T 2837

PODER EJECUTIVO NACIONAL
MINISTERIO DE EDUCACION
DIRECCION GENERAL DE SANIDAD ESCOLAR

ESCUELA JUAN LARREA
BIBLIOTECA
Nº 2 D. E. 2º LAPRIDA 1235

Revista de Educación Sanitaria

SUMARIO:

Pág.

La nueva jerarquía de Sanidad Escolar 1
Lo que conviene saber acerca de la parálisis infantil .. 2
La sangre, y los elementos de la defensa de nuestro organismo 8
La transfusión sanguínea a través de los tiempos 11
Conozcamos los medios para prevenir la hidatidosis 12
Distribución de los consultorios médicos de distritos escolares 16
El examen médico y la educación física 18
Educación sanitaria 21
Primeros auxilios: Respiración artificial 25
¿Es éste su problema? 29
Héroes de la Medicina: Luis Agote 31

LOS UNICOS PRIVILEGIADOS SON LOS NIÑOS. — PERON

Año III ABRIL - MAYO 1955 Nº 9

00157763

REVISTA DE EDUCACION SANITARIA

PUBLICACION DE LA DIRECCION GENERAL DE SANIDAD ESCOLAR

Autorizada por Expte. Nº 64.933/52

Registro de la Propiedad Intelectual Nº 472.426

MINISTRO DE EDUCACION

Dr. ARMANDO MENDEZ SAN MARTIN

DIRECTOR GENERAL DE SANIDAD ESCOLAR

Dr. Armando J. Raffaele

JEFE DE LA DIVISION EDUCACION SANITARIA

Dr. Alfonso De Falco

COMITE DE REDACCION

Dr. Alberto E. Cappelletti
Prof. Dr. Carlos A. Marchese
Prof. Dr. Eduardo E. Casterán
Prof. Dr. Manuel B. Galea
Dr. Rómulo M. Garona Carbia
Dr. Jorge E. Machado
Dr. Julio A. Hansen
Dr. Ignacio A. Varela
Prof. Dr. Alberto F. Banti
Dr. Raimundo A. Tártari

REDACCION: División Educación Sanitaria. Dirección General de Sanidad Escolar

SAAVEDRA 15 — T. E. 48 - 8071 BUENOS AIRES — REPUBLICA ARGENTINA

LA NUEVA JERARQUIA DE SANIDAD ESCOLAR

POCO antes de terminar el año 1954 —para ser más exactos, el 2 de diciembre— esta Sanidad Escolar fué distinguida con la elevación jerárquica de su categoría al rango de Dirección General.

Sería inmodesto en nosotros comentar la justicia de este galardón que premia la eficiencia alcanzada por nuestro organismo, si no lo vinculáramos íntimamente a la eficaz y decidida colaboración de los maestros, y al incondicional apoyo prestado a nuestra acción sanitaria por los padres de los escolares, sin cuyo concurso inestimable el éxito habría escapado a nuestro esfuerzo.

Exito que nos llega para sumar estímulos al que permanentemente inspira el mantenimiento de la salud, en la persona de los educandos en cuyo servicio hemos comprometido nuestros mejores afanes, nuestra voluntad más tesonera y nuestra lealtad más pura al privilegio concedido a los niños por las doctrinas rectoras del general Perón, forjador incansable de los destinos venturosos en que descansa el porvenir de la Nación. Es este un hecho promisorio, que nos sorprende en plena actividad por extender al interior del país los beneficios de la vigilancia médica escolar, tal como está previsto en el Segundo Plan Quinquenal de Gobierno, lo quieren las premisas de esta hora cumbre de la argentinidad y lo exige el bienestar físico de la ciudadanía del mañana, a cuya virilidad está legado el soberbio presente de la Justicia Social, la Independencia Económica y la Soberanía Política que vive nuestra Patria de hoy.

Tanto como a vosotros, padres y maestros, nos enorgullece la jerarquía conquistada en nuestra lucha por la salud de la escolaridad argentina. Sea este orgullo, acicate que más y más nos comprometa en nuestra voluntad inquebrantable de superarnos cada día, hasta alcanzar en ellos el ideal sanitario que todos aspiramos.

