niñas, pueden ejecutarse algunos ejercicios rítmicos en forma de danzas.

Los baños deberán ser en horas de la tarde, a no ser que se trate de baños de mar o de río, para los que son preferibles las segundas horas de la mañana o de la tarde.

De todos modos, los horarios deberán ajustarse a leyes higiénicas que obligan a alternar las ocupaciones de distinta índole, y a intercalar sesiones de movimiento y ejercitación entre períodos de reposo. La determinación de re-

COLONIAS CAMPESTRES Y MARITIMAS INFANTILES

poso prolongado después del almuerzo, dando lugar a la siesta, es aplicable para lograr los fines higiénicos con los niños colonos, generalmente desnutridos.

Las excursiones

Deben ser frecuentes, diarias a ser posible, con comentarios derivados de las observaciones.

El estudio del Heimat debe mover a la organización de visitas a la población cercana, a los lugares de campos próximos, empezando por los más inmediatos.

Luego, más avanzado el período colonial, se llevarán los niños a lugares más apartados o de acceso, más difíciles. Puede ser que algunos colonos no puedan ser incluidos en las excursiones más prolongadas que exijan mayor ejercicio a pie. Esta graduación de las excursiones es de la mayor importancia. Los colonos deben ser agrupados en bandos o compañías distintas, para lo cual debe ser probada su resistencia en las primeras salidas más sencillas. Hay que evitar que el entusiasmo infantil o el interés del lugar enmascare ante el maestro o director excursionista la fatigabilidad del niño, llevándolo a pruebas demasiado fuertes para su edad o para sus fuerzas. El médico debe ser también consultado.

Es necesario evitar la visita a lugares de difícil acceso que exijan esfuerzos físicos, o de equilibrio o agilidad demasiado agudos. Los colonos no pueden ser alpinistas. No hay que olvidar que se escogen entre los niños débiles y que necesitan vigorizarse, y aunque el ejercicio es tónico, cuando es adaptado a la capacidad, un espíritu de discreción y prudencia, muy exquisito, se recomienda siempre a los directores.

Juegos, canciones y danzas

A este fin de la educación de los movimientos y de la dirección de los ejercicios, como aporte médico y pedagógico, las Colonias de Cuba han utilizado los servicios de especialistas en dirección de juegos físicos organizados. También se concede importancia a las enseñanzas de danzas y juegos rítmicos, que son asimismo instituidos.

Entre los maestros se procura que haya quienes ejecuten obras musicales al piano y puedan enseñar a entonar a los colonos canciones populares y algunos coros seleccionados. Desde el punto de vista de las impresiones de carácter patriótico, que conviene hacer llegar a los colonos, ya que es la Nación quien les brinda el homenaje de estos servicios, se procura enseñar a los mismos algunos coros y canciones patrióticas, así como el himno nacional y algún otro himno cívico. No se debe abusar de ello, pues el niño es, por su naturaleza, poco propicio a ese tipo de obras que, por su solemnidad y elevación, no se ajustan al carácter sencillo y a la comprensión infantil.

Biblioteca

La biblioteca de la Colonia es un complemento indispensable de la organización pedagógica de las mismas. A este efecto, debe existir una bien seleccionada en cada Colonia. Libros de lecturas instructivas, libros de cuentos bien escogidos, etc., deben formarla.

Nuestras Colonias tienen, desde luego, su biblioteca especial cuyos volúmenes fueron escogidos debidamente por la Comisión Pedagógica del Patronato.

SELECCION DE LOS COLONOS

Importancia de la inspección médica escolar, en la selección de los niños que deben ser enviados a las Colonias Infantiles

Varios son los puntos de vista desde los cuales pudiéramos analizar el importantísimo problema de la selección de escolares que deben ser objeto de asistencia en las Colonias Infantiles, pero nos concretaremos a los que constituyen fundamentos básicos de carácter científico, social, funcional, de las Colonias, en cuanto a la aceptación de los mismos, educacionales y de profilaxis médica y moral.

a). Fundamentos de carácter científico. Casi de absurda pudiera calificarse la selección de los educandos que han de ser objeto de atención en las Colonias Infantiles, hecha por alguien que no sea un médico especializado en higiene y enfermedades de la infancia, pues detalles hay que escapan hasta al clínico general, pero no a los ojos del pediatra sagaz, que advierte en ellos la posibilidad de una velada afección latente o de comienzo, susceptible de ser desarrollada en cualquier oportunidad en que las condiciones del medio lo favorezcan.

Luego si se considera que las Colonias Infantiles sabiamente procuran al niño las proximidades del mar, o el clima seco de las alturas, por entender que cada una llena diferentes necesidades y éstas deben de ser esclarecidas por un diagnóstico que las precise, ¿cómo pensar que no sea meticulosamente científica la selección aludida, ya que de resultar equivocada, agravaría un estado patológico inicial erróneamente interpretado por un personal indocumentado?

Entiéndase que no me refiero a lo que pudiera llamarse "aceptación" de niños en el Establecimiento, pues ésta tiene las garantías que ofrece el médico especialista encargado de hacerlo; mas no se me ocurre pensar que éste les dé cita, con ese objeto, a todos los escolares del Distrito, para examinarlos individualmente y tomar de entre ellos el número que ha de llenar periódicamente el cupo correspondiente a que tiene derecho cada localidad; y menos aún, que vaya a las escuelas con tal finalidad, pues por el tiempo que esto requiere, y la extensión que supone la labor, no puede ser sensatamente a él encomendada, ya que de hecho se convertiría en médico inspector, especialización que corresponde a una organización totalmente diferente que requiere, además de la concurrencia de otros profesionales, un médico por zona escolar de 3,500 ni-

COLONIAS CAMPESTRES Y MARITIMAS INFANTILES

ños, obedeciendo a un servicio de asistencia social escolar establecido en todos los países que vigilan el cultivo integral del niño. Luego de no ser médico inspector, quedaría a la discreción y buen juicio de la maestra, interés de los padres o influencia de los políticos la selección aludida, con todos los errores científicos en el primer caso, aun siendo la educadora una enfermera graduada, y de arbitrariedades irritantes además, si hecha por los últimos.

b). Factores de carácter social. Si se considera que la inspección médica escolar debe ser obligatoria en escuelas públicas y privadas, comprendiendo por tanto el total de la población infantil desde los cuatro años que ingrese en el kindergarten, hasta los catorce que egresa de las escuelas primarias elementales, es fácil comprender que en un país donde este servicio esté perfectamente organizado, no se escapará un solo niño, ya pertenezca a la clase social pudiente, o a la menos pudiente, en donde esté indicado el envío con fines de permanencia en Colonias Infantiles del Estado, o aquellas de carácter privado. A nadie se le oculta que muchas veces los hijos de los ricos no son guiados en su desarrollo por especialistas, permaneciendo largo tiempo en condiciones de inferioridad orgánica por no haber tenido lo que pudiéramos llamar irónicamente la suerte de contraer alguna enfermedad aguda de esas que sufren casi todos los hijos de los pobres, que obliguen al padre a llamar al pediatra que con esa oportunidad les advierta que su hijo carece de una atención profiláctica en los establecimientos de referencia; quedando, por tanto, sin la inspección médica escolar una parte de dicha población infantil, sin ser seleccionada para los fines que nos ocupa, resultando de ello una limitación peligrosa para la Patria, ya que la selección a que se refieren las Colonias Infantiles queda reducida al grupo de niños que la necesiten, siempre que los recursos de sus familiares no les permitan proporcionarle los medios.

c). Fundamentos de carácter democrático. Si atendible resulta la parte científica y social de la selección de escolares que deben concurrir a Colonias Infantiles financiadas por el Estado con los dineros del pueblo, mayor aún resulta el factor equidad, ya que en el primer caso al fin quedaría resuelto el problema, siendo el niño rechazado por el médico de la Colonia, al recibirlo, u orientado en correcto sentido hacia el establecimiento correspondiente; y en el segundo caso, la buena alimentación, higiene y confort de los hijos de los ricos, que por lo general acostumbran a tomar vacaciones, supliría la falta de permanencia en el establecimiento, situados en las montañas o a orillas del mar; pero ¿cómo podrían los directores de las Colonias Infantiles del Estado, creadas para todos aquellos cuyos padres careciesen de recursos con que atenderles convenientemente, evitar los privilegios que resultarían de algunas escuelas sobre otras, de algunos términos con relación a otros; o del grupo de elegidos entre sí, si la selección no había sido hecha de acuerdo con el censo escolar de cada Distrito, por medio de la inspección médica que señalase en cada aula los que debían ser enviados en su oportunidad, a estos servicios, en número proporcional con su capacidad y el grado de urgencia de la indicación en cada escolar?

Este principio de justicia así asegurado, evitaría además la prevención contra las Colonias, por parte de aquellos que no resultasen favorecidos, pues su aptitud viene a resultar pasiva, por descansar la difícil tarea de selección en la inspección médica escolar; y la de determinar cuáles deben ser enviados primero, y en número de cuántos por localidad, quedaría en manos de la Secretaría de Educación, y a cargo del Jefe del Negociado, lo que aun en el caso de caber favoritismo resultaría muy difícil, por la falta de contacto con los padres e interesados, pudiendo someterse al procedimiento de sorteo entre los que resultaren elegibles, de acuerdo con las condiciones de urgencia que se hayan señalado por el inspector en la estadística.

d). Otros de los factores que hacen de imprescindible necesidad que la selección de escolares que han de concurrir a Colonias Infantiles no sea hecha por ellas mismas, se refiere a su funcionamiento y organización. En primer lugar, suprime trabajos al médico y personal encargado de la aceptación de los educandos, no solamente en cuanto a las condiciones particulares que hayan determinado el envío a las de campo o mar, sino en todo lo referente a la historia personal del pequeño ciudadano, en relación con su salud y género de vida, pues como veremos más adelante, al detallar la forma de que se vale la inspección para hacer llegar hasta allí al niño, éste llevará consigo un carnet de identificación, que además lo es de Higiene Escolar, y una tarjeta que constituye el reporte hecho en la escuela con el objeto de que sea aceptado, lo que establecía una conexión entre ambas instituciones, de importancia funcional extraordinaria para la Colonia y para la sociedad, por apresar cada ciudadano en miniatura, brindando su control al Estado para que pueda vigilar su salud y seguirle a voluntad hasta el hogar, por el sencillo mecanismo establecido por la inspección, en forma de Comité de socios visitadores, que en colaboración social con ella funcionan. Además, la correlación en los servicios, facilita los medios a los profesionales de las Colonias, en caso de necesidad de reclusión en salas de hospitales, de medicina y cirugía, o dispensarios, que a su disposición pone la inspección.

e). Factor educacional. No hay que olvidar que en las Colonias Infantiles, además de favorecer el desarrollo del niño, se procura crear en él hábitos que le transformen de rústico en educado, tanto en lo que se refiere a manera de alimentarse y vivir, según reglas de educación, como aquellas fórmulas sociales que tanto hablan en favor de cualquier persona que haya tenido la dicha de recibirlas en el hogar. Pues bien, este requisito puede ser llenado a la plenitud por los encargados de encauzarlas, si toman como guía que les permita formarse concepto del niño en el mismo momento del ingreso revisando su carnet, que es el exponente de su género de vida, por contener, además de su estado de salud, las circunstancias especiales de carácter, hábitos, ocupación y clase de viviendas de la cual procede, y con arreglo a ellas agruparles, hasta que ya instruido, no sirva de malos ejemplos a los otros niños, perfectamente educados, en quienes el instinto de imitación sea más fuerte que el discernimiento de lo bueno y de lo malo.

f). Profilaxis médica. Esta es una nueva orientación que la selección hecha por la inspección, puede dar a la Colonia Infantil, con sólo mirar en el carnet, que así lo expresa, si el escolar ha recibido ya, la vacunación preventiva que la Sanidad determine, o padecido las enfermedades que inmunizan, predisponen, o son factores de contagio temporal, tomando las precauciones pertinentes, de acuerdo con el aviso recibido, sin que la permanencia en el establecimiento dé lugar a peligro para los otros niños, mientras el médico hace las investigaciones correspondientes.

g). El factor moral, también puede ser influenciado favorablemente por la selección hecha en la escuela, ya que todos los cuidados en las agrupaciones de niños, resultan pocos para evitar que uno vicioso despierte el instinto en los demás, y si bien es verdad que en el carnet no se señala nada que pueda deprimir a la infeliz criatura, casi siempre irresponsable de su torcida conciencia o malas costumbres, también lo es, que en él se hacen constar sus condiciones de carácter y género de vida en el hogar, que pueden resultar sugerencias discretas, para una observación cuidadosa, durante los primeros días de convivencia con otros niños en el establecimiento; o más directamente aún, la solicitud de referencias del escolar en quien se sospechan hábitos no deseables, dirigidas con carácter confidencial, al maestro, al médico del servicio, o a la Presidencia del Comité de socias visitadoras; no con el objeto de expulsar al niño de la Colonia, en caso de ser confirmada la sospecha, por resultar una medida cruel, injusta y atrasada, sino por el contrario, con el propósito de trabajar denodadamente por reformarle, con lo que además de robustecer su cuerpo, se habrá nutrido su espíritu con principios de sana moral, cosa quizás más importante para él mismo y para la Patria.

Pasemos ahora a explicar el mecanismo de que se vale la inspección médica escolar, para hacer llegar a las Colonias Infantiles, el número de niños menos pudientes, según la proporción que corresponda a cada Distrito.

Una visita de inspección, cuatro modelos llenados en ella y uno en la oficina local del servicio, con dedicación al Negociado Central, dejan registrado al niño, en la escuela, en los archivos de la Secretaría de la inspección, en el Negociado del Servicio de la Secretaría de Educación; dan la voz de alerta en el hogar y hace su presentación en dispensarios infantiles, escuelas de anormales, y en las oficinas de las Colonias Infantiles a que venimos refiriéndonos.

Primer modelo:

Este consiste en un cuestionario que en forma de circular, envía la Secretaría a la escuela, con objeto de que, en el momento de matricular al niño, sea llenado por la maestra, según los informes de los padres o familiares del escolar, concernientes a sus taras hereditarias, enfermedades padecidas, condiciones de su carácter, hábitos más frecuentes, ocupación y todo lo relacionado con la vivienda, especialmente en lo que se refiere a dormitorios, condiciones del agua y de los servicios sanitarios. Este cuestionario es completado por el educador, durante el curso escolar, inquirendo la certeza de los particulares señalados, y observando los que se refieren al funcionamiento de los órganos

MEMORIA DEL VII CONGRESO PANAMERICANO DEL NIÑO

de los sentidos, condiciones de carácter, facultades intelectuales y medidas antropométricas; teniendo, al terminar, un capítulo en blanco, que será llenado en su oportunidad, según las indicaciones pertinentes del médico inspector, con motivo de su visita anual, para que éstas sean seguidas por la enfermera, en colaboración con las idénticas hechas en el mismo sentido a los padres, con el objeto de evitar que la morosidad de aquéllos, deje huérfano de atención al niño, al no ser cumplimentadas.

Segundo modelo:

Una hoja clínica. Esta es hecha por el médico inspector, al examinar al niño, individualmente, tomando el historial del cuestionario citado, y que quedará en poder del médico inspector, para ser archivada en la oficina del servicio. En esta hoja clínica se harán constar las indicaciones que deben ser llenadas de acuerdo con el diagnóstico resultante hecho en la escuela, o la investigación que fuera de la misma, haga falta hacer para completarlo.

Tercer modelo:

Este lo constituye un Carnet de Higiene Escolar, que además le sirve al niño de identificación, por contener su retrato. En éste se especifican, como en los anteriores modelos, la escuela, distrito y provincia a que corresponden, llevando idéntico número de orden que aquéllos y todos los que a continuación se expresen. Además contiene dicha ficha el diagnóstico resultante del examen médico, las indicaciones para continuar las investigaciones, ir a los especialistas de los dispensarios del servicio, o privados, dispensarios médicos o dentales, escuelas de anormales o Colonias Infantiles. Este carnet, en aquellos lugares donde se vigila la asistencia a clase, por medio de inspectores, sirve a los padres para comprobar que cumplen este requisito de la ley escolar.

Cuarto modelo:

Consiste en una tarjeta pequeña, que puede ser dirigida según inscripciones previas a: los padres, especialistas, la comisión de socias visitadoras, a directores de escuelas de anormales, o Colonias Infantiles.

En esta tarjeta que se da solamente a los niños que por referencia de la maestra, por confesión de los padres o por aspecto exterior, demuestren ser no pudientes, se hará constar con una cruz roja, aquellos casos cuya atención deba ser urgente, en cualquiera de los aspectos que el examen haya determinado, contraseña que consta en los modelos anteriores, y en el que a continuación describiremos, y que ha de ser presentada junto con el carnet, por los niños que resulten objeto de selección en las Colonias Infantiles.

Quinto modelo:

Este es llenado fuera de la escuela, y contiene el resumen mensual de la labor del médico inspector de cada zona escolar, y es enviado al Negociado del Servicio, con el resultado estadístico de todos aquellos particulares especificados en las fichas anteriores, con objeto de que el supremo organismo pueda

COLONIAS CAMPESTRES Y MARITIMAS INFANTILES

vigilar al niño, no solamente en la escuela, sino en el hogar y todos aquellos departamentos que con la finalidad de cultivarle íntegramente, hayan sido creados por la nación.