Lo que Conviene Saber Acerca de la PARALISIS INFANTIL

Por el Prof. Dr. José Ink

LA parálisis infantil es una enfermedad universalmente distribuída, que produce un gran temor en los padres; por eso tenemos el firme propósito de contribuir a que ellos conozcan sus principales características, con lo cual el enemigo resultará conocido y transformará aquel temor en el reflexivo valor de prevenir y combatir el flagelo en cuestión.

Esta enfermedad es conocida con diferentes nombres; tales el de poliomielitis, el de enfermedad de Heine Medin, etc., y aunque parezca inexacto, son muy pocos los casos que contagiados adquieren parálisis. Este mal también puede enfermar a los adultos, habiendo casos demostrados entre los cuatro meses y los ochenta y cuatro años. Dijimos antes que son pocos los casos que se enferman produciendo parálisis y lo seguimos afirmando; vamos a explicar este hecho que es de fundamental importancia a los efectos de la prevención. Veamos entonces, cómo se contagia la enfermedad.

Los mecanismos de contagio son múltiples, pero los más importantes consisten en los dos que enumeraremos primero:

1) *Contagio por vía digestiva.* Grandes investigadores han demostrado que antes de que aparezcan las primeras manifestaciones de la enfermedad, la persona que la va a padecer ya elimina por sus materias fecales el agente causal de la misma. El virus culpable de la

producción de la parálisis infantil, se elimina por las evacuaciones *desde una semana antes* de que aparezcan los primeros síntomas, *hasta dos meses después.*

2) Un hecho parecido pasa con *la tos y los estornudos,* lo que técnicamente es conocido con el nombre de *vía aérea.* La gente cree equivocadamente que la tos o el estornudo constituyen solamente ruidos producidos en las vías respiratorias y no es así, pues además del ruido, cada vez que una persona tose o estornuda, arroja por la boca o por la nariz nada menos que la fantástica suma de unas 100.000 pequeñas gotas (gotitas de Pflüge) las cuales contienen diversos tipos de microbios. En el caso de la parálisis infantil, por esas mismas gotitas —que se comienzan a emitir *desde una semana antes* de que se inicie la enfermedad, prolongándose hasta *un par de semanas después*—, se puede trasmitir la misma.

3) Las manos mal higienizadas, sobre todo después de cumplir con las necesidades corporales, pueden ser causa de la contaminación de otras manos o bien de diversos tipos de alimentos. Si a esto agregamos que el virus productor de la parálisis infantil vive en el agua corriente durante 104 días, en la manteca y en la leche durante 94, en las verduras, frutas y carnes durante 90 días, nos daremos cuenta del peligro de contaminar esos alimentos.

4) Pero no es sólo la mano del hombre la que puede diseminar la enfermedad, sino que hay una serie de insectos que pueden hacerlo; no olvidemos a las *moscas* y a las *cucarachas,*

El mejor conocimiento de esta enfermedad y de las medidas profilácticas aconsejables, constituyen la base primordial de la lucha contra el terrible mal.

en las cuales se pudo demostrar por procedimientos técnicos la existencia del agente causal.

Aclarado el concepto de que el virus de la enfermedad de Heine Medin puede llegar a las personas sanas a través del aire o de los alimentos, y volviendo al objeto primitivo de nuestro razonamiento diremos que, de todos los seres que se ponen en contacto con el virus, en términos generales, *una sola persona de cada cien adquiere la forma paralítica de la enfermedad.* Naturalmente, los lectores se preguntarán: ¿qué pasa con los otros noventa y nueve? Pues bien; *los otros noventa y nueve también enferman, pero con formas no paralíticas,* difícilmente reconocibles si no se recurre a procedimientos de laboratorio muy dificultosos y, desgraciadamente, la enfermedad que desarrollan es sumamente leve, de manera tal que *rápidamente se ponen en contacto con las demás personas, transformándose en peligrosos diseminadores de la enfermedad sin saberlo.*