De todo lo expuesto, salta a la vista, además de la importancia de la inspección médica escolar, en la selección de los niños que deban ser enviados a las Colonias Infantiles, que fué lo que nos propusimos demostrar, la sencillez con que es realizada. Basta llamar por la prensa a los escolares cuya relación consta en el negociado de la Secretaría de Educación, en las oficinas del Servicio de Inspección, en el orden de urgencia que su salud impone, y en la proporción que corresponda a su Distrito, de acuerdo con el número de habitantes de población infantil y de Colonias existentes en la provincia. De esta forma se puede tener la seguridad de no haber infringido los sagrados principios de la ciencia, la democracia y la equidad; y de no haber alterado la disciplina del funcionamiento de instituciones que deben rendir un máximo de labor, con un minimum de personal, favoreciendo así el factor económico que haga posible la manipulación de servicios, de acuerdo con la demanda y necesidades nacionales, con objeto de procurar el beneficio que ellas brindan al mayor número de niños reportados, o hacer posible a todos los que lo hayan sido, aunque el período de tiempo que deban permanecer los grupos, se acorte en relación con el número total de los necesitados.

ACEPTACION DE LOS COLONOS

Labor del médico de la Colonia

Una vez seleccionado el niño que debe ir a la Colonia, éste es examinado antes de su ingreso, por el médico de la Colonia, quien llenará la hoja clínica en su casilla de "entrada." Si el niño es declarado apto para ingreso, se le ordenan la serie de análisis de laboratorio convenidos, y si éstos no arrojan ninguna contraindicación, puede el niño ingresar en la Colonia. Como puede verse por el modelo de Hoja Médica adoptada en Cuba, se le practican al niño las pruebas de Mantoux y de Schick, y si ésta resulta positiva, se le inmuniza contra la difteria, con toxoide precipitado con alumbre. Esta práctica nos ha dado excelentes resultados, pues no hemos tenido que lamentar la presencia de ningún caso de difteria en nuestras Colonias.

Aunque no juzgamos necesaria la residencia del médico en la Colonia, si creemos que debe visitar diariamente ésta, y atender los casos que le sean señalados especialmente por la enfermera, la cual sí debe vivir en la Colonia, y atender los casos que se presenten en ausencia del médico, hasta tanto éste llegue al ser avisado.

Servicio dental

El dentista de la Colonia tiene el deber de examinar la dentadura de todos los niños colonizados, anotando en la hoja dental todos los datos que considere

MEMORIA DEL VII CONGRESO PANAMERICANO DEL NIÑO

de interés, así como proceder a las extracciones de las piezas incurables o a la curación de aquellas que puedan serlo.

En Cuba hemos adoptado la Hoja Dental que reproducimos en el Capítulo de anexos.

Examen médico del personal de las Colonias

Creemos que el personal técnico y subalterno debe ser sometido a un examen médico minucioso, tendiente a despistar a los portadores de gérmenes, a los tuberculosos y sifilíticos que constituirían un peligro para los niños colonizados.

Mediciones antropométricas y antecedentes sociales

Estimamos que debe llevarse una hoja especial en que consten los antecedentes sociales y los datos antropométricos de cada colono.

Hemos adoptado el modelo que reproducimos, en que se consignan la circunferencia torácica, capacidad vital y presión manual dinamométrica. Desde luego, que todas estas mediciones deben tomarse al entrar y al ser dado de alta el colono.

Recursos para la fundación y mantenimiento de las Colonias

Los recursos para la fundación y mantenimiento de las Colonias, pueden arbitrase de diversas maneras, por medio de la iniciativa privada o la oficial, o ambas al mismo tiempo.

La propaganda es la base en que se asienta el conseguirlo, por lo que ésta debe ser intensificada al máximo.

Debe excitarse a las personas caritativas o a instituciones dedicadas a la protección de la infancia, para que contribuyan al fomento y desarrollo de Colonias Infantiles.

Los maestros pueden también arbitrar fondos por medio de las cajas de ahorro escolar.

La iniciativa oficial puede hacer mucho en su favor, incluyendo entre los gastos fijos de la nación, cantidades dedicadas especialmente a la obra.

En nuestro país, la iniciativa de la creación del Patronato Nacional de Colonias Infantiles, fué privada, partiendo de un grupo de damas distinguidas y caritativas, encabezadas por la señora Carmela Ledón de Mendieta, esposa del honorable Presidente de la República, quienes conocedoras de las necesidades de la niñez desvalida, obtuvieron del Gobierno la creación de este organismo, y la promulgación del Decreto-Ley que le dió vida y le asegura los recursos económicos indispensables al concederle una serie de sorteos extraordinarios de la Lotería Nacional, cada año. He aquí unidas la caridad privada y la oficial.

COLONIAS CAMPESTRES Y MARITIMAS INFANTILES

CONSOLIDACION DE LA OBRA DE LAS COLONIAS INFANTILES EN CUBA

El Patronato Nacional de Colonias Infantiles

El esfuerzo más serio en favor de la obra de las Colonias Infantiles y su consolidación definitiva en Cuba, no surge hasta el año 1934, con la creación, por medio del Decreto-Ley número 236, de 18 de mayo, del Patronato Nacional de Colonias Infantiles, como organismo autónomo dentro de la vinculación general del Estado, teniendo que rendir únicamente informes a la Secretaría de Educación. La vida económica de esta Institución, se asegura por medio de la concesión de tres sorteos extraordinarios de la Lotería Nacional, cada año.

Damos a continuación el texto íntegro del Decreto-Ley, que dió vida al Patronato:

Carlos Mendieta y Montefur, Presidente Provisional de la República de Cuba, hago saber:

Que el Consejo de Secretarios ha aprobado, y yo he sancionado, lo siguiente:

Por cuanto: El Gobierno se halla animado del propósito de atender, por todos los medios de que disponga, a la protección de la niñez desvalida, procurándole cuantos auxilios sean asequibles, particularmente en el orden educacional y sanitario.

Por cuanto: Existe en toda la República una cantidad considerable de niños que, careciendo de recursos económicos privados, requieren esa atención del Estado, especialmente durante los meses del verano, en que el clima se hace riguroso y las actividades de la escuela pública entran en receso.

Por cuanto: La atención sanitaria y educativa cuya necesidad se advierte, sería convenientemente impartida, dentro de las posibilidades actuales del Estado, por un sistema de Colonias Infantiles de verano, instaladas en lugares adecuados, y provistas de los recursos educacionales e higiénicos que recomiendan los modernos métodos de previsión social.

Por cuanto: Para la mejor organización y sostenimiento de estas Colonias es recomendable ponerlas bajo la dirección y cuidado de un organismo que disfrute de independencia técnica y administrativa, dentro de la ordenación general del Estado.

Por cuanto: El Estado no puede disponer actualmente, con cargo a sus ingresos regulares, de los fondos necesarios para el sostenimiento de estas Colonias; pero sí puede arbitrar dichos fondos por medio de sorteos extraordinarios de la Lotería Nacional, autorizando se anticipe, del producto futuro de estos sorteos, la cantidad necesaria para la creación inmediata de las Colonias Infantiles, dada la inminencia de la estación veraniega.

Por tanto: En uso de las facultades que le están conferidas por la Ley Constitucional de la República, el Consejo de Secretarios resuelve dictar el siguiente

DECRETO-LEY NUMERO 236

Artículo I. Se crea un organismo oficial que se denominará "Patronato Nacional de Colonias Infantiles," y cuya misión será organizar progresivamente y en las seis provincias de la República, con atención proporcional a las necesidades de cada una, Colonias Infantiles dedicadas a la asistencia educativa y sanitaria de la niñez desvalida, debiendo el Patronato dirigir dichas Colonias y velar por su adecuado funcionamiento y desarrollo.

Artículo II. El Patronato Nacional de Colonias Infantiles será un organismo autónomo, dentro de la vinculación general del Estado, que en este caso se mantendrá a través de la Secretaría de Educación, a la cual el Patronato rendirá informes anuales sobre la marcha de sus actividades.

Artículo III. El Patronato estará integrado por: una Directora, una Secretaria y una Tesorera; doce vocales auxiliares y una Comisión Consultiva de carácter técnico, compuesta de doce miembros, a saber: tres pedagogos, dos médicos, una enfermera, dos abogados, dos ingenieros, un auditor, y un comerciante o industrial.

Artículo IV. Al fundarse el Patronato, estos cargos serán provistos por nombramiento del Presidente de la República; pero en lo de adelante lo serán por elección del propio Patronato, constituido en Junta General, y atendiendo siempre al carácter técnico y benéfico de la obra.

Artículo V. Los cargos de Directora, Secretaria y Tesorera, devengarán sueldo, y el de Inspector General, que también se creará, devengará dieta. Los demás serán honorarios.

Artículo VI. Para su mejor gobierno y su más eficaz funcionamiento y regulación, el Patronato redactará, tan pronto quede constituido, sus Estatutos, que deberán ser aprobados por la Secretaría de Educación.

Artículo VII. Se aplicarán, en su totalidad, a la obra del Patronato, las utilidades de tres sorteos extraordinarios, por lo menos, de la Lotería Nacional, comenzando con el sorteo extraordinario del 12 de agosto venidero. La Secretaría de Hacienda hará al Patronato un anticipo de la utilidad total que se calcula a este sorteo, por el Director de la Renta, a fin de que se pueda comenzar la obra de las Colonias, en el mes de junio, al terminar las clases en la escuela pública.

Artículo VIII. El Patronato constituirá Delegaciones en las localidades de la República, que a sus fines convenga.

Artículo IX. Las Secretarías de Hacienda, de Obras Públicas, de Educación y de Sanidad y Beneficencia, cooperarán al mejor desarrollo de la obra del "Patronato Nacional de Colonias Infantiles."

Por tanto: Mando que se cumpla y ejecute el presente Decreto-Ley en todas sus partes.

Dado en el Palacio de la Presidencia, en La Habana, a los dieciocho días del mes de mayo de mil novecientos treinta y cuatro.—Carlos Mendieta, Presidente.—Jorge Mañach, Secretario de Educación.

COLONIAS CAMPESTRES Y MARÍTIMAS INFANTILES

Una vez constituido el Patronato, comenzó a laborar por el establecimiento de la primera Colonia, inaugurando en el mes de septiembre del propio año, la Colonia Marítima "Cojimar," situada en el pueblo del mismo nombre, en la provincia de La Habana, con capacidad para 60 niños.

Posteriormente, por gestiones del propio Patronato, el acaudalado industrial y benefactor norteamericano, Mr. Milton S. Hershey, impuesto de la noble obra benéfica que se proponía llevar a cabo este organismo en favor de la niñez desvalida, cedió al Patronato, una finca de una caballería de tierra, situada en el pueblo de Aguacate, a 70 kilómetros de La Habana, finca en cuyos terrenos se hallan enclavados 14 edificios, que también fueron cedidos, y donde el Patronato ha instalado, desde el 12 del mes de mayo de 1935, una Colonia Campestre, con capacidad para 100 niños, denominándola Colonia Hershey, como merecido testimonio de gratitud hacia quien tan fielmente supo interpretar la obra benéfica emprendida, brindando su desinteresado y eficaz apoyo.

Disponiendo el Patronato Nacional de Colonias Infantiles, de fondos suficientes aportados por los sorteos extraordinarios de la Lotería, que se le cedieron, e impuesto de la obligación contraída por el decreto que le dió vida, confía al ingeniero Parajón, miembro distinguido y entusiasta del mismo, el encargo de confección de los proyectos de edificios que se habrían de construir en cada una de las seis provincias de la isla. Confeccionado el proyecto por el ingeniero Parajón, y discutido y aprobado por la Junta de Patronos, se llevó a cabo una subasta para la construcción de los mismos, a la que concurrieron más de 18 postores, adjudicándose a los que mejores condiciones ofrecían, las de las provincias de Matanzas, Santa Clara, Camagüey y Oriente, y comenzándose las obras en los primeros días del mes de julio.

El costo aproximado de cada uno de estos edificios, será de 32,000 pesos, llevando, además, un equipo de un costo medio de cinco mil pesos. Las obras estarán listas para los primeros días del mes de noviembre próximo, y se encuentran en estos momentos muy adelantadas, como puede verse por las fotografías que acompañan este trabajo.

Cada uno de los edificios tiene capacidad para alojar 100 niños. En el mes de diciembre, pues, de este año, contará el Patronato Nacional de Colonias Infantiles, con seis Colonias, cinco de ellas campestres, y una marítima; las primeras, con capacidad para 100 niños, y las últimas, con capacidad para 60.

Pasamos ahora a describir las dos Colonias actualmente en servicio.

Colonia "Cojimar"

Colonia Marítima. Capacidad: 60 niñas.

Número de niños que ha alojado en total: 300.

Está situada en el pueblo de Cojimar, provincia de La Habana, en una Quinta de dos plantas y jardín, antigua residencia de personas acomodadas. La playa sólo se encuentra a unos cien metros de distancia.

MEMORIA DEL VII CONGRESO PANAMERICANO DEL NIÑO

Fué inaugurada en septiembre 1º de 1934, enviándose un grupo de 100 niños, hembras y varones. Este grupo de 100 niños sólo permaneció unos días en la Colonia, pues la casa no reunía las condiciones de amplitud en sus dormitorios, que aparentaba a primera vista, antes de su inauguración, por lo que se fueron dando de alta a los que estaban en mejores condiciones, dejando un grupo de 60, treinta hembras y treinta varones. Por acuerdos posteriores del Patronato, se desistió de la idea de que la Colonia fuera mixta, alternándose entonces los grupos de hembras con los de varones; hasta que al poner en servicio la Colonia "Hershey," se destinó esta de Cojimar, para hembras únicamente.

La Colonia "Cojimar," ha alojado, pues, desde su fundación, 300 niños, encontrándose en la actualidad disfrutando de sus beneficios un nuevo grupo de 60, que ingresó el primero de septiembre.

De este grupo de 300 niños, extraemos los siguientes datos sobre razas, edades, parasitismo intestinal, tasa de hemoglobina, beneficios en peso y talla, etc.

Sexp.:

Varones: 150. Hembras: 150.

Edades:

De 6 años.....	12 niños.
De 7 años.....	45 "
De 8 años.....	35 "
De 9 años.....	56 "
De 10 años.....	64 "
De 11 años.....	44 "
De 12 años.....	39 "
De 14 años.....	3 "

Razas:

Blancos.....	206 niños.
Negros y mestizos.....	94 "

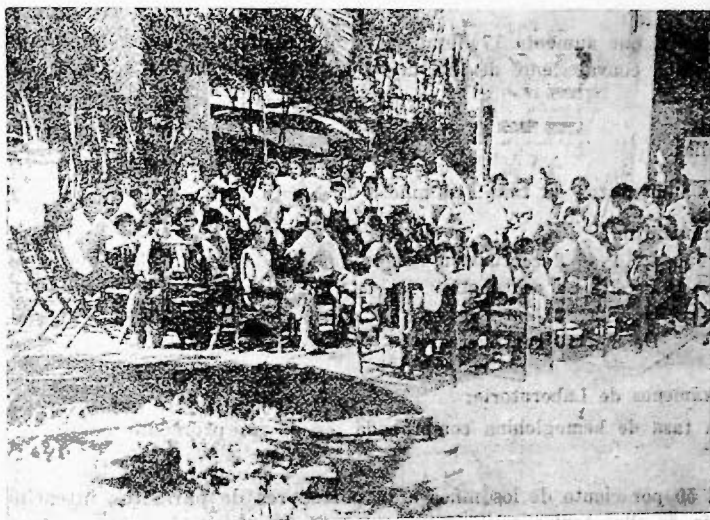
Peso:

No aumentaron en peso.....	13 niños.
Bajó en peso.....	1 niño.

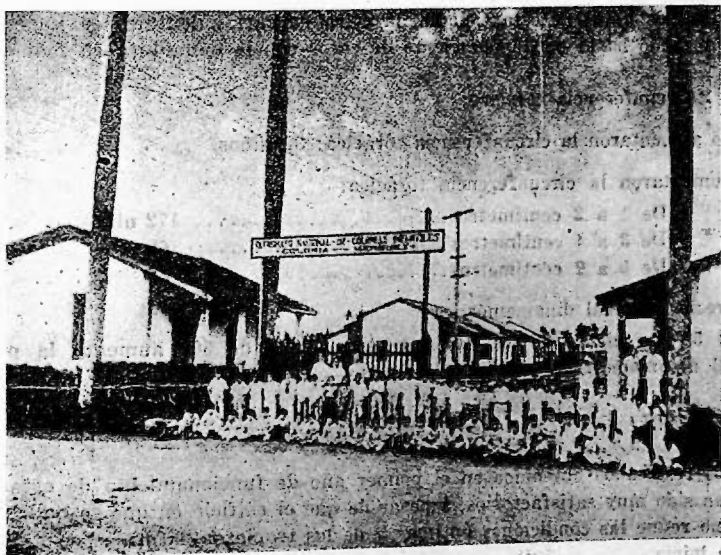
Aumentaron:

De 1 a 2 libras.....	88 niños.
De 3 a 4 libras.....	66 "
De 5 a 7 libras.....	91 "
De 8 a 10 libras.....	39 "
De 12 libras.....	1 "
De 17 libras.....	1 "

COLONIAS CAMPESTRES Y MARITIMAS INFANTILES



Colonia "Cofimar."
Una clase al aire libre.



Colonia "Hershey."
Vista de la entrada a la Colonia. Obsérvese el grupo de viviendas pequeñas que se describen en el texto.

MEMORIA DEL VII CONGRESO PANAMERICANO DEL NIÑO

La niña que aumentó 17 libras, cifra que a primera vista parecerá exagerada, estaba convaleciente de una difteria grave, que había sufrido hacía tres meses.

Talla:

No aumentaron su talla: 34 niños.

Aumentaron:

De 1 a 2 centímetros.....	133 niños.
De 3 a 4 centímetros.....	66 "
De 5 a 7 centímetros.....	64 "
De 8 a 10 centímetros.....	3 "

Exámenes de Laboratorio:

La tasa de hemoglobina comprobada, es de un promedio de 70 a 75 por ciento.

El 50 por ciento de los niños eran portadores de parásitos intestinales; la mayoría de ellos tenían tricocéfalos en sus heces fecales, y algunos casos tenían además de tricocéfalos, lamblías y ascárides.

Caries dentales:

Entre los niños de esta Colonia, la cifra de caries dentales es muy elevada, alcanzando hasta un 75 por ciento de casos con la dentadura en mal estado.

Circunferencia torácica:

No aumentaron la circunferencia torácica: 32 niños.

Aumentaron la circunferencia torácica:

De 1 a 2 centímetros.....	172 niños.
De 3 a 4 centímetros.....	68 "
De 5 a 7 centímetros.....	28 "

Presión manual dinamométrica:

El 58 por ciento de los niños de este grupo de 300 aumentó la presión manual dinamométrica.

Los resultados obtenidos en el primer año de funcionamiento de esta Colonia, han sido muy satisfactorios, a pesar de que el edificio en que se halla enclavado, no reúne las condiciones óptimas y de los tropiezos naturales de toda obra que se inicia.

El Patronato Nacional de Colonias Infantiles tiene en proyecto la construcción de un edificio similar al que construye actualmente en provincias, en el

COLONIAS CAMPESTRES Y MARITIMAS INFANTILES

propio pueblo de Cojimar, en su parte más alta, en el lugar denominado La Loma, que reúne aún mejores condiciones que aquel en que está situada actualmente la Colonia.

Colonia "Hershey"

Aguacate, Provincia de La Habana.

Colonia Campestre. Capacidad: 100 niños.

Esta Colonia está situada, como expresamos anteriormente, en una finca de una caballería de tierra de extensión, con catorce edificios construidos dentro de estos terrenos. Los niños están distribuidos en cinco de los edificios, uno de ellos con capacidad de 30 camas, tres con capacidad para 18, y uno con capacidad de 16. En uno de los edificios, perfectamente aislado, se encuentra instalada la enfermería, con capacidad para ocho camas, cuarto de curaciones, vivienda de la enfermera residente, y servicios.

En otro edificio está instalada un aula amplia, clara y ventilada, con capacidad para 30 niños.

El comedor está instalado en el mayor de los edificios, y es común para los 100 niños y el personal. Las mesas son para grupos de seis.

El personal que atiende a los niños, está constituido por un director, profesor de instrucción, dos maestros auxiliares, y tres auxiliares no maestros. Hay una enfermera residente y un médico y un dentista que visitan diariamente la Colonia.

Los niños escogidos sufren un reconocimiento médico, y si su examen físico lo capacita para ir a la Colonia, se le realizan cuatro clases de análisis: conteo globular y diferencial, reacción de Kahn y Meinicke; examen de heces fecales y examen de orina. Se les hace la prueba de Mantoux y la reacción de Schick, y si ésta es positiva, se les inmuniza contra la difteria, con toxoide precipitado con alumbre.

El período de vacaciones que se le brinda a cada grupo, se extiende a tres meses, pudiendo éste prolongarse, si a juicio del médico de la Colonia el niño no ha prosperado lo suficiente y necesita un período más largo.

Los niños son reclutados entre los escolares débiles de las escuelas públicas, de los pueblos limítrofes, y la mayoría de ellos, de la ciudad de La Habana, ya que se juzga más conveniente a éstos substraerlos del medio urbano en que viven hacinados, y llevarlos al campo a pasar unas vacaciones a pleno aire y sol.

Los horarios que rigen, han sido estudiados por los médicos y pedagogos del Patronato, estando el tiempo distribuido entre juegos, deportes, excursiones instructivas, enseñanza regular, trabajos manuales y de horticultura, etc.

Los menús están bien balanceados, y se les suministra en forma de frutas frescas, leche y alimentos sanos; las calorías necesarias y las vitaminas indispensables.

Esta Colonia fué inaugurada el día 12 de mayo de 1935, con un grupo de 60 colonos, ya que no quedó terminada en esa fecha la instalación de todos los

MEMORIA DEL VII CONGRESO PANAMERICANO DEL NIÑO

REUNIÓN DE NIÑOS Y JUVENES DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

edificios disponibles para viviendas. Este primer grupo permaneció en la Colonia hasta el 31 de agosto, ingresando en primero de septiembre un grupo de 100 niños, y funcionando en la actualidad la Colonia a su máximo de capacidad.

De este primer grupo de 60 niños, son los resultados que se obtuvieron y que damos a continuación:

Número de niños del primer grupo: 60.

Edades:

De 8 años.....	7 niños.
De 9 años.....	6
De 10 años.....	20
De 11 años.....	12
De 12 años.....	12
De 13 años.....	3

Razas:

Blancos	45
Negros y mestizos.....	15

Progresos en el peso:

Aumentaron en peso.....	(86%)	52
No aumentaron en peso.....		6
Disminuyeron de peso.....		2

Aumentaron:

De 1 a 2 libras.....	8
De 3 a 4 libras.....	7
De 5 a 7 libras.....	25
De 8 a 10 libras.....	11
De 12 libras.....	1

Progreso en la talla:

Aumentaron la talla.....	(83%)	50
No aumentaron.....		10

Aumentaron:

De 1 a 2 centímetros.....	17
De 3 a 4 centímetros.....	25
De 5 a 7 centímetros.....	8

Exámenes de Laboratorio:

La tasa de hemoglobina comprobada, es bastante alta en relación con la obtenida en otras Colonias establecidas anteriormente, pues osciló entre 70 y 80 por ciento.

COLONIAS CAMPESTRES Y MARITIMAS INFANTILES

Parasitismo intestinal:

Casos positivos: 55 por ciento. Tricocéfalos: 30 casos. Ascárides: 3 casos.

Caries dentales:

La cifra de niños portadores de caries dentarias, es francamente alarmante, pues el 80 por ciento presentaban su dentadura en mal estado, lo que atribuimos a su deficiente alimentación, pobre en vitaminas. Cuarenta y ocho niños tenían caries y sólo 12 conservaban su dentadura sana.

Circunferencia torácica:

Un 73 por ciento de los colonos aumentó la circunferencia torácica, debido muy probablemente a que en la Colonia se les enseña a respirar correctamente, y hacen frecuentes ejercicios respiratorios.

Aumentaron la circunferencia torácica: 44 niños.

No aumentaron la circunferencia torácica: 16 niños.

Aumentaron en proporción:

De 1 a 2 centímetros..... 17 niños.

De 3 a 4 centímetros..... 15 "

De 5 a 7 centímetros..... 8 "

De 8 a 10 centímetros..... 4 "

Presión manual dinamométrica:

Aumentaron la presión manual dinamométrica: 38 niños (63 por ciento).

No aumentaron: 22.

Como se ve, los beneficios obtenidos por este primer grupo de 60 colonos alojados en la Colonia "Hershey," han sido excelentes.

Las enfermedades que han sufrido los Colonos en su estancia de tres meses, han sido ligeras en su mayoría, ingestas, catarros, y lesiones impetiginosas de la piel.

NUESTRA GRATITUD

No quiero dar por terminado este trabajo, sin hacer pública protesta de agradecimiento para tres amigos que nos han prestado una ayuda valiosa en la confección del mismo.

El doctor Félix Hurtado, profesor auxiliar de la Cátedra de Clínica Infantil, espíritu amplio y desinteresado, siempre dispuesto a ayudar, en la medida de sus fuerzas, a cualquiera de sus alumnos que se acerque a pedirle un consejo.

MEMORIA DEL VII CONGRESO PANAMERICANO DEL NIÑO

El doctor Carlos Valdés Miranda, distinguido pedagogo y miembro valiosísimo del Patronato Nacional de Colonias Infantiles, que al brindarnos la oportunidad de leer su documentado Informe sobre Colonias Infantiles, en el que describe las que visitó en Europa, en años pasados, nos ha facilitado eficazmente nuestra labor, pues del mismo hemos tomado datos de gran valor.

Y el doctor Aristides Fernández Meléndez, buen amigo y compañero laborioso, cuya ayuda nos ha sido de un valor inestimable, ya que como médico que es de la Colonia "Cojimar," nos ha facilitado grandemente la labor de estadística.

A todos ellos nuestro agradecimiento más sincero y nuestra gratitud infinita.

CONCLUSIONES

PRIMERA: Las Colonias Infantiles constituyen una obra de Protección a la Infancia y Prevención Social de inestimable valor. Todos los países deben contribuir a su fomento y desarrollo.

SEGUNDA: El niño débil o desnutrido tiene derecho a que, por el Estado o por Instituciones privadas, se le brinde un período de descanso en sus labores escolares.

TERCERA: Las loterías, en los países donde existan, son buenos medios para arbitrar recursos, con objeto de fundar Colonias Infantiles, y deben dedicar algunos de sus sorteos a estos fines.

CUARTA: Deben existir Colonias Infantiles en todos los grandes núcleos de población, para poder brindar a los niños débiles o desnutridos de las escuelas públicas, la manera de reponer su salud desgastada.

QUINTA: Las Colonias Infantiles deben radicar en edificios propios, fabricados al efecto.

SEXTA: La selección de los niños que deban ser colonizados, será hecha por el Servicio de Inspección Médica Escolar.

SEPTIMA: Recomendamos que a los niños que van ser colonizados, se les practique sistemáticamente la prueba de Schick, y si ésta resulta positiva, se les inmunice contra la difteria. Esto contribuirá a intensificar la profilaxis de esta grave enfermedad infantil.

OCTAVA: Juzgamos conveniente el examen sistemático, por un cirujano dentista, de la boca de los colonos y el tratamiento consiguiente de las piezas dentarias en mal estado.

NOVENA: Si del examen de heces fecales, realizado a los colonos, se desprende la existencia del paritismo intestinal, juzgamos que deben ser tratados en las Colonias, lo que hará prosperar de una manera mejor a estos niños débiles.

COLONIAS CAMPESTRES Y MARITIMAS INFANTILES

DECIMA: Como hemos dejado sentado el carácter médico-pedagógico de las Colonias, creemos que éstas deben ser dirigidas por maestros especializados en esta materia, con vocación especial hacia esta clase de Instituciones.

BIBLIOGRAFIA

Abt's Pediatrics.

Actas y Trabajos del Quinto Congreso Panamericano del Niño.

Aguayo, doctor Alfredo M.—Lecciones de Higiene Escolar.

Boletín del Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia.

Boletín de la Sociedad Cubana de Pediatría.

Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana.

Dihigo, doctor Mario E.—La Organización de las Colonias de Verano en los Estados Unidos de Norteamérica.—Informe presentado al señor Secretario de Instrucción Pública.—Publicado en la Revista de Instrucción Pública, mayo de 1928.

Guevara Martina y Guerra Frances.—Informe presentado al Patronato Nacional de Colonias Infantiles.

L'Oeuvre Nationale de l'Enfance.

Nelson, doctor Ernesto.—La Salud del Niño. Su protección social.

Sergent.—Tomo I. Pediatría.

Valdés Miranda, doctor Carlos.—Informe presentado al señor Secretario de Instrucción Pública, sobre Colonias Infantiles de España. (Inédito.)

Valdés Miranda, doctor Carlos.—La Salud del Niño como objetivo de la educación.

ANEXOS

Presentamos, al finalizar nuestro trabajo, un anexo que consideramos indispensable para poner de manifiesto la obra que en favor de estas instituciones está realizando en Cuba el recién creado Patronato Nacional de Colonias.

Transcribimos íntegramente el Reglamento General de nuestras Colonias, al que desde luego se le hacen las adaptaciones necesarias e indispensables en cada una de ellas, de acuerdo con la práctica diaria.

Presentamos también un modelo de menú para los desayunos, almuerzos y comidas, confeccionado por la Comisión Médica, y en vigor actualmente en la Colonia "Hershey." Como se observará, comprende diez menús distintos, lo que ofrece la ventaja de hacerlo variado, evitando la monotonía que produciría el desgano de los colonos.

Los clichés representan una reproducción de los modelos de hojas, de exámenes médicos, exámenes de laboratorio, examen dental y de antecedentes sociales, que debidamente llenados a la entrada y salida de los colonos, se archivan en nuestras oficinas centrales, y constituyen valiosos documentos para nuestra estadística y para las conclusiones respecto a la bondad de la obra.

PATRONATO NACIONAL DE COLONIAS INFANTILES.

REGLAMENTO PARA LAS COLONIAS

La permanencia en la Colonia

La vida en la Colonia debe ser higiénica y llena de alegría y de interés. La Colonia no tiene por objeto instruir a los niños; pero tampoco debe ser ajena a todo fin educador. No deben darse en ella lecciones formales, ni aun siquiera de moral y civismo. Sin embargo, es conveniente aprovechar toda oportunidad que se presente de dar una enseñanza animada e interesante, hacer una observación o un experimento instructivo, sugerir un proyecto de trabajo manual o de dibujo, etc. Se pedirá a los niños que lleven un diario de la vida en la Colonia, y se les permitirá que escriban, de vez en cuando, a sus familiares.

No deben imponerse ejercicios gimnásticos. La gimnasia será: funcional y natural; juegos libres y metodizados. Se les enseñará la respiración profunda, se tratará de asegurarles la salud y la alegría, por una sana alimentación, de acuerdo con el dietario general y la prescripción del médico de la Colonia, para cada caso especial; asimismo, se procederá en cuanto a baños de sol, baños de mar, duchas, paseos al campo, sueño y siesta reglamentada, etc.

Cada Colonia debe disponer de una biblioteca infantil, y si es posible, de un piano y un aparato de radio.

El examen físico y médico de los colonos

Estos exámenes se harán siguiendo las indicaciones de las fichas gráficas y registros que adopte el Patronato.

Al ingresar el niño en la Colonia, debe haber sido seleccionado por el Servicio de Inspección Médica Escolar, donde lo hubiere, que certifique no padece de enfermedades contagiosas, y aceptado por el médico de la Colonia.

Asimismo, al ingresar el niño en la Colonia, será inscripto en un registro especial de ingresos, y se le llenará una ficha individual, por el jefe de la misma, según modelo que adopte el Patronato. Se le hará el examen físico del peso, la talla, la circunferencia torácica, la fuerza muscular.

Es recomendable hacer el examen físico de los niños, al final de la permanencia en la Colonia, y de este modo se sabrá si el establecimiento beneficia a los niños.

El dietario de los niños

La alimentación de los colonos debe ser de excelente calidad, nutritiva, apetitosa y variada, de acuerdo con las medidas dictadas por los médicos del Patronato (Comisión Consultiva).

El horario de la Colonia

Este debe ser flexible y adaptable a los intereses variables de la vida del niño. Es necesario evitar a toda costa el fastidio producido por la excesiva uniformidad.

COLONIAS CAMPESTRES Y MARITIMAS INFANTILES

El médico de la Colonia

No es necesario que el médico resida en la Colonia. Puede ser un médico de la localidad, pero debe visitar regularmente a los niños y, además, acudir a la Colonia tantas veces como se soliciten sus servicios, por causas extraordinarias. Deberá ser un especialista de niños.

La enfermera de la Colonia

En cada Colonia habrá una enfermera titular residente que cuidará de la higiene de los niños, los asistirá en cualquier trastorno físico que padezcan en tanto llega el médico, y cumplirá luego las prescripciones de éste, auxiliándolo en su labor. Vigilará el estado de salud de los colonos, y cuidará del baño que deba tomar cada uno; llenará, de acuerdo con el médico y el Jefe de la Colonia, las fichas, fichas y registros de los exámenes a que se someta a los colonos. Tendrá bajo su custodia el botiquín de la Colonia.