Por otra parte, es bueno que se sepa que casi el treinta por ciento de los que se enferman con formas paralíticas cura integralmente. *Así que esta enfermedad no es tan terrible como se la pinta ni se la debe temer sino más bien tratar de combatirla.*

blica de primera necesidad. Pero, en tiempo de epidemia hay que extremar las medidas precautorias pues el virus poliomielítico es muy resistente a los agentes antisépticos e inclusive al cloro, por lo cual *todos los alimentos deberán ser hervidos, incluyendo el agua potable.*

Las autoridades comunales tendrán especial cuidado de *clausurar las piscinas de natación* durante la época de epidemia y los padres evitarán que los niños, especialmente los que tengan menos de diez años, concurran a los sitios de reunión o de aglomeración, como clubes, cines, plazas, con el objeto de evitar su contaminación.

Es también una buena medida de higiene colectiva, *la educación y la propaganda sanitaria* hecha por los maestros y por los padres. Transmitir estos conocimientos sobre la enfermedad contribuirá a quitarle ese carácter de misteriosa y fomentará su mejor profilaxis.

Una de las medidas más inteligentes de los padres, es la de *no emigrar en tiempo epidémico con sus hijos.* A la primera alarma, es común la costumbre de llevar a los niños a otras poblaciones; grave error por cuanto, como dijimos antes, los niños pueden sufrir formas de la enfermedad no aparente y no paralíticas, lo que garantiza su integridad pero no impide el peligro de que estos niños se transformen en peligrosos diseminadores de la parálisis infantil, que sin darse cuenta llevan la desgracia a otras zonas del país, no consiguiendo absolutamente ninguna ventaja para sí. Por otra parte, los niños inmunes o receptivos que eventualmente no adquirirían la enfermedad en su sitio de residencia habitual, termi-

INMUNIZACION DE LA POLIOMIELITIS

LA poliomielitis ha constituído siempre uno de los más grandes enigmas en lo que a enfermedades infecciosas se refiere. Su preferencia a presentarse durante la estación calurosa, su aumento de frecuencia a pesar de la elevación del nivel sanitario y socioeconómico en general y su nueva tendencia a afectar con preferencia a adolescentes y adultos, forman un agudo contraste con la epidemiología de otras enfermedades contagiosas. Un detalle en común con otras enfermedades de la infancia es su gravedad clínica aumentada cuando ataca a los adultos.

Hay por lo menos, tres tipos bien reconocidos de poliomielitis, producidos por las cepas Brunhilde, Lansing y Leon (el tipo 1, 2 y 3, respectivamente), pero cada uno de ellos presenta muchas subvariedades. Los anticuerpos específicos de un tipo no ofrecen protección para el otro; de ahí que un mismo individuo pueda sufrir tres ataques de poliomielitis. Un procedimiento de inmunización activa, para ser eficaz, debería proteger por lo tanto contra los tres tipos, aunque conviene recordar que el más paralítico es el tipo 1. Steigman y sus colaboradores describieron recientemente un nuevo tipo al que llamaron Mack, que provocó una forma no paralítica de poliomielitis.

La poliomielitis es endémica en los trópicos. Esto queda demostrado por la presencia de anticuerpos en todos los niños de muchas zonas tropicales donde la enfermedad es subclínica o de importancia relativa. Se transmite, de persona a persona; la presencia del virus puede demostrarse en las heces de los enfermos clínicos y subclínicos. La enfermedad fué avanzando hacia zonas templadas con el tiempo caluroso y a medida que los

nan enfermándose en los sitios de emigración accidental.

Por otra parte, ha sido demostrado científicamente que en los sitios donde hay muchos o varios niños, si uno enferma, *los demás, sin padecer la enfermedad, pueden eliminar el virus con la tos, los estornudos y por las materias fecales.* Por lo tanto, frente a esta circunstancia conviene tenerlos aislados por lo menos durante un lapso de dos meses si previamente no se ha demostrado, por procedimientos de laboratorio, *que no son eliminadores del virus.*

3) En tiempo epidémico *no se deben realizar intervenciones quirúrgicas menores* en los niños, tales como operar las amígdalas, las vegetaciones adenoideas, el tabique nasal, etc.