El gobierno de las Colonias

Cada Colonia estará gobernada por un Jefe o Jefa, cuyas obligaciones y facultades serán las siguientes:

- a). Cumplirá y hará cumplir fielmente este reglamento.
- b). Será Jefe de la Colonia, y resolverá todos los casos no previstos en este reglamento.
- c). Consultará, sin demora, a la Directora General, cualquier duda que se le presentare en el desempeño de su cargo.
- d). No se separará de la Colonia, sin previo permiso de la Directora General del Patronato.
- e). Atenderá y cuidará paternalmente a los Colonos, procurándoles el mayor bienestar posible y la mayor felicidad durante la permanencia de los niños en la Colonia.
- f). Semanalmente informará a la Directora General de la marcha de la Colonia, y mensualmente rendirá un informe detallado, más cuantos datos le pidiere la Directora o la Junta General del Patronato. Además, hará las sugerencias que crea oportunas para el mejor funcionamiento y cabal éxito de la obra.

Será Jefe o Jefa de la Colonia la persona designada por el Patronato, a propuesta de la Directora, debiendo reunir sólidos conocimientos de Pedagogía e Higiene, y estar capacitada por sus condiciones de carácter y su amor a la niñez, para desempeñar tan delicada misión.

Auxiliares

El Jefe de cada Colonia será auxiliado por maestros seleccionados entre los más competentes y que mejores condiciones reúnan para el caso. Dichos auxiliares cooperarán con el Jefe, a fin de obtener el mejor funcionamiento de la Colonia, especialmente en lo que se refiere a la parte técnica.

MEMORIA DEL VII CONGRESO PANAMERICANO DEL NIÑO

En caso de ausencia o de enfermedad del Jefe, lo substituirá interinamente el auxiliar que él designare, en tanto resuelve el Patronato o la Delegación local.

Cada auxiliar deberá tener a su cuidado un grupo no mayor de veinte niños.

Disciplina

La disciplina que han de observar los colonos estará basada primordialmente en la habilidad y el buen tacto que para conseguirlo empleen el Jefe y los auxiliares de la Colonia, en la manera paternal con que traten a los niños, y habrá de parecerse dicho régimen, no a la severa disciplina de la escuela tradicional, sino a la libre y risueña tranquilidad del hogar, o a la serena comunidad de alumnos y maestros en la escuela nueva. Se dejará a los niños toda la expansión necesaria para que no se sientan cohibidos en su natural regocijo, sin más limitación que la necesaria para evitar que se dañen o molesten unos a otros, y no se aplicarán castigos corporales ni, salvo en casos extremos que lo recomienden, sanciones severas de otra clase, considerando siempre que en vez de castigar frecuentemente a algún colono indisciplinado o incorregible (lo cual impedirá que se aproveche de los beneficios de la Colonia), será preferible devolverlo al hogar para cubrir su puesto con otro que reúra mejores condiciones.

Vestidos

Cada colono tendrá su ropa marcada con su número correspondiente, y no se consentirá que ningún niño use la ropa de otro.

Los colonos, al acostarse, dejarán sus ropas terdidas de modo que se aireen, y si es posible fuera de los dormitorios, si existe anexo a ellos un lugar apropiado para el caso, y se pondrán todos la ropa de dormir, la cual, por la mañana, al hacer su cama cada colono, quedará también expuesta al aire. Se tendrá cuidado de que ningún niño permanezca con la ropa húmeda o mojada.

Aseo personal

Todos los colonos se darán diariamente un baño general de aseo, a la hora que fije el horario de la Colonia. El acto de bañarse los niños será vigilado por los auxiliares y la enfermera, para que éste se realice de la manera más ordenada, teniendo cuidado de que no permanezca ningún niño en el baño sino el tiempo prescripto por el médico de la Colonia, ya que tratándose de niños débiles, y algunos de ellos acaso poco acostumbrados al baño frecuente, les resultare perjudicial un baño prolongado.

Según indicación del médico, los baños serán de ducha o de fricción, templados o fríos.

Cada colono, después de levantarse y hacer la cama, y antes del desayuno, se lavará parcialmente la cara, manos, etc., con jabón; se limpiará los dientes con cepillo y pasta, y se peinará. Asimismo se lavarán manos y dientes después de cada comida.

De las comidas

Las comidas de los colonos se ajustarán a las horas que indique el horario de la Colonia, y a los menús semanales confeccionados por el Jefe de la Colonia, de acuerdo con el dietario general hecho por los médicos de la Comisión Consultiva del Patronato, más las indicaciones individuales hechas por el médico de la Colonia.

El Jefe de la Colonia cuidará de que los alimentos sean de buena calidad, sanos, frescos y preparados de manera conveniente y apetitosa.

El Jefe y sus auxiliares, así como la enfermera y el ama de llaves, comerán siempre junto con los colonos, y tomarán la misma comida que ellos, a menos que alguna prescripción facultativa lo prohíba a algunos de ellos.

Durante la comida se procurará que reine entre los colonos la mayor alegría dentro del mayor orden, iniciando los profesores alguna charla interesante apropiada al momento.

Se procurará, asimismo, que los colonos se conduzcan con cortesía y buenas maneras, y se les enseñará el uso apropiado del cubierto.

Es indispensable que la enfermera investigue diariamente el estado de las funciones digestivas de cada niño, a fin de someter a una apropiada dieta alimenticia a aquellos que realicen anormalmente dichas funciones.

Juegos

Habrán dos clases de juegos metodizados: de salón y deportes al aire libre.

Los juegos de salón se realizarán durante las veladas o en los días lluviosos, y los deportes al aire libre durante el día, en las horas y lugares más apropiados para que los niños puedan ejercitarse sin peligro de accidentes.

Los deportes a que se entreguen los niños de las Colonias, deberán reunir las condiciones siguientes:

Que sean apropiados a la edad y a la naturaleza débil de los colonos.

Que constituyan convenientes ejercicios físicos, sin ser perjudiciales o peligrosos a la salud de los niños.

Siempre se cuidará de que los niños no se fatiguen ni se agiten demasiado, teniendo en cuenta que el excesivo ejercicio resultará contraproducente, por el gasto de fuerzas que requiere, sobre todo tratándose de niños débiles.

Se estimulará a aquellos niños tímidos o retraídos a que tomen parte en los juegos, al notar que no lo hacen espontáneamente.

Los juegos serán siempre vigilados y dirigidos por el Jefe o sus auxiliares, y aun será preferible que tomen parte activa en ellos.

También a alguna hora del día habrá juegos libres, los cuales se dejarán a la iniciativa de los niños, cuidando, sin embargo, de que no degeneren en desmedida agitación o en actos contrarios a la corrección.

Las danzas y cantos corales tendrán una preferente atención.

Paseos y excursiones

Los paseos y las excursiones se realizarán de modo que los niños guarden en ellas el orden indispensable para que no se molesten mutuamente, pero no debe exigirse que vayan los niños callados y en filas ordenadas, como es costumbre, aunque podrá hacerse así cuando la conveniencia de ellos mismos lo exija en determinados lugares; en tanto, tendrán toda la necesaria libertad para que sientan expansión y alegría.

Las excursiones se aprovecharán para instruir a los niños sobre conocimientos geográficos y de cualquier otra índole, pero sólo cuando sea oportuno e incidentalmente, en natural conversación con ellos, sin que se den cuenta de que se les está instruyendo, a la manera que un padre culto y cariñoso instruye a sus hijos en circunstancias análogas.

La persona Jefe de la Colonia, por la responsabilidad que en ello habrá de caberle, tendrá extremo cuidado en la elección de los lugares que se escogerán para paseos y excursiones, a fin de evitar cualquier peligro. Las excursiones más largas se dejarán para los últimos días, cuando ya los niños se encuentren más robustecidos y más acostumbrados a ellas.

Debe inculcarse en los colonos el respeto a la Naturaleza, por lo cual no se les permitirá que afeen los lugares recorridos durante los paseos y excursiones.

Con un fin educativo, se les recomendará que en las excursiones hagan colecciones de vegetales y minerales. Pero no debe permitirse que cada niño haga una colección individualista, sino que el grupo entero, con la cooperación de todos, haga una sola.

Sueño

Los dormitorios permanecerán, durante las horas del sueño, convenientemente ventilados, procurando sólo que la lluvia no llegue a las camas. Hay que tener en cuenta que el aire puro es el primer elemento reconstituyente a que van a ser sometidos los colonos. En las horas de sueño, cuando están todos reunidos en habitaciones, será cuando más se necesite que el aire se renueve fácilmente. La regla que se da para conocer éste es que, por la mañana, al despertar los niños, quien venga de afuera no note el aire viciado dentro de los dormitorios.

En el tiempo que precede a aquel en que los niños vayan a dormir, se procurará que éstos no reciban impresiones que los exciten y que puedan perturbarles el sueño.

Durante las horas dedicadas al sueño, se exigirá el más absoluto silencio a todos los colonos.

Enfermos

Cada Colonia estará provista de un botiquín de emergencia, cuyos medicamentos se aplicarán, por la enfermera, en los casos de urgencia, mientras

COLONIAS CAMPESTRES Y MARITIMAS INFANTILES

llega el médico de la Colonia; y en todos los demás casos, por prescripción exclusiva de éste.

Inmediatamente que se observe que algún niño se halla enfermo, se aislará en una pieza habilitada como enfermería, se avisará al médico de la Colonia para que éste prescriba tratamiento, caso de ser trastorno ligero, o disponga su traslado, si lo estimare conveniente.

Correspondencia

Los colonos podrán escribir semanalmente a sus familiares el día de la semana que acuerde el Jefe de la Colonia, y le será respetado el secreto de esta correspondencia, así como el de la que ellos reciban.

Diario escolar

Se invitará a los colonos a que lleven cada uno un diario en que anote sus impresiones del día anterior, haciendo constar siempre la fecha en que se escribe.

En la redacción de este diario se dejará en entera libertad a los niños, limitándose el Jefe y sus auxiliares a leer algunos modelos que sugieran a los niños una idea de la mejor manera de redactarlos.

Estos diarios serán propiedad de los colonos, que podrán llevarlos a sus hogares.

Visitas

Los familiares y amigos de los colonos podrán visitar a éstos, exclusivamente los domingos, durante las horas que determine el horario de la Colonia. Solamente con la previa autorización de la Directora del Patronato (o del Presidente de la Delegación, en la localidad respectiva), podrán recibirse visitas en la Colonia en días que no sean los señalados, y por causa justificada.

El ama de llaves

En las Colonias populosas habrá un ama de llaves encargada de la ropería y despensa, bajo las órdenes del Jefe de la Colonia, al que rendirá diariamente cuenta de su labor. Esta será dispuesta, en un plan general, por la Directora del Patronato.

Inspección de la Colonia

El Patronato en pleno o cualquiera de sus miembros podrá, en todo tiempo, inspeccionar el funcionamiento de las Colonias.

PATRONATO NACIONAL DE COLONIAS INFANTILES COLONIA "HERSHEY"

Lista del menú, para diez días

Desayunos:

1. Leche, cereal, galletas.

2. Café con leche, galletas, mantequilla.

3. Leche, cereal, galletas.

MEMORIA DEL VII CONGRESO PANAMERICANO DEL NIÑO

4. Café con leche, galletas, mantequilla.
5. Leche, cereal, galletas.
6. Café con leche, galletas, mantequilla.
7. Leche, cereal, galletas.
8. Café con leche, galletas, mantequilla.
9. Leche, cereal, galletas.
10. Café con leche, galletas, mantequilla.

Almuerzos:

1. Ajiaco criollo, carne asada, ensalada, galletas.
2. Harina de maíz, beefsteak palomilla, vianda salcochada, ensalada, galletas, fruta.
3. Puré de vegetales, moros y cristianos, papas rellenas, ensalada, galletas, leche.
4. Pescado, platillo de fideos, vianda salcochada, ensalada, galleta, frutas.
5. Puré de chícharos, croquetas de carne, vianda salcochada, ensalada, galletas, leche.
6. Macarrones, croquetas de bacalao, vianda salcochada, ensalada, galletas, frutas.
7. Arroz con pollo, plátanos maduros fritos, ensalada de papas, galletas, leche.
8. Puré de frijoles blancos, beefsteak empanizado, vianda con mojo, ensalada, galletas, frutas.
9. Caldo vegetal, picadillo criollo, arroz blanco, ensalada, galletas.
10. Bacalao a la vizcaína, arroz blanco, puré de malangas, ensalada, galletas, frutas.

Meriendas:

1. Frutas.
2. Pasta de guayaba, con galleta.
3. Frutas.
4. Leche con galletas.
5. Frutas.
6. Galletas con leche.
7. Frutas.
8. Leche con galletas.
9. Frutas.
10. Leche con galletas.

Comidas:

1. Frijoles negros, arroz blanco, albóndigas de carne, natilla, galletas.
2. Puré de frijol rojo, revoltillo de vegetales, arroz blanco, dulce de leche, galletas.
3. Sopa de escudella, ropa vieja, puré de papas, dulce en almíbar, galletas.

COLONIAS CAMPESTRES Y MARITIMAS INFANTILES

4. Sopa de pan, picadillo catalana, arroz blanco, dulce en almíbar, galletas.
5. Puré de frijol negro, aporreado de ternera, puré de malangas, harina con azúcar, galletas.
6. Caldo vegetal, beefsteak en cazuela, arroz blanco, chiviricos, galletas.
7. Sopa de fideos, revoltillo de menudos, arroz blanco, dulce en almíbar, galletas.
8. Puré de garbanzos, carne asada, boniato salcochado, panetela, galletas.
9. Sopa de fideos, carne entomatada, papas salcochadas, arroz con leche, galletas.
10. Sopa a la Juliana, picadillo criolla, harina de maíz, boniatillo, galletas.

EXAMEN FISICO

PATRONATO NACIONAL DE COLONIAS INFANTILES

COLONIA.....

EXAMENES MEDICOS

Nombre Edad Raza Sexo
 Dirección
 Fecha de ingreso Fecha de salida
 ANTECEDENTES PATOLOGICOS FAMILIARES
 ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES

 Reacción de Mantoux Reacción de Schick

EXAMEN FISICO

AL INGRESAR

AL SALIR

Hábito exterior.....	.....
Peso..... lbs. Talla .....centímetros	.....
Piel.....	.....
Ganglios Cerv.....Ax.....Ing.....Epi.....	.....
Aparato respiratorio .....	.....
.....	
Aparato circulatorio.....	.....
.....	
Sistema nervioso.....	.....
Abdomen.....	.....
Hígado.....	.....
Bazo.....	.....
Boca.....	.....
Faringe.....	.....
Amígdalas.....	.....
Adenoides .....	.....
Ojos .....	.....
Nariz y Oídos .....	.....
Dentición .....	.....
Genitales externos.....	.....

Observaciones.....

Facsimil de la Hoja de Exámenes Médicos.

PATRONATO NACIONAL DE COLONIAS INFANTILES

COLONIA

EXAMENES DE LABORATORIO

Nombre Edad
Raza Sexo

EXAMEN DE SANGRE

HEMOGRAMA

Hematíes por mm³ Hemoglobina Valor Globular.....
Leucocitos por mm³

Neutrófilos { Juveniles.....
Stabkernige.....
Segmentados..... }

Linfocitos.....
Monocitos.....
Basófilos.....
Eosinófilos.....

Formas de regeneración

Formas de degeneración

REACCION DE KAHN.....

REACCION DE MEINNICKE.....

Observaciones

EXAMEN DE ORINA

CARACTERES GENERALES

Cant. recibida Densidad..... Reacción.....
Color Aspecto Cromógeno.....

ELEMENTOS ANORMALES

Albumina Glucosa..... Acetona.....
Acido diacético..... Inducana..... Urobilina.....
Acidos biliares Pigmentos biliares.....

SEDIMIENTO CENTRIFUGADO

Cristales Epitelio.....
Amorfos Cilindros.....
Hematíes Parásitos.....
Leucocitos Otros elementos.....
Observaciones

EXAMEN DE HECES FECALES

PARASITOS

PROTOZOARIOS { Rizopodos.....
Infusorios.....
Flagelados.....
VERMES Y SUS HUEVOS { Céstodos.....
Tremátodos.....
Nemátodos.....

Observaciones.....

Habana, de de 19.....

Facsimil de la "Hoja de Exámenes de Laboratorio."

PATRONATO NACIONAL DE COLONIAS INFANTILES

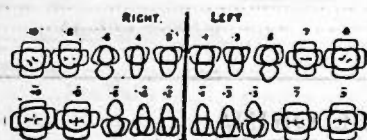
EXAMEN DE LA BOCA
COLONIA.....

EXAMEN DENTAL

Nombre Edad
Raza Sexo Fecha

Aspecto general Estado de la boca
Ingiere pus Coloración de los labios
¿Respira por la boca? Aliento
Bóveda palatina Dientes Encías
Lengua Forma de la arcada dentaria
Articulación de las arcadas
¿Necesita tratamiento ortodóncico?

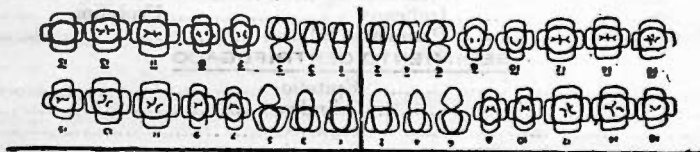
ESQUEMA DENTAL TEMPORAL:



SIGNOS:

Dientes con fístulas y abscesos O
" erupcionando :
Posición de la obturación]
Dientes perdidos *
" no erupcionados —
" extraídos X
que requieren Rayos X —

ESQUEMA DENTAL PERMANENTE:



El tratamiento de canales se inicia pintando la raíz del diente donde va a efectuarse

EXAMEN DE HECES FECAL
MOLARES DE LOS 8 AÑOS

SANOS	CARIADOS	INCURABLES	EXTRAÍDOS	NO BROTADOS

Observaciones

Examinado por Dr.

Anverso de la hoja de Examen Dental.

Estado de los dientes.....	Dientes temporales	{ Muy retenidos
		{ Extraídos muy temprano
Tártaro.....	Dientes con absceso	{ Temporales
		{ Permanentes
Cepillo de dientes	Dientes obturados	{ Temporales
		{ Permanentes
Cierre de las mandíbulas.....	Dientes fracturados	{ Temporales
		{ Permanentes
Erupeción permanente.....	Dientes supernumerarios.....	

Operador, Dr.:

DATOS ANTROPOMETRICOS

DATOS	AL INGRESAR	AL SALIR	OBSERVACIONES
Aspecto general del niño			
Talla en centímetros			
Peso en libras			
Circunferencia torácica en cms.			
Inspiración			
Expiración			
Capacidad vital			
Presión mano derecha			
Presión mano izquierda			
Promedio de presión			
Dentición	I..... C..... P. M.....M.....	I..... C..... P. M.....M.....	
DATOS PARTICULARES			
Inclinacións			
Personalidad			
Carácter			

Hoja de Datos Antropométricos

PATRONATO NACIONAL DE COLONIAS INFANTILES

COLONIA

ANTECEDENTES SOCIALES

Primer apellido.....Segundo apellido:.....Nombre.....Raza

Ingreso.....de.....de 19.....Egreso.....de.....de 19.....

Fecha de nacimiento.....de.....de 19.....Pueblo.....Provincia.....

Nombre del padre.....

Nombre de la madre.....

Dirección.....

Edad del padre al nacer el niño.....años. Edad de la madre al nacer el niño.....años.

¿Dónde nació el padre? Pueblo.....Provincia.....País.....

¿Dónde nació la madre? Pueblo.....Provincia.....País.....

¿Es consanguíneo este matrimonio?.....¿Qué parentesco tiene?.....

¿Qué lugar ocupa este niño entre sus hermanos?.....

¿Han fallecido hermanos de este niño?.....¿Cuántos?

¿De qué enfermedades han fallecido y a qué edades?.....

.....

.....

¿Cuántas personas dormían en la misma habitación con el niño?.....

¿Qué comía habitualmente el niño? Detállese:.....

.....

.....

Carácter del padre.....Carácter de la madre.....

Hábitos del padre.....Hábitos de la madre.....

.....

Hoja de Antecedentes Sociales.

FUNCION SOCIAL DEL CAMPAMENTO

Profa. GUADALUPE RAMIREZ,
México, D. F. (1)

LOS cambios aparentemente bruscos por los que la sociedad está atravesando en la actualidad producen un desequilibrio en la mentalidad de los grupos cultos, pero acostumbrados a una acción lenta de acomodación. Este desequilibrio obstruye con demasiada frecuencia el camino hacia nuevas actividades.

Debemos tomar en cuenta que en un período como el actual, toda actividad debe contribuir en una forma directa y claramente definida al mejoramiento y orientación de la colectividad.

Nuevas actividades, revalorización de las normas culturales, recreación adecuada, responsabilidad individual y colectiva, deben ser la norma de individuos y agrupaciones.

El deber de mayor importancia de una comunidad es aumentar en cuanto le sea posible el número de individuos sanos y bien preparados para los actos de la vida diaria, comunes a todas las condiciones sociales.

Por lo tanto, el deber individual es conservarse sano y apto para las funciones de la vida cívica y vegetativa; el deber colectivo es enseñar y ayudar a los demás a resolver este problema. La más clara evidencia de que un individuo está sano y bien educado, es la de que siempre está listo, tanto para su perfeccionamiento personal como para servir a los demás. Este no es solamente un estado físico, sino moral y psíquico.

Este estado es aplicable, o se refleja en las comunidades formadas por individuos que posean las mismas condiciones, y también aplicable a las sociedades y agrupaciones. Estas deben poner al alcance de la comunidad todas las oportunidades para la conservación del individuo en las condiciones ya mencionadas; no como una caridad, sino como la obligación más justa hacia el bien común dictada por la moral. Este trabajo desempeñado por agrupaciones, resolverá muchos de los problemas de nuestra complicada vida actual.

Cada agrupación debe tender a desempeñar una función específica, haciendo a un lado rivalidades y competencias ridículas en el campo del mejoramiento social.

Así como la familia es indispensable para el desarrollo de la personalidad, el individuo necesita del espíritu de aventura para desenvolver sus cualidades de individuo responsable, no solamente de sus actos, sino de la coordinación y cooperación en trabajos colectivos.

(1) Contribución de la Asociación Cristiana Femenina.)

Hasta hoy solamente se ha encontrado una recreación que coloque al individuo en condiciones de poner en juego todas estas actitudes y actividades: el campamento, organizado técnicamente.

Al hablar específicamente de un campamento debemos indicar la función precisa del mismo, de acuerdo con las condiciones físicas, mentales, cronológicas y morales de los individuos a quienes va a recrear.

Los campamentos para niños pueden clasificarse, según sus objetivos, en:

CAMPAMENTOS PARA NIÑOS

Normales.

Mal nutridos.

Hospitalizados por largo tiempo.

Tuberculosos.

Lisiados.

Anormales mentales.

Delincuentes, etc.

El reglamento básico será el mismo para estos diferentes grupos, pero las metas que se persiguen o señalan deberán ser perfectamente definidas para el personal directivo y administrativo de estos campamentos.

Por ejemplo, para el primer grupo, niños normales, los objetivos serán la cooperación, el respeto al derecho ajeno, el espíritu de servicio, así como también podríamos mencionar las siguientes actividades que sirven como medios para lograr los objetivos ya indicados: Música, artes, discusiones, danzas de varias clases, representaciones dramáticas; aprender a conocer las flores, los pájaros, los árboles y las estrellas; poseer una pequeña biblioteca, nadar, emprender excursiones a pie y a caballo; un periódico para el campamento, así como también lectura de poesías, noticias-relámpago de los sucesos diarios; pláticas acerca de representaciones dramáticas y de libros y naturalmente, ante todo, el gozar de aire fresco, buena alimentación, sueño en abundancia, risa y distracción.

Para los segundos, niños mal nutridos, algunos de los objetivos serán el aumento de peso, impartir el conocimiento del valor nutritivo de los alimentos, destruir prejuicios de alimentación, etc.

Para el tercer grupo, niños hospitalizados por largo tiempo, deberá estimularse la iniciativa personal, la expresión apropiada de sus deseos y sentimientos, y despertarles el interés por la vida de la comunidad.

Para los grupos siguientes, las normas establecidas en los hospitales, sanatorios y casas correccionales, dejarán un lugar preferente a la acción del aire, sol, al contacto directo con la naturaleza y sus efectos curativos, poniendo gran énfasis en la influencia ejercida por la observación de los fenómenos naturales como la salida del sol, la luna y las estrellas; el vuelo de las aves, las formas de las nubes; el murmullo del agua y de las frondas, etc.

Para el grupo de niños lisiados, es de verdadera urgencia establecer campamentos y escuelas.

La mayoría de los mendigos que pululan por toda la República, tienen por principal excusa la imposibilidad física que les impide desempeñar cualquier actividad retribuida que les suministre lo necesario para ganarse la vida, desarrollando en ellos no solamente un complejo de inferioridad, sino de irresponsabilidad y hasta de odio y malevolencia. Estos complejos se desarrollan, como es bien sabido, no solamente entre los niños proletarios, sino también en los niños acomodados.

Es cierto que un campamento, por el corto período de tiempo que comprende, no puede preparar al niño en una forma adecuada para desempeñar una actividad lucrativa, pero sí tiene gran fuerza para destruir estos complejos, preparándoles actividades que puedan desempeñar con eficiencia y con alegría; demostraciones éstas de que en algunos casos están mejor dotados que los niños físicamente normales.

El campamento para el niño lisiado, indudablemente que tendrá que estar dotado de algunos útiles, sillas, camas y accesorios especiales, pero se tratará de que todo aquello que lleve a los niños reminiscencias dolorosas de su estado, como medicinas, aparatos y curaciones que no sean enteramente indispensables, desaparezcan de su vista durante los días de campamento, con el objeto de darles la impresión de un cambio agradable en su vida. Como en los otros grupos deberá dejarse más a la acción de los agentes naturales el mejoramiento de los niños; motivando por medios diferentes "la alegría del vivir" y la sensación de confianza en su propia capacidad creadora.

Para ellos también las artes plásticas, la música, el cuidado de las flores y plantas, coleccionar mariposas y otros insectos, formar herbarios, aprender a distinguir a los pájaros por su canto y por sus colores, serán algunas de las más variadas y numerosas actividades con las que puedan no solamente pasar horas encantadoras, sino que despertarán en ellos el interés por las ciencias y las artes, formándoles el espíritu de observación y haciéndoles olvidar sus defectos físicos.

No saldrá sobrando repetir que las personas que administren y atiendan estos campamentos, deben estar perfectamente preparadas y seguir con rigurosidad las prescripciones del médico jefe de este campamento.

Para los demás grupos mencionados, en la mayoría de los casos, solamente el cambio de ambiente y alimentación determinan una mejoría notable del caso que se trata de corregir.

Con frecuencia se confunde la finalidad y métodos de las colonias campestres con los campamentos técnicos organizados.

La colonia campestre es de una necesidad tan urgente como el campamento, pero sus prácticas son enteramente diferentes. Aquella tiende a dar servicio más o menos prolongado, siguiendo las prescripciones médicas y de acuerdo con las condiciones del niño; por lo tanto, tiene que equiparse con todos los útiles necesarios para llenar los requisitos indispensables de una perfecta asistencia médica; podríamos decir, es el hospital que se traslada al campo con todas sus características ineludibles y que va buscando un lugar apropiado con las condiciones indispensables para contrarrestar y destruir los males y con-

FUNCION SOCIAL DEL CAMPAMENTO

diciones que puedan favorecer el desarrollo de las enfermedades que se trata de atacar; por eso se dividen en colonias campestres: de montaña, de ribera, de playa, etc.

La vida del campamento es efímera y debe dar la sensación de serlo; es un cambio radical de todo. Han de variar los vestidos, desapareciendo hasta el bello uniforme de enfermera para dar paso al de acampante, y solamente en casos muy precisos volverá a aparecer el uniforme blanco.

El campamento tiende a llenar los vacíos que deja en unos casos el ajetreo de la vida diaria y en otros la abulia producida por un sistema de vida monótona y, cuando el acampante regrese a su antigua vida, sienta que ha adquirido nuevos elementos de carácter espiritual, científico y recreativo.

LOCALIZACION:

La localización de un campamento es de gran importancia. Lo adecuado es un terreno elevado, seco y con ligero declive para facilitar el drenaje. Se requiere que haya amplitud de paisaje, árboles y agua en abundancia; terreno bastante amplio y limpio, que no haya servido para acumular basuras ni inmundicias.

CONSTRUCCIONES:

Las construcciones deben ser ligeras y que no solamente sean bien ventiladas y asoleadas, sino que den la impresión de serlo. Tendrán por objeto principal defender a los acampantes de las lluvias y de las corrientes de aire frío, pero nunca proporcionar habitaciones cerradas en las que no se disfrute de una ventilación absoluta.

Las tiendas de campaña, además de dar mayor acceso a los rayos solares, hacen más radical el cambio de habitación en el sistema de vida.

CAMAS, ABRIGOS Y VESTIDOS:

Es de suma importancia el estudio de estos tres elementos.

Las camas, siempre de campaña, han de ser fáciles de asearse y transportarse de un lado a otro en el mismo campamento.

Los acampantes deberán proveerse de abrigos suficientes, evitando por todos los medios los enfriamientos prolongados.

Los vestidos, además de ser adecuados a la estación y clima del lugar, reunirán los requisitos de comodidad, limpieza y sencillez requeridas para la vida del campo.

Los zapatos serán de suela gruesa y resistente; se necesitarán sweaters y también sombreros de ala ancha para protegerse del sol.

ALIMENTACION:

Punto de mayor importancia por su innegable trascendencia es la alimentación. Depende el éxito de un campamento del valor nutritivo de las substancias

MEMORIA DEL VII CONGRESO PANAMERICANO DEL NIÑO

cias alimenticias empleadas; de su preparación, y del régimen alimenticio usado con cada grupo, de acuerdo con sus condiciones físicas.

Cada una de las personas encargadas de cualquier misión en un campamento, debe estar perfectamente convencida de la bondad del régimen para que el desarrollo del programa no encuentre trabas.

PERSONAL:

En un campamento, el personal debe estar perfectamente al tanto de la misión que va a desempeñar en el mismo, y de los objetivos que éste persigue.

El mayor error que se comete en los nuevos campos de actividades es pensar que no se necesita una preparación científica para desempeñar estas actividades.

En varias partes del mundo se pueden encontrar actualmente consejeras y directoras de campamento. Estas, además de tener una profesión como maestras, enfermeras, trabajadoras sociales, médicas, profesoras de educación física y de música, han recibido una preparación técnica especial para consejeras de campamento.

Tal vez parezca redundante mencionar algunas de las materias indispensables para las consejeras de campamento, pero es de tal trascendencia su mayor o menor cultura y educación, que es indispensable asentarlas: Psicología, Economía Política, Higiene, en todas sus aplicaciones, de la alimentación, del vestido, de la habitación, rural y urbana, etc.; Biología y Bacteriología, Astronomía, Sociología, Primeros Auxilios, Investigaciones y comprensión de los recursos de la comunidad y Recreación.

El éxito de un campamento no debe valorizarse por el mayor o menor número de acampantes, ni por la mayor alegría demostrada, sino por los resultados traducidos en nuevas adquisiciones de orden físico y moral.

NUMERO CONVENIENTE DE ACAMPANTES:

El número de acampantes puede variar, pero es de desearse que no sean menos de quince ni más de treinta. En número corto, hay el peligro de que se impongan sobre los campamentos un gran número de comisiones o que sientan se les prodigan demasiadas atenciones y cuidados. Un número crecido, no puede entrar de lleno en el espíritu de camaradería y amistad que debe reinar en todo campamento.

Si en todas las naciones se aceptara y se llevara a la práctica lo que tan someramente esbozo en este trabajo, muy pronto veríamos los efectos benéficos que para la salud moral y física de la raza pueden aportar los diversos campamentos con sus insospechados manantiales, con sus innumerables elementos que tan desconocidos y, por lo tanto, poco empleados son hasta ahora.

CONCLUSIONES:

Primera: Es de urgente necesidad la adquisición por todos los Gobiernos de lugares, en todo su territorio, en donde puedan efectuarse campamentos organizados técnicamente y al alcance de todos los niños de la nación.

FUNCION SOCIAL DEL CAMPAMENTO

Segunda: Todos los campamentos estarán sometidos a reglamentos especiales y frecuentemente inspeccionados.

Tercera: El establecimiento, a la mayor brevedad posible, de CAMPAMENTOS PARA NIÑOS LISIADOS, especialmente para aquellos cuyo traslado no sea ni demasiado molesto ni peligroso.

Cuarta: Organización de academias para la preparación de Consejeras de Campamentos.

RECOMMENDATIONS:

With the purpose of avoiding failure, comercialization, quackers, and to assure the success of the CAMPS, we present the following recommendations:

First: The establishment of specialized Camps, under the auspices of the various Governments, in order to offer this opportunity to every child in the nation.

Second: Special regulations for all the Camps, both official and private.

Third: At the earliest possible date, the organization of CAMPS FOR CRIPPLED CHILDREN, preferably to begin with those to whom the trip would not be dangerous.

Fourth: The founding of Academies for the preparation of Camps Leaders, or Advisers.

ASISTENCIA Y PROTECCION DE LOS NIÑOS INVALIDOS (1)

Dr. JUAN FARILL,
México, D. F.

CORTO, lo más corto posible, deseo que resulte este trabajo, pues no lleva como fin el imbuir en vuestras inteligencias, tan bien cultivadas, ideas nuevas sobre asunto que os debe ser completamente conocido, como es el problema que en todas las naciones del Globo, constituyen los niños lisiados. Más que un trabajo de propaganda en favor de ellos, o de discusión científica de los distintos aspectos de su estado, queremos presentar, de modo breve, sugerencias a este honorable Congreso, para que se hagan las recomendaciones que crea él pertinentes a las naciones de la América, en las que se encuentren los niños estropeados en condiciones desventajosas.

Tres son las principales etapas de la historia de este movimiento, que se pueden resumir del modo siguiente:

Primero.—Epocas ancestrales en las que los defectos físicos, eran más que suficientes para constituirse en forma de ley, en pena de muerte, para quienes nacían con ellos, como aconteció en China y en Esparta.