Tampoco conviene *realizar vacunaciones* u otras clases de *inyecciones, salvo que sean indicadas por persona competente,* y en este sentido el único competente es el médico.

4) Afortunadamente, ya se está en el buen camino para la prevención de la parálisis infantil y en este sentido vamos a rendir un justiciero homenaje a algunos nombres tales como Bodian, Enders, Robbins, Weller, Salk, y muchos más que contribuyeron de una u otra manera a la solución. No pasará mucho tiempo antes de que tengamos la vacunación contra esta terrible enfermedad, ya en ensayo en Norteamérica.

Terminaremos este breve capítulo sobre la parálisis infantil, rogando a los lectores la difusión de estos conocimientos. Y consideramos oportuno recordar el antiguo proverbio que dice: "es mejor un enemigo conocido que un amigo por conocer".

---

niños fueron adquiriendo la enfermedad ésta continuó siendo casi en general una infección subclínica, y proporcionaba inmunidad durante toda la vida a más del 99 por ciento de la población. Las mejores condiciones sanitarias disminuyeron el contacto de persona a persona y la transmisión de las infecciones subclínicas, de manera que en la actualidad muchos niños van creciendo sin inmunidad, y cuando llegan a su adolescencia o su edad madura, siguen siendo susceptibles a la enfermedad, que es mucho más grave en sus manifestaciones clínicas en estas edades.

Por este motivo han sido tan discutidos los ensayos de inmunización con gama globulina, aunque existen muchas esperanzas depositadas en el método ideado por Salk, que se está ensayando actualmente en los Estados Unidos de Norteamérica. Sólo el tiempo y la experiencia podrán responder si produce una inmunidad eficaz y en este caso, cuánto tiempo duraría esa inmunidad. Los primeros informes de Salk son alentadores, pero Sabin ha señalado que es difícil determinar si la vacuna servía con fines de revacunación desde que el 99 por ciento o más todavía son inmunes, o si la inmunidad era estimulada *de novo.* Para resolver el problema sería útil una reacción cutánea para diferenciar a los inmunes de los no inmunes.

La vacuna de Salk incorpora virus muertos que representan a los tres tipos, en un medio de aceite mineral. Se dan tres inyecciones de 1 ml., las dos primeras a intervalo de tres semanas, la tercera siete meses después.

Todo hace prever que se está en el verdadero camino para conseguir la inmunización para la poliomielitis. Según afirmaciones del propio Salk: "el hecho es que se dispone de un método experimental para producir cantidades apreciables de anticuerpos de las tres clases conocidas de virus de poliomielitis, empleando una vacuna de virus inactivados; ahora será posible determinar si se puede influir y hasta qué punto sobre la producción natural de la parálisis."

LA SANGRE,

Y LOS ELEMENTOS DE DEFENSA DE NUESTRO ORGANISMO

Un verdadero cuerpo organizado de defensa lo constituyen los glóbulos blancos, cuya constante función de vigilancia ha hecho que se los denomine "la policía de la sangre".

LA sangre, elemento biológico de gran importancia en nuestro organismo constituye un tema de inagotables recursos. Como es sabido, ella nutre todos los tejidos de nuestro organismo, desde la fibra misma del corazón, hasta la más alejada porción de piel. Digamos, ya que estamos en el tema, algo de su composición: en efecto, está formada por una parte líquida, denominada plasma, y por glóbulos rojos que constituyen la parte sólida. Estas dos partes se encuentran en la siguiente proporción: en mil gramos de sangre hay 350 gramos de glóbulos rojos y 650 de plasma. Conviene aclarar, porque es un detalle interesante y no bien conocido, que plasma y suero no son la misma cosa; el suero es el líquido que sobrenada cuando se coagula la sangre en un recipiente. El plasma, en cambio, si bien contiene un noventa por ciento de agua, posee infinidad de elementos que contribuyen a la nutrición de los tejidos orgánicos, aunque, repitiendo lo que antes dejamos sentado, no contiene ni glóbulos rojos ni glóbulos blancos, que son la parte sólida de la sangre.