Segundo.—Siglos y siglos que continúan esa época, en la que los baldados y los defensores son objeto de burlas, de vejaciones, de explotación y de expresiones degradantes de piedad, en los que la sociedad misericordiosa pero desorientada, lo único que hace en favor es darles un asilo o impartirles una limosna.

Tercero.—Por último, el período que data de 1832 a la fecha, en el cual las naciones de más cultura, de más alcance social y de más visión económica, han instituido de modo formal la preparación y la educación especial de los niños baldados, con fines no sólo de mejoramiento individual de ellos, sino de utilidad pública.

La mayor parte de los países latinoamericanos, desgraciadamente pasan por la segunda de las etapas a que antes me he referido, y si esto es doloroso manifestarlo, debe de causarnos satisfacción el hecho de pensar que la mayor parte de ellos, también se encuentran conmovidos por el movimiento social contemporáneo y listos para que el salto a la tercera de las épocas antes dichas, se lleve a efecto.

(1) Contribución del Departamento del Trabajo.

El ansia colectiva, la protesta sorda de distintos individuos y organizaciones, y la actitud de los diferentes gobiernos, señala claramente que el momento en que los niños lisiados encontrarán su rehabilitación en la sociedad y se les tomará en cuenta en los movimientos colectivos, principalmente de orden económico, está a punto de realizarse.

En la forma como actualmente se quiere resolver este problema en nuestras naciones, no se llega a ningún resultado, que no sea el de convertir a estos seres, que llevan como lastre un cuerpo físicamente inferior al de los niños normales, en cargas económicas para la sociedad, en individuos no solamente inútiles, sino perezosos, con ideas antisociales, que no solamente no ayudan a la comunidad en la resolución de sus problemas, sino que constituyen un estorbo para ella.

La prevención que se hace de las invalideces es en tan pequeña escala, que sus efectos no pueden manifestarse, y así vemos multitud de niños con deformidades congénitas, con tuberculosis de los huesos y de las articulaciones y con afecciones del esqueleto y del aparato neuro-muscular que se derivan de infecciones, que se podrían haber evitado.

El tratamiento quirúrgico que se hace en una gran parte de los hospitales, resulta incompleto por la escasez de medios; por la ignorancia de los padres, que por un amor mal entendido, les procuran a sus hijos tratamientos inadecuados o indebidos; por el afán de no verlos alejados de su hogar, o guiados por la palabra criminal y atrayente de los charlatanes. El tratamiento de los enfermitos que no necesiten hospitalizarse, no puede llevar a ningún resultado, por la defectuosa organización de las clínicas gratuitas para esta clase de enfermos, por las dificultades de transporte y por la lentitud de los tratamientos.

La educación que se les imparte en las escuelas públicas a los niños anormales, no solamente no ayuda todo lo que debía, sino que en cierto aspecto espiritual, les agrava su condición, pues su situación física desventajosa les impide aprender lo que se les enseña a los niños normales; les produce una falta de atención, por las incomodidades de las posiciones en que se encuentran en los salones de clase; les agrava a menudo sus dolencias por la misma causa; y su inutilidad para ciertos ejercicios físicos o para su ambulación, les origina un desmejoramiento de su estado general, por la imposibilidad de atender a sus condiciones higiénicas como los otros niños, debilitándoles sus músculos, haciéndoles superficial su respiración y entorpeciéndoles la circulación sanguínea.

Estas desventajas físicas no quieren decir nada con relación al estado psíquico que se les va a desarrollar al encontrarse continuamente en un estado de comparación con sus compañeritos, que les hace resaltar la inferioridad de su estado físico, y termina por desarrollarles un complejo de inferioridad psíquica y despertarles sentimientos antisociales, haciéndolos egoístas y frecuentemente viciosos.

Quienes pueden pasar por las escuelas es esto lo que sufren, existiendo millares de ellos que por ser su incapacidad mayor o por condiciones especiales del medio, ni aun a las escuelas públicas pueden asistir.

MEMORIA DEL VII CONGRESO PANAMERICANO DEL NIÑO

Cuando los primeros abandonan las instituciones de enseñanza se encuentran desorientados, puesto que su estado físico les impide tomar parte activa en la lucha por la vida, y cada vez se encuentran más y más separados del resto de los componentes sociales, terminando por internarse en un asilo o en un hospital, cuya disciplina y cuya falta de comodidades les produce una ansia de libertad, que al fin y al cabo toman, convirtiéndose en mendigos, en viciosos, en la escoria social.

La ignorancia de la sociedad, la pobreza del medio y la ignorancia de algunas instituciones son los factores causantes de estos fracasos, que pretendemos remediar para acallar nuestra conciencia, internándolos en asilos o dándoles una limosna.

Ninguna ocasión mejor que ésta, para solicitar de todos los honorables congresistas, un voto de simpatía y la ayuda moral, para que, ante los gobiernos y ante la sociedad de sus países, inicien una obra de la magnitud de ésta, que tenderá no sólo a mejorar la condición de estos seres, sino a producir también ventajas muy considerables de orden económico, recordando lo que dice un autor americano, "si es negocio para el Estado educar a las personas normales, que hasta como bestias pueden ganarse la vida, negocio de mayor cuantía es el de educar a los inválidos."

El costo de sostenimiento de estos niños por toda su vida, en asilos o en hospitales, es incomparablemente mayor que el costo del tratamiento y de la educación de ellos para hacerlos independientes.

Las dádivas callejeras que se les imparten, constituyen una ayuda desorganizada y perjudicial, pues se les fomenta la holgazanería y no se les ayuda a mejorar su condición. Mas si bien es cierto que las instituciones oficiales deben de cooperar económica y moralmente en la resolución de este problema, también lo es que los habitantes no deben dejar todo el peso de él, sobre las espaldas de los gobiernos. Los países escandinavos tienen formadas sociedades de beneficencia privada que trabajan conforme a la ley, de acuerdo absoluto con las autoridades. En los Estados Unidos y en Inglaterra se resuelve este problema de modo voluntario, pero el Gobierno imparte una ayuda económica muy grande y a instancias de las asociaciones privadas se cuenta con una legislación modernísima de protección y de asistencia para los niños lisiados.

Se debe contar con una legislación que debe atacar los siguientes puntos:

1º—La declaración obligatoria de los nacimientos de niños con deformidades congénitas o con defectos físicos, dentro de las veinticuatro horas siguientes a la del nacimiento, a fin de que el Gobierno directamente, o las instituciones privadas a que corresponda, controlen y practiquen la atención médica respectiva para mejorar el estado físico del recién nacido.

2º—La creación de hospitales ortopédicos en los centros importantes de población o de pabellones para este tipo de padecimientos en los hospitales de menor importancia.

3º—La organización de clínicas para el tratamiento de enfermos externos, a las que asistirán los niños que no ameriten hospitalización.

PROTECCION DE LOS NIÑOS INVALIDOS

4º—La formación de estadísticas y censos, teniendo en cuenta las condiciones de esos niños, desde el punto de vista médico, educativo, social y económico.

5º—La organización y el funcionamiento de escuelas públicas de instrucción primaria, especialmente adaptadas en sus programas, edificios, mobiliario y útiles para la enseñanza de los niños estropeados.

6º—La preparación especial de los profesores normalistas para esta clase de enseñanza.

7º—La fundación de talleres, estudios y academias para el entrenamiento vocacional de los niños que hayan terminado su educación primaria, que no deseen estudiar o que no estén en condiciones de hacerlo en planteles de educación superior para personas normales.

8º—La enseñanza primaria obligatoria de los niños encamados en hospitales u otros sitios, por profesores debidamente preparados.

9º—La protección y ayuda económica para las asociaciones de beneficencia privada, cuyos fines sean los de proteger y educar a los niños lisiados.

10º—La ocupación de niños debidamente entrenados, en empleos que puedan desempeñar dentro del organismo oficial, fomentando en las agencias de colocaciones oficiales y privadas, la ocupación de estas personas.

11º—Fomentar la declaración obligatoria a los Departamentos de Salubridad, de las enfermedades que puedan ser causa de defectos físicos.

12º—Mejorar y vigilar por el cumplimiento de las leyes y reglamentos de tránsito, con objeto de disminuir el número de accidentes.

13º—Modificar y vigilar por el estricto cumplimiento de las leyes que beneficien a los niños lisiados en su trabajo, y que ayuden a la prevención de los accidentes del trabajo y enfermedades profesionales en ellos.

14º—Y por último, modificar la organización y los sistemas de asistencia pública y privada, aboliendo los asilos y formando instituciones conforme a las ideas modernas a que antes nos hemos referido.

Estamos seguros de que los gobiernos que inicien estas labores, encontrarán una acogida más grande de lo que puede pensarse a primera vista, por los elementos sociales y muy principalmente por la mujer, cuyo papel es de importancia capital en el desarrollo de estos planes.

La prensa, las estaciones radio-difusoras, los salones de espectáculos, y todos aquellos elementos que pueden ayudar a la propagación de estas ideas, no se mostrarán mezquinos e impartirán ayuda de modo liberal.

Los médicos cirujanos, las enfermeras y los educadores, cooperarán de manera altruísta y absolutamente eficiente en esta labor social de beneficio para todos.

Las organizaciones e instituciones culturales, mutualistas, obreras, campesinas, estudiantiles y de empleados, constituirán una palanca poderosísima para el desenvolvimiento económico de esta campaña.

Siendo ésta una labor tan ardua como paciente, se necesita, no sólo de energía y de constancia para ver los resultados, siendo de aconsejarse la comunicación estrecha y la cooperación con asociaciones similares activas, cuya expe-

MEMORIA DEL VII CONGRESO PANAMERICANO DEL NIÑO

riencia pueda ser aprovechada para resolver problemas impensados y producir ventajas económicas, mejorando métodos, y evitando la aplicación de medidas, cuyos resultados no han sido los que se esperaban en otras ocasiones.

Nos parece conveniente en este lugar, agradecer públicamente la ayuda moral y todos los esfuerzos desinteresados de "The International Society for Crippled Children," en favor de la formación de la incipiente Asociación Mexicana "Amigos del Niño Lisiado."

Con el objeto de ver cristalizadas estas ideas y su propagación en favor de los niños estropeados de la América Latina, por cuyo beneficio no se desarrolla de modo sistemático una acción oficial o privada, pedimos atentamente de vosotros os dignéis solicitar de la Comisión Ejecutiva de este VII Congreso Panamericano del Niño, que se aprueben las siguientes recomendaciones, para los gobiernos de los países en los cuales los niños estropeados se encuentran en situación desventajosa:

Primera.—Para modificar la legislación actual en beneficio de los niños estropeados con las miras siguientes:

- a). De prevenir las invalideces, haciendo obligatoria la declaración de los nacimientos de los niños que nazcan con defectos físicos; favoreciendo la declaración a los Departamentos de Salubridad de las enfermedades que puedan complicarse de trastornos esqueléticos o del aparato neuromuscular; y mejorar las leyes de trabajo y de tránsito, para prevenir los accidentes que ambos producen y las enfermedades profesionales.
- b). De tratar médicamente a los niños lisiados de modo oportuno, completo y constante, estableciendo hospitales y clínicas adecuadas.
- c). De educarlos en establecimientos adaptados a sus necesidades, por medio de personal debidamente especializado.
- d). De entrenarlos vocacionalmente, a fin de prepararlos para que económicamente sean independientes y constituyan factores útiles a la sociedad.
- e). De fomentar el empleo de los niños debidamente entrenados.
- f). De favorecer la iniciativa privada y las asociaciones de asistencia privada, cuyos fines sean los de mejorar las condiciones de estos niños.
- g). De modificar la organización y funcionamiento de las instituciones de asistencia pública, dirigiendo sus actividades a la adaptación de los niños lisiados, con el fin de independizarlos económicamente, aboliendo los asilos.

Segunda.—Para obtener la ayuda moral y económica necesaria para iniciar estas labores, despertando el sentimiento social en favor de los niños estropeados.

Tercera.—Para iniciar la elaboración de censos, estadísticas y datos, a fin de conocer el número y las condiciones de niños lisiados en cada país.

CONCLUSIONS

- 1.—The situation of the crippled children in the majority of the Latin American countries is disadvantageous.

PROTECCION DE LOS NIÑOS INVALIDOS

2.—Making of them useful and independent beings is a labor of personal benefit and collective interest.

3.—With this end, the actual systems of protection education and public assistance must be changed, for which we ask of this Congress to recommend to the Governments of the Latin American Countries in which these systems are out of date the following:

a). To modify the legislation in order to prevent the crippling conditions and for treating, educating, vocational training and employment of crippled children, favouring the private organizations and changing the systems of the public welfare institutions;

b). To give its moral and economical aid, awaking the social sentiment in favor of the crippled children;

c). To start with the elaboration of census, statistics and all the available information in order to know the number of crippled children in each country and their conditions.

INDICE ANALITICO

PRIMERA PARTE

DOCUMENTOS GENERALES

	Págs.
Designación de México como sede del VII Congreso Panamericano del Niño.	5
Acuerdo del señor Presidente de la República por el que se autoriza al Departamento de Salubridad para convocar al VII Congreso Panamericano del Niño.	6
Primera Comisión Organizadora del Congreso.	7
Comisión Organizadora definitiva.	8
Convocatoria y Reglamento del Congreso.	9
Personal del Congreso. Patrono. Presidentes honorarios.	18
Miembros honorarios.	19
Comisión Ejecutiva.	20
Mesa Directiva.	21
Delegados oficiales.	22
Gobiernos de los Estados y Territorios de México que se hicieron representar en el Congreso.	24
Representantes de las Secretarías del Despacho y de los Departamentos del Ejecutivo de los Estados Unidos Mexicanos.	25
Representantes de diversas agrupaciones.	28
Miembros de número.	32
Programa oficial del Congreso.	43
Sesión de apertura. Invitación y programa.	63
Discurso leído en la sesión de apertura por el señor doctor y general José Siurob, Jefe del Departamento de Salubridad y Presidente del Congreso.	64
Sesión de clausura. Programa.	71
Discurso del Excmo. señor doctor Tulio M. Cestero, jefe de la Delegación de la República Dominicana, en la sesión de clausura.	72
Acta general del VII Congreso Panamericano del Niño.	75

MEMORIA DEL VII CONGRESO PANAMERICANO DEL NIÑO

	Págs.
Votos y resoluciones del Congreso.	80
Elogio del doctor Luis Morquio, por el doctor Alfonso Pruneda, Secretario General del Congreso.	96

SEGUNDA PARTE

TRABAJOS PRESENTADOS AL CONGRESO

Sección Primera.—Pediatria Médica

Encuesta sobre raquitismo en los países americanos. Dr. Roberto Berro. Montevideo, Uruguay.	105
Respuesta a la encuesta sobre raquitismo, enviada por el Dr. Florencio Igartúa. Brasil.	106
Respuesta enviada por el Dr. Luis Barbosa. Brasil.	109
Respuesta enviada por el Dr. Maurice Armand. Haití.	112
Respuesta enviada por el Dr. Emilio Lara Quiros. Bolivia.	116
Respuesta enviada por el Dr. Carlos Velasco. Ecuador.	122
Respuesta enviada por el Dr. Luis A. Suares. Perú.	124
Respuesta enviada por el Dr. P. H. Ordóñez Díaz. Honduras.	128
Respuesta enviada por el Dr. Roberto Berro. Uruguay.	130
Resumen de las respuestas recibidas.	132
El raquitismo en México. Dr. Rafael Carrillo. México, D. F.	135
Raquitismo en México. Dres. Demófilo González y Rafael Soto. México, D. F.	144
El raquitismo y la tuberculosis. Vitamín D. Calcio y fósforo. Dr. Alfredo Ramos Espinosa. México, D. F.	159
El síndrome de Bitot (Avitaminosis ocular). Dr. M. Puig Solanes. México, D. F.	171
Enfermedades por carencia en Yucatán. Dr. Alvar Carrillo Gil. Mérida, Yuc.	179
Los trastornos de la nutrición de la primera infancia. Dr. Anastasio Vergara E. México, D. F.	181
Contribución al estudio de las hipotrofias infantiles. Dr. Antonio Gómez. México, D. F.	190
La colibacilosis en la infancia. Dr. Salvador Pacheco Marroquín. Quetzaltenango, Guatemala.	205
La colibacilosis en la infancia. Dr. Guillermo Alvarado. México, D. F.	218
Formas abortivas y atípicas de la fiebre tifoidea en la primera y segunda infancia. Dr. Francisco Lino Osegueda. El Salvador, C. A.	227
Consideraciones acerca de la apendicitis en la infancia. Dr. Adrián Correa. México, D. F.	233
Fundamentos psico-somáticos de la individualidad del lactante. Dr. Carlos F. Krumdieck. Lima, Perú.	240

INDICE ANALITICO

	Págs.
Los complejos psicológicos del niño y su importancia en la constitución mental del adulto. Dr. Marín Ramos Contreras. México, D. F.....	247
Problems of adolescence and their importance to the pediatrician. Dr. W. Palmer Lucas. California, U. S. A.	252
Problemas de la adolescencia y su importancia en la pediatría médica. Dr. W. Palmer Lucas. California, E. U. A.	258
La idiocia familiar amaurótica infantil (enfermedad de Tay-Sachs) en México. Dres. Luis Vergara E. y Anastasio Vergara E. México, D. F....	260
Debilidad mental en la infancia y heredo-alcoholismo. Dr. Jorge Muñoz Turnbull. México, D. F.....	269
Mixedema congénito. Dres. Aquiles Gareiso, Samuel Schere y Juan Carlos Perellano. Buenos Aires, Rep. Argentina.....	276
A propósito de una meningo-encefalitis difusa aguda en un niño con melitococia revelada por una reacción de Burnet intensamente positiva. Dr. Juan Pérez Carranza. Lima, Perú.....	293
Contribución al estudio de los reflejos. Una nueva teoría sobre la catatonía y las producciones inactivas. Dr. René Arditi Rocha. Buenos Aires, Rep. Argentina.	304
La paranoia. Contribución a su estudio. Dres. W. Radecki y René Arditi Rocha. Buenos Aires, Rep. Argentina.	310
Tuberculinoterapia en la tuberculosis infantil. Dr. Manuel Adriano Vilanova. San Salvador, C. A.	317
Las dilataciones brónquicas en el niño y su diagnóstico broncográfico. Dr. Jorge Muñoz Turnbull. México, D. F.....	327
Síndrome cardio-hepato-renal agudo de origen diftérico. Dr. Salvador García Téllez. México, D. F.	340
Los padecimientos cutáneos más frecuentes en la infancia. Dr. Luis Herrera Tejeda. México, D. F.	348
La presión arterial en el niño mexicano. Dr. Fernando López Clares. México, D. F.	364
La hemoterapia en pediatría. Dr. Alejo Z. Calvo. México, D. F.....	380
Contribución al estudio de los edemas tropicales del niño. Dr. Andrés Goens Rosales. El Salvador, C. A.....	390

Sección Segunda.—Pediatría Quirúrgica y Ortopedia

Malignant tumors of the eye in children. Dr. William Howard. Dallas, Tex., E. U. A.:	403
Tratamiento de la epilepsia genuina por el asentamiento del cerebro. Dr. Pablo Mendizábal. México, D. F.	408
Las artritis fímicas en los niños. La inmovilización por injertos para-articulares. Dr. Pablo Mendizábal. México, D. F.....	413
Tratamiento médico-quirúrgico y ortopédico de las parálisis rígidas del miembro inferior en los niños. Dr. Juan Farril. México, D. F.....	420

Litiasis vesical de la infancia en el medio proletario mexicano. Dr. Leonar-	
do Silva E. México, D. F.	427
Sostenimiento de seguridad para los tubos de canalización en las pleure-	
sías purulentas. Dr. Antonio Sordo Noriega. México, D. F.	439
El lavado pleural con solución de optoquina en las pleuresías purulentas de	
neumococos. Dr. Salvador García Téllez. México, D. F.	444
Tratamiento del estrabismo del niño. Dr. A. Torres Estrada. México, D. F.	448
La amigdalectomía en el niño. Dr. Gustavo Jerez Tablada. Nicaragua, C. A.	454
La transfusión en cirugía infantil. Dr. Emilio García Pérez. La Habana,	
Cuba.	460
La hipertermia pálida del recién operado. Dr. Agustín Inostroza y Dr. Cé-	
sar Izzo Parodi. Santiago de Chile, Chile.	472

Sección Tercera.—Higiene infantil

El destete prematuro como factor de mortalidad infantil. Dr. Alfonso G.	
Alarcón. México, D. F.	501
Destete prematuro y mortalidad infantil. Dr. Alfonso Ruiz Escalona. Hi-	
dalgo del Parral, Méx.	505
La alimentación del recién nacido en los tres primeros días. Dr. José Ro-	
berto Abdala, Dr. Juan Carlos Perellano y Dr. Samuel Schere. Buenos	
Aires, República Argentina.	510
Alimentación de los niños con leche de limón. Dr. Juan M. González. Méxi-	
co, D. F.	513
La harina de garbanzo en la alimentación infantil. Dres. Rigoberto Aguilar	
P. y Gabriel Araujo Valdivia. México, D. F.	524
Entrenamiento a las harinas en el lactante. Dr. Rafael Soto. México, D. F.	544
Stassanización de la leche. Dr. Vicente Flores Barrueta. México, D. F.	558
Cómo lograr la provisión de leche pura de vaca, destinada a la alimenta-	
ción infantil. Dr. Alfonso G. Alarcón. México, D. F.	575
Higiene de la leche en México. Dr. Agustín Navarro. México, D. F.	580
Sugestiones para la reglamentación de la higiene de la leche en México.	
Dr. Carlos F. Villar. México, D. F.	591
La cuti-reacción de Von Pirquet en la ciudad de México. Dr. Hermilo L.	
Castañeda. México, D. F.	601
Apreciación de la infección tuberculosa en Guatemala por medio de las	
reacciones tubercúlicas. Dres. Ernesto Gofiño U. y Arturo Carri-	
llo. Guatemala.	609
La vacunación antituberculosa en el recién nacido. El B. C. G. y su apli-	
cación práctica. Dres. Pedro Cantonnet y Héctor Cantonnet. Monte-	
video, Uruguay.	619
Niños que sin duda serán futuros leprosos. Dr. Jesús González Urueña. Mé-	
xico, D. F.	631
La inmunidad conferida por la vacunación intradérmica contra la viruela.	
Dr. José F. Franco. México, D. F.	634
Medidas profilácticas del sarampión. Dr. Cayetano Andrade. México, D. F.	638

INDICE ANALITICO

	Págs.
Profilaxis de las tiñas en el medio escolar. Dr. Fernando Latapí. México, D. F.	641
The prevention of bacillary dysentery. Dr. Geo M. Lyon. Huntington, W. Va. U. S. A.	652
La prevención de la disentería bacilar. (Resumen en español del trabajo del Dr. Geo M. Lyon.).	678
Profilaxis de las parasitosis intestinales. Dr. Fco. Cabanillas Cevallos. Guayaquil, Ecuador.	680
Profilaxis de algunas parasitosis intestinales. Dr. Demófilo González. México, D. F.	687
Mortalidad en los niños con parásitos intestinales. Dr. Horacio Rubio. Pachuca, Hgo., México.	695
El tetracloretileno en la uncinariasis. Dr. Agustín Hernández Mejía. México, D. F.	701

Subsección de Higiene Prenatal

Los niños que poblarán la América y su selección racial. Dr. Carlos Enrique Paz Soldán. Lima, Perú.	711
Metabolismo del calcio en el embarazo y en el puerperio. Dr. Juan A. San Bartolomé. Lima, Perú.	715
Cómo corregir la alimentación deficiente o viciosa durante el embarazo. Dr. Ambrosio Vargas Valencia. México, D. F.	723
Las alimentaciones insuficientes o viciosas durante el embarazo. Partera Margarita Lozano Garza. México, D. F.	727
Sífilis de la embarazada y del recién nacido. Dr. José Rábago. México, D. F.	730
La mortalidad entre los niños que nacen prematuramente. Dra. Ethel C. Dunham. Washington, D. C., U. S. A.	734
Mortality among prematurely born infants. Ethel C. Dunham. M. D.	739
La hormona folicular en el tratamiento de los prematuros. Dr. Ernesto Ego Aguirre. Lima, Perú.	741
La profilaxis de la oftalmía purulenta del recién nacido. Partera Felipa Ramírez. México, D. F.	747
El problema de la partera empírica en la zona rural. Dres. Pilar Hernández Lira y Felipe García Sánchez. Xochimilco, D. F.	753

Sección Cuarta.—Asistencia y Servicio Sociales

National and international services in behalf of American childhood. Miss Katherine F. Lenroot. Washington, D. C., U. S. A.	761
Los servicios nacionales e internacionales en favor de la niñez americana. Miss Katherine F. Lenroot. Washington, D. C., U. S. A.	765
Development of child-welfare work in the United States in relation to resolutions adopted by the Panamerican Child Congresses. Miss Katherine F. Lenroot. Washington, D. C., U. S. A.	769

	Págs.
Las obras sanitarias de protección a la infancia en las Américas. Dr. Arístides A. Moll. Washington, D. C., U. S. A.	777
El Instituto Interamericano de Protección a la Infancia en la Séptima Conferencia Internacional Americana. Srita. S. P. Breckinridge. Chicago, Ill., U. S. A.	795
The Interamerican Institute for Child Welfare at the Seventh International Conference of American States. (Summary of the paper by Miss Breckinridge.)	799
El Instituto del Niño, coordinador de todas las actividades en pro de la infancia como medio de protección integral. Dr. Luis A. Suares. Lima, Perú.	804
Contribución al estudio de los problemas de la mortalidad infantil y protección a la infancia en Guatemala. Dr. Luis Gaitán, Guatemala, C. A.	813
Protección a la infancia vs. mortalidad infantil. Abog. Francisco de A. Benavides. México, D. F.	818
Antecedentes de la obra de protección a la infancia en México. Dr. Alfredo M. Saavedra. México, D. F.	822
Necesidad de la unificación de la asistencia social y sanitaria de la infancia en México. Dres. Anastasio Vergara E. y José L. Amor. México, D. F.	833
El trabajo social como redentor en la sociedad. Profesora Marisabel Simons U. México, D. F.	838
Programa mínimo de preparación de las enfermeras visitadoras y de las trabajadoras sociales. Lics. Jenaro V. Vásquez y Gilberto Loyo. México, D. F.	847
Escuela de Servicio Social. Colaboración del Museo Social Argentino. Buenos Aires, R. A.	863
Professional Education for child welfare workers. Miss Sophonisba P. Breckinridge. Chicago, Ill., U. S. A.	879
Educación profesional de los trabajadores en el servicio de protección a la infancia. Miss S. P. Breckinridge. Chicago, Ill., U. S. A.	882
Servicio social infantil y de higiene doméstica. Profesora Elena Torres. México, D. F.	885
La coordinación y desarrollo de los trabajos encaminados a preparar a las madres para la debida protección de sus hijos. Dra. Enelda G. de Fox. México, D. F.	890
Coordinación y desarrollo de trabajos encaminados a preparar a las madres para la debida protección a sus hijos. Dr. Nieves Hernández. México, D. F.	896
La Cruz Roja de la Juventud y su cooperación permanente en la protección a la infancia. Dr. Alfonso Priani. México, D. F.	904
Children's Work for Children. A report of the American Junior Red Cross. Miss Ruth Evelyn Henderson. Washington, D. C., U. S. A.	914

INDICE ANALITICO

	Págs.
La Cruz Roja de la Juventud en la Escuela "República Argentina." Prof. Lupe Jiménez Posadas. México, D. F.	918
The organization of rural child health services. Dr. Félix J. Underwood. Mississippi, U. S. A.	922
Organización de los servicios de higiene rural infantil. Dr. Félix J. Underwood.	926
Protección a la infancia en las comunidades rurales. Dr. Miguel F. Bustamante. México, D. F.	928
Protección a la infancia en los medios rurales. Dr. José Mazzoti. Tula, Hgo., México.	933
Importancia para los países americanos de los equipos ambulantes de higiene infantil. Dr. Manuel Salcedo Fernandini. Lima, Perú.	944
Sugestiones para la organización médica, educativa y social de la Casa de Cuna tipo. Dr. Julio A. Bauza. Montevideo, Uruguay.	947
Sugestiones para la organización médica, educativa y social de la Casa de Cuna tipo. Dres. Federico Ortiz y Pedro Pérez Grovas. México, D. F.	959
Funcionamiento de una clínica de nutrición para preescolares de la Asociación Uruguaya de Protección a la Infancia. Dra. María Luisa Saldaña de Rodríguez. Montevideo, Uruguay.	968
La obra de defensa del niño en los refectorios de la Asociación Uruguaya de Protección a la Infancia. Dr. Alfredo Rodríguez Castro. Montevideo, Uruguay.	973
Cámaras de lactancia. Dr. Erasmo González Ancira. México, D. F.	983
Organization and operation of psychiatric clinics. Dr. H. E. Chamberlain, Chicago, Ill., U. S. A.	988
Organización y funcionamiento de las clínicas de psiquiatría infantil. Dr. H. E. Chamberlain. Chicago, Ill., U. S. A.	991
Organización y funcionamiento de las clínicas de neuropsiquiatría infantil. Dr. Enrique Salgado Palacios. México, D. F.	994
Sección psicológica del Tribunal para Menores. Dr. Ernesto González Tejeda. México, D. F.	1000
Nota sobre el funcionamiento del departamento de psiquiatría infantil del Manicomio General de México. Dr. Alfonso Millán y Dra. Matilde Rodríguez Cabo. México, D. F.	1013
Protección a los niños que trabajan en los circos, teatros, carpas y demás espectáculos públicos. Lic. Eduardo Villarreal y Dr. Enrique E. Meyer. México, D. F.	1023
Lucha antituberculosa en el Uruguay. El Preventorio. Dres. Luis Morquio y Pedro Cantonnet. Montevideo, Uruguay.	1031
Campaña social contra la sífilis innata. Dr. Angel Cifuentes. México, D. F.	1035
Parques y jardines para niños en las escuelas primarias y colonias proletarias y obreras. Ing. Ricardo de la Vega, Prof ^a Narcisa Ascanio e Ing. David Ferriz M. México, D. F.	1048

MEMORIA DEL VII CONGRESO PANAMERICANO DEL NISO

	Págs.
Concepto con el que se ha encarado la tarea de recreación infantil en la ciudad de Buenos Aires. Dr. Eduardo G. Ursini. Buenos Aires, R. A..	1052
Aire puño, luz, alimentos y disciplina sanitaria: elementos de salud infantil. Las colonias infantiles marítimas en el Perú. Dr. Carlos Enrique Paz Soldán. Lima, Perú.	1056
Colonias campestres y marítimas para niños convalecientes y desnutridos. Dr. Enrique E. Meyer. México, D. F.	1059
Colonias campestres y marítimas para niños convalecientes y desnutridos. Dres. Carlos Hernández Miyares y Gertrudis Aguilera. Habana, Cuba.	1063
Función social del campamento. Prof ^a Guadalupe Ramírez. México, D. F..	1122
Asistencia y protección de los niños inválidos. Dr. Juan Farill. México, D. F.	1123

INDICE DE AUTORES

A

	Págs.
Abdalá, José Roberto.....	510
Aguilar, Rigoberto P.	524
Aguilera, Gertrudis.	1063
Aguirre, Ernesto Ego.	741
Alarcón, Alfonso G.....	501, 575
Alvarado, Guillermo.....	218
Amor, José L.....	833
Andrade, Cayetano.....	638
Araujo Valdivia, Gabriel.....	524
Arditi Rocha, René.....	304, 310
Armand, Maurice.....	112
Ascanio M., Narcisa.	1048

B

Barbosa, Luis.....	109
Bauza, Julio A.....	947
Benavides, Francisco de A.....	818
Berro, Roberto.....	105, 130
Breckinridge, S. P.	795, 799, 879, 882
Bustamante, Miguel E.	928

C

Cabanilla Cevallos, Francisco.	680
Calvo, Alejo Z.	380
Cantonnet, Héctor.	619
Cantonnet, Pedro.	619, 1031
Carrillo, Arturo.	609
Carrillo, Rafael.	135
Carrillo Gil, Alvar.	179
Castañeda, Hermilo L.	601
Cestero, Tulio M.	72

MEMORIA DEL VII CONGRESO PANAMERICANO DEL NIÑO

	Págs.
Cifuentes, Angel.	1035
Cofiño N., Ernesto.	609
Correa, Adrián.	223
CH	
Chamberlain, H. E.	988, 991
D	
Dunham, Ethel C.	734, 739
E	
Ego Aguirre, Ernesto.	741
F	
Farril, Juan.	420, 1128
Ferriz, David.	1048
Flores Barrueta, Vicente.	558
Fox, Enelda G.	890
Franco, José F.	634
G	
Gaitán, Luis.	813
García Pérez, Emilio.	460
García Sánchez, Felipe.	753
García Téllez, Salvador.	340, 444
Gareiso, Aquilès.	276
Goens Rosales, Andrés.	390
Gómez, Antonio.	190
González, Demófilo.	144, 687
González, Juan M.	513
González Ancira, Erasmo.	983
González Tejeda, Ernesto.	1000
González Urueña, Jesús.	631
H	
Henderson, Ruth Evelyn.	914
Hernández, Nieves.	896
Hernández Lira, Pilar.	753
Hernández Mejía, Agustín.	701
Hernández Miyares, Carlos.	1063

INDICE DE AUTORES

	Págs.
Herrera Tejeda, Luis.	348
Howard, William.	403

I

Igartúa, Florencio.	106
Inostroza, Agustín.	472
Izzo Parodi, César.	472

J

Jerez Tablada, Gustavo.	454
Jiménez Posadas, Lupe.	918

K

Krumdieck, Carlos F.	240
------------------------------	-----

L

Lara Quirós, Emilio.	116
Latapí, Fernando.	641
Lenroot, Katharine F.	761, 765, 769
López Clares, Fernando.	364
Loyo, Gilberto.	847
Lozano Garza, Margarita.	727
Lyon, Geo M.	652, 678

M

Mazzotti, José.	933
Mendizábal, Pablo.	408, 413
Meyer, Enrique E.	1023, 1059
Millán, Alfonso.	1013
Moll, Arístides A.	777
Morquio, Luis.	1031
Muñoz Turnbull, Jorge.	269, 327
Museo Nacional Argentino.	868

N

Navarro, Agustín.	580
---------------------------	-----

O

Ordóñez Díaz, P. H.	128
Ortiz, Federico.	959
Osegueda, Francisco Lino.	227

MEMORIA DEL VII CONGRESO PANAMERICANO DEL NIÑO

Págs.