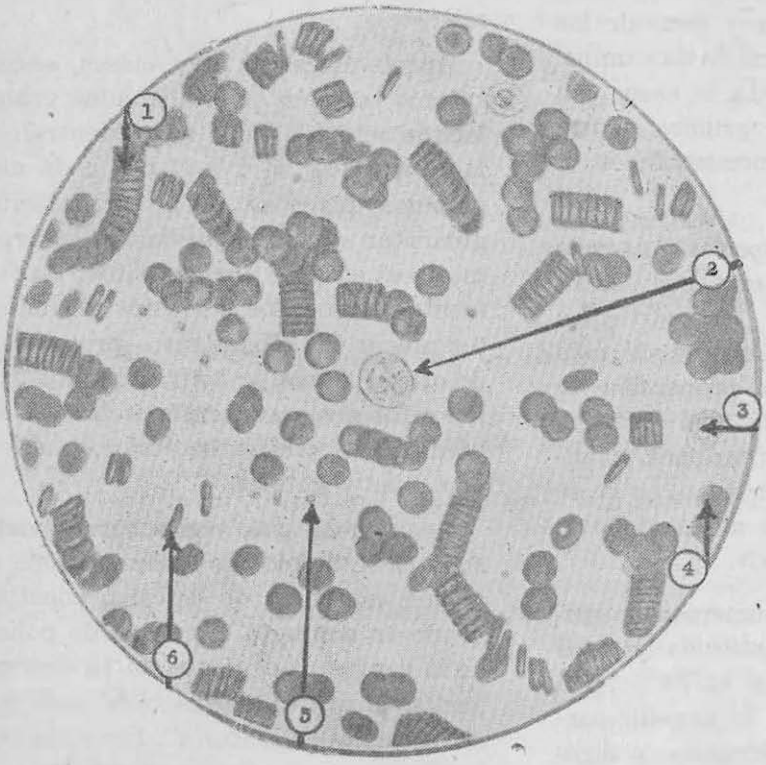
La cantidad de glóbulos rojos contenida en cada milímetro cúbico de sangre circulante ha sido calculada en cinco millones aproximadamente y el tamaño del diámetro de cada uno de ellos es de siete milésimas de centímetro. Si calculamos que un organismo de peso mediano tiene unos cinco litros de sangre, ya podemos hallar la cuenta de la cantidad de glóbulos rojos que tiene ese organismo...

Los glóbulos rojos, que son en realidad especie de bolsitas diminutas, tienen en su interior una sustancia colorante cargada de partículas de hierro. Esta sustancia recibe el nombre de hemoglobina, y tiene la propiedad particular de absorber el oxígeno del aire que llega a los pulmones con la respiración. El glóbulo rojo, cuando carga el oxígeno en el pulmón, lo lleva en su viaje por las arterias, las arteriolas y los capilares hasta la intimidad de los tejidos, para que las células respiren. Ya descargado de su oxígeno, el glóbulo rojo toma el anhídrido carbónico que expulsan las células como producto de sus combustiones y lo lleva hasta el pulmón en su viaje de regreso por las ve-

nas. En verdad, no es otra la función de estos glóbulos rojos y aunque parezca modesta es realmente importantísima puesto que sin oxígeno ninguna célula podría vivir, aunque tampoco puede subsistir en un ambiente cargado de anhídrido carbónico que provocaría su asfixia. Pero la célula necesita también otros elementos para su sostén y crecimiento, y de ello se encarga el plasma.

Luego de esta breve explicación respecto a la constitución de la sangre, hablaremos algo acerca de la función de los glóbulos blancos, función de vigilancia y de defensa que ha hecho que se los denomine frecuentemente como "la policía de la sangre". Si no fuera por ellos el organismo estaría expuesto sin defensa al ataque de los microbios y a la acción nociva de las sustancias tóxicas que consiguieran atravesar la barrera defensiva de la piel y las mucosas.