P

Pacheco Marroquín, Salvador.	205
Palmer Lucas, W.	252, 258
Paz Soldán, Carlos Enrique.	711, 1056
Perellano, Juan Carlos.	276, 510
Pérez Carranza, Juan.	293
Páez Grovas, Pedro.	959
Priani, Alfonso.	904
Pruneda, Alfonso.	96
Puig Solanes, M.	171

R

Rábago, José.	730
Radecki, W.	310
Ramírez, Felipa.	747
Ramírez, Guadalupe.	1122
Ramos Contreras, Marín.	247
Ramos Espinosa, Alfredo.	159
Rodríguez Cabo, Matilde.	1013
Rodríguez Castro, Alfredo.	978
Rubio, Horacio.	695
Ruiz Escalona, Alfonso.	505

S

Saavedra, Alfredo M.	822
Salcedo Fernández, Manuel.	944
Saldún de Rodríguez, María Luisa.	968
Salgado Palacios, Enrique.	994
San Bartolomé, Juan A.	715
Schere, Samuel.	276, 510
Silva E., Leonardo.	427
Simons U., Marisabel.	838
Siurob, José.	64
Sordo Noriega, Antonio.	439
Soto, Rafael.	144, 544
Suárez, Luis A.	124, 804

T

Torres, Elena.	885
Torres Estrada, Antonio.	448

INDICE DE AUTORES

Págs.

U

Underwood, Félix J.	926
Ursini, Eduardo G.	1052

V

Vargas Valencia, Ambrosio.	723
Vásquez, Jenaro V.	847
Vega, Ricardo de la.	1048
Velasco, Carlos.	122
Vergara E., Anastasio.	181, 260, 833
Vergara E., Lino.	260
Vilanova, Manuel Adriano.	317
Villar, Carlos F.	591
Villarrreal, Eduardo.	1023

	Págs.
A	
Adolescencia, problemas de	252, 258
Alimentación de niños con leche de limón.....	513
deficiente en el embarazo.....	223, 727
infantil, leche pura de vaca.....	575
infantil, harina de garbanzo.....	524
del recién nacido.	510
viciosa en el embarazo.....	723, 727
Amigdalectomía en el niño.....	454
Apendicitis en la infancia.....	233
Argentina, delegados oficiales al Congreso.....	22
Escuela de Servicios Sociales.....	868
miembros honorarios del Congreso.....	19
presidente honorario del Congreso.....	18
recreación infantil en Buenos Aires.....	1052
Artritis fímicas en los niños.....	413
Asistencia y servicios sociales, sesiones de la Sección	45, 48, 51, 53 56
Trabajos presentados a la Sección.....	759
Asistencia, de niños inválidos.....	1128
social de la infancia en México.....	833
Asociación Uruguaya de Protección a la Infancia.....	968, 978
Avitaminosis ocular.	171

Bolivia, presidente honorario del Congreso.....	18
raquitismo en	116
Brasil, miembro honorario del Congreso.....	19
presidente honorario del Congreso.....	18
raquitismo en.	106, 109

INDICE ALFABETICO DE MATERIAS

C

	Págs.
Calcio, metabolismo del.	715
Campamento, función social del.	1122
Casa de cuna tipo, organización. 947,	959
Catatonía y reflejos.	304
Cirugía infantil, transfusión.	460
Clínicas infantiles, de neuropsiquiatría.	944
de nutrición.	968
psiquiátricas. 988,	991
Colibacilosis en la infancia. 205,	218
Colonias infantiles.	1059
en Cuba.	1063
en Perú.	1056
Colonias obreras y proletarias.	1048
Colombia, delegado oficial al Congrso.	22
presidente honorario del Congreso.	18
Complejos psicológicos del niño.	247
Comunidades rurales, protección a la infancia. 928,	933
Congreso Panamericano del Niño, Séptimo, acta general.	75
autoridades de México representadas.	24
comisiones organizadoras. 7,	8
comisión ejecutiva.	20
delegados oficiales. 22,	93
convocatoria.	9
instituciones que exhibieron publicaciones.	94
locales en que se reunió.	43
miembros de número.	32
miembros honorarios. 19,	95
programa oficial.	43
personal del.	18
mesa directiva.	21
reglamento.	9
representantes de agrupaciones. 28,	92
oficiales mexicanos.	25
sede del.	5
sesión de apertura.	63
sesión de clausura.	71
sesiones plenarias. 44, 47,	55
votos y resoluciones.	80
Congresos Panamericanos del Niño, obra en favor de la infancia en Estados Unidos, en relación con los.	769
Costa Rica, delegados oficiales al Congreso.	22
miembro honorario del Congreso.	19
presidente honorario del Congreso.	18

MEMORIA DEL VII CONGRESO PANAMERICANO DEL NIÑO

	Págs.
Cuba, colonias infantiles.	1063
delegados oficiales al Congreso.	22
miembros honorarios del Congreso.	19
presidente honorario del Congreso.	18
Cruz Roja de la Juventud. 904, 914,	918
Cuti-reacción de Von Pirquet.	601

CH

Chile, delegados oficiales el Congreso.	22
miembros honorarios del Congreso.	19
presidente honorario del Congreso.	18

D

Debilidad mental de la infancia.	269
Destete prematuro. 501,	505
Difteria infantil, síndrome cardio-hepatorenal agudo.	340
Dilataciones brónquicas.	327
Disentería bacilar, prevención. 652,	678

E

Ecuador, miembro honorario del Congreso.	19
presidente honorario del Congreso.	18
raquitismo en.	122
Edemas tropicales del niño.	390
Educación, sesiones de la Sección. 46, 49, 51, 55,	58
El Salvador, delegados oficiales el Congreso.	22
miembros honorarios del Congreso.	19
presidente honorario del Congreso.	18
Embarazo, alimentación deficiente. 723,	727
alimentación viciosa. 723,	727
metabolismo del calcio.	715
Enfermedad de Tay-Sachs en México.	260
Enfermedades por carencia, avitaminosis ocular.	171
en Yucatán, Méx.	179
Enfermeras visitadoras, preparación.	847
Epilepsia genuina, tratamiento.	408
Escuela Argentina de Servicio Social.	863
Escuelas primarias, jardines en.	1048
Estrabismo del niño, tratamiento.	448
Estados Unidos de América, Cruz Roja de la Juventud.	914
delegados oficiales al Congreso.	22
miembros honorarios del Congreso.	19

INDICE ALFABETICO DE MATERIAS

	Págs.
Estados Unidos de América, obra pro-infancia.	769
presidente honorario del Congreso.	18
F	
Fiebre tifoidea en la segunda infancia.	227
G	
Guatemala, delegado oficial al Congreso.	23
infección tuberculosa en.	609
miembro honorario del Congreso.	19
presidente honorario del Congreso.	18
protección a la infancia.	813
H	
Haití delegado oficial al Congreso.	23
presidente honorario del Congreso.	18
raquitismo.	112
Harina de garbanzo, alimentación infantil.	524
Harinas, entrenamiento del lactante.	544
Hemoterapia en pediatría.	380
Heredo-alcoholismo.	269
Higiene de la leche en México.	580, 591
Higiene doméstica, servicio social de.	885
Higiene infantil, equipos ambulantes.	944
sesiones de la Sección.	45, 47, 50, 53, 56, 58
trabajos de la Sección.	499
Higiene prenatal, sesiones de la Subsección.	58
Higiene rural infantil, servicios de.	926, 928, 933
Hipertermia pálida del recién operado.	472
Hipotrofías infantiles.	190
Honduras, delegado oficial al Congreso.	23
presidente honorario del Congreso.	18
raquitismo en.	128
Hormona folicular en el tratamiento de prematuros.	741
I	
Idiosia familiar amaurotica infantil.	260
Infancia, apendicitis.	233
colibacilosis.	205, 218
debilidad mental.	269
heredo-alcoholismo.	269
latiasis vesical.	427

MEMORIA DEL VII CONGRESO PANAMERICANO DEL NIÑO

	Págs.
Infancia, padecimientos cutáneos.	348
Ver también "Protección a la Infancia"	
Infección tuberculosa, en Guatemala.	609
en México.	601
Instituto Americano de Protección a la Infancia, encuesta sobre raquitismo. 105, 106, 109, 112, 116, 122, 124, 1828, 130,	132
relaciones con la Séptima Conferencia Panamericana. 795,	799

J

Jardines para niños.	1048
Juventud, Cruz Roja de la. 904, 914,	918

L

Lactancia, cámaras de.	983
Lactante, entrenamiento a las harinas.	544
fundamentos psicoanalíticos del.	240
Leche, de limón.	513
higiene en México. 580,	591
pura de vaca.	575
stassanización de la.	558
Legislación, sesiones de la Sección. 45, 48, 51, 53,	56
Litiasis vesical de la infancia.	427

M

Madres, preparación de las. 890,	896
Manicomio General de México, departamento de psiquiatría infantil.	1013
Meningoencefalitis difusa aguda.	293
Melitococia.	293
México,, Cruz Roja de la Juventud. 904,	918
México, delegados oficiales al Congreso.	23
enfermedades por carencia en Yucatán.	179
departamento de psiquiatría infantil.	1013
higiene de la leche. 580,	591
idiocia familiar en.	260
infección tuberculosa en.	601
miembros honorarios del Congreso.	19
protección a la infancia.	833
patrono del Congreso.	18
raquitismo en. 132,	135
Tribunal de Menores.	1000
Mixedema congénito.	276
Mortalidad de los prematuros. 734,	739

INDICE ALFABETICO DE MATERIAS

	Págs.
Mortalidad infantil, destete prematuro.....	501, 505
protección a la infancia y	818
y parásitos intestinales.	695

N

Nicaragua, delegados oficiales al Congreso.....	23
miembros honorarios del Congreso.....	19
presidente honorario del Congreso.....	18
Niño, amigdalectomia.	454
edemas tropicales.	390
estrabismo.	448
Niño mexicano, presión arterial.....	365
Niñez americana, servicios sociales.....	761, 765
Niños, artritis fímicas.	413
de América, selección racial.....	711
inválidos, protección de.	1128
parálisis rápidos.	421
que serán leprosos.	631
tumores malignos.	403
Nutrición, clínicas infantiles de.....	968
de la primera infancia, trastornos.....	181
hipotrofias infantiles.	190

O

Oftalmía purulenta del recién nacido, profilaxis.....	747
Ojos, avitaminosis ocular.	171
oftalmía purulenta del recién nacido.....	747
tumores malignos de los niños.....	403

P

Padecimientos cutáneos en la infancia.....	348
Panamá, delegado oficial al Congreso.....	23
presidente honorario del Congreso.....	18
Paraguay, delegado oficial al Congreso.....	23
miembro honorario del Congreso.....	19
presidente honorario del Congreso.....	18
Paranoia.	310
Parásitos intestinales en los niños, mortalidad.....	695
Parasitosis intestinales, profilaxis.	680, 687
tratamiento de la uncinariasis.....	701
Parques para niños.	1048
Parteras empíricas.	753
Pediatría, homoterapia en.	380

	Págs.
Pediatría médica, sesiones de la Sección..... 45, 47, 50, 53,	56
trabajos presentados en la Sección.....	103
Pedriatría quirúrgica, sesiones de la Sección..... 45, 47, 50, 53,	56
trabajos presentados en la Sección.....	401
Perú, colonias infantiles marítimas.....	1056
delegados oficiales al Congreso.....	23
Instituto del Niño.	804
miembro honorario del Congreso.....	19
Perú, raquitismo en.	124
Pleuresías purulentas, canalización.	439
de neumococos.	444
Prematuros, mortalidad. 734,	739
tratamiento por hormona folicular.....	741
Prevención de la disentería bacilar..... 652,	678
Preventorio antituberculoso en Uruguay.....	1031
Presión arterial en el niño mexicano.....	365
Primera infancia, fiebre tifoidea.	227
trastornos de la nutrición.....	181
Profilaxis, oftalmía purulenta del recién nacido.....	747
parasitosis intestinales. 680,	687
sarampión.	638
tiñas en el medio escolar.....	641
Protección a la infancia, Asociación Uruguaya.....	978
colonias infantiles. 1059, 1056,	1063
cooperación de la Cruz Roja de la juventud..... 904, 914,	918
educación de trabajadoras sociales.....	882
en circos, teatros, carpas y demás espectáculos.....	1023
en las Américas.	777
en las comunidades rurales.	928
en los Estados Unidos de América.....	769
en los medios rurales.....	933
en México.	822
en relación con la mortalidad infantil.....	818
en Guatemala.	813
Instituto Americano.. 105, 106, 109, 112, 116, 122, 124, 128,	
130, 132, 795,.....	799
Instituto del Niño en Perú.....	804
niños inválidos.	1128
parques y jardines para niños.....	1048
preparación de las madres..... 890,	896
servicios nacionales e internacionales..... 761,	765
Psicología infantil.,..... 240,	247
Tribunal para Menores.....	1000
Psiquiatría infantil, clínica de..... 988, 991,	994

INDICE ALFABETICO DE MATERIAS

	Págs.
Psiquiatría infantil, departamento del Manicomio de México.....	1013
Puerperio, metabolismo del calcio.....	715

R

Raquitismo, en Bolivia.....	116
en Brasil.....	109
en el Ecuador.....	123
en Haití.....	112
en Honduras.....	128
en México..... 135,	144
en Perú.....	124
en Río Grande do Sul.....	106
en Uruguay.....	130
encuesta en los países americanos..... 105,	132
y tuberculosis.....	159
Reacción de Von Pirquet en la ciudad de México.....	601
Recién nacidos, alimentación.....	510
oftalmía prulenta.....	747
sífilis.....	730
vacunación antituberculosa.....	619
Recreación infantil en Buenos Aires.....	1052
Refectorios infantiles.....	978
Reflejos y catatonía.....	304
República Dominicana, delegados oficiales al Congreso.....	23
presidente honorario del Congreso.....	18

S

Sarampión, profilaxis.....	638
Segunda infancia, fiebre tifoidea.....	227
Séptima Conferencia Internacional Americana..... 795,	799
Servicio social, Escuela Argentina de.....	868
de higiene doméstica.....	885
de higiene rural infantil..... 922, 926, 928,	933
infantil.....	885
sesiones de la Sección de..... 45, 48, 51, 53,	56
trabajos presentados a la Sección de.....	759
Servicios nacionales e internacionales de protección a la infancia... 761,	765
Sífilis, de la embarazada.....	730
del recién nacido.....	730
innata, campaña social.....	1035
Síndrome, cardio-hepato-renal diftérico.....	340
de Bitot.....	171
Stassanización de la leche.....	558

MEMORIA DEL VII CONGRESO PANAMERICANO DEL NIÑO

	Págs.
T	
Tetracloruro de carbono en la uncinariasis.....	701
Tiñas en el medio escolar, profilaxis.....	641
Trabajo social.	838
educación profesional.	879
preparación de enfermeras visitadoras y trabajadores sociales.	847
Trabajadores sociales, preparación.	847, 879, 882
Transfusión en cirugía infantil.....	460
Tratamiento de, epilepsia genuina.	408
estrabismo del niño.....	448
parálisis rígidas infantiles.	421
pleuresias purulentas.	439, 444
prematuros.	741
uncinariasis.	701
Tribunal para Menores, sección psicológica.....	1000
Tuberculosis, cutireacción en México.	601
en Guatemala.	609
infantil.	317
lucha antituberculosa en Uruguay.....	1031
raquitismo y	159
tuberculinoterapia.	317
vacunación en el recién nacido.....	619
Tumores malignos del ojo en los niños.....	403

U

Uncinariasis, tratamiento con tetracloruro de carbono.....	701
Uruguay, Asociación de Protección a la Infancia, clínica de nutrición para preescolares.	968
refectorios.	973
delegado oficial al Congreso.....	23
lucha antituberculosa.	1031
miembro honorario del Congreso.....	19
presidente honorario del Congreso.....	18
preventorio.	1031

V

Vacunación, antituberculosa del recién nacido.....	619
intradérmica contra la viruela.....	634
Venezuela, delegado oficial al Congreso.....	23

INDICE ALFABETICO DE MATERIAS

	Págs.
Venezuela, miembros honorarios del Congreso.....	19
presidente honorario del Congreso.....	18
Viruela, vacunación intradérmica.....	634
Von Pirquet, reacción de.....	601

Y

Yucatán, enfermedades por carencia.....	179
---	-----