Esos glóbulos blancos, llamados también leucocitos —del griego leuco, blanco y cito, célula— no son realmente blancos sino incoloros, tanto que para observarlos al microscopio es indispensable teñirlos. Son verdaderas células, con protoplasma y núcleo y que se hallan, en el adulto, en proporción de 8.000 por milímetro cúbico de sangre. Recordemos la cantidad dada para los glóbulos rojos y veamos que la proporción entonces, es de ocho mil glóbulos blancos por cada cinco millones de gló-



Este es el aspecto que presenta una gota de sangre cuando se la observa con un enorme aumento, al microscopio. Los números señalan: 1) glóbulos rojos, que se disponen como si fueran pilas de monedas 2) glóbulo blanco; 3) otro glóbulo blanco, de tamaño más reducido; 4) glóbulos rojos vistos de frente; 5) plaquetas, diminutos elementos que intervienen en la coagulación de la sangre; 6) glóbulo rojo visto de perfil, mostrando su concavidad por ambos lados.

bulos rojos; claro que esta proporción puede variar en distintos momentos y circunstancias, y más aún en caso de enfermedad.

¿Cómo se ejerce esa función de policía de que hablamos antes? Los glóbulos blancos acompañan a los glóbulos rojos hasta los más distantes lugares del organismo y mientras éstos cumplen con su tarea de acarrear oxígeno, aquéllos están provistos de fermentos que sirven para atacar y destruir los microbios que encuentren en su camino. Y cuando no se presenta el caso, van tragando los gránulos, grumos o partículas extrañas que encuentran en la sangre.

Así, hay distintas especies. Los más grandes, llamados macrófagos, están encargados de tragar las partículas más grandes y los microbios de más volumen. Existen en la proporción de tres a cuatro por cada cien glóbulos blancos y una de sus funciones, cuando no se presentan microbios, es la de sacar de la circulación a los glóbulos rojos viejos o enfermos.

La proporción más numerosa de glóbulos blancos está constituída por los granulocitos, que llegan al 70 %. Son muy activos y capaces de engullir corpúsculos, bacterias, destruirlos y digerirlos. Daremos un ejemplo: cuando en una lastimadura cualquiera penetran los microbios, de inmediato se presentan a la lucha, en ese sitio, una enorme cantidad de granulocitos, glóbulos blancos que reciben este nombre porque en su protoplasma poseen gotitas cristalinas, como gránulos, que en realidad son fermentos que tienen la propiedad de digerir las albúminas de que están constituídos los microbios. Una vez terminada la lucha entran en juego los macrófagos para limpiar el campo de batalla.

Existen también en la sangre, en una proporción del 25 por ciento, los linfocitos. Son muy pequeños y dotados de un núcleo muy grande; se forman en los ganglios linfáticos y de ahí proviene su nombre. Los linfocitos actúan preferentemente sobre las sustancias grasas de que se hallan revestidos ciertos microbios.

Aparte de estas tres clases, encontramos también otros llamados granulocitos acidófilos, que se encuentran en la proporción de 2 a 3 por cada cien glóbulos blancos. Estos granulocitos aumentan en la sangre cuando el organismo es atacado por parásitos; los fermentos elaborados por estos granulocitos atacan las albúminas —proteínas— de origen animal, mientras que los granulocitos comunes actúan sobre las albúminas de origen bactérico, que son proteínas vegetales.

De manera que, como hemos visto, cada clase de glóbulos blancos tiene su misión específica de defensa, constituyendo en conjunto el cuerpo de policía de la sangre, cuerpo que en su denominación científica, no es otra cosa que la "fórmula leucocitaria". Por cada cien leucocitos, tenemos: macrófagos, 3; granulocitos comunes, 70; granulocitos acidófilos, 3; linfocitos, 24.

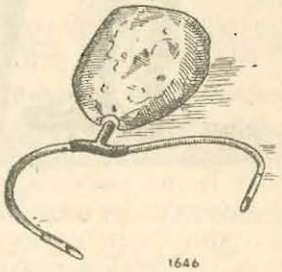
Las variantes de estas cifras son importantísimas para establecer el diagnóstico de numerosas enfermedades, al determinar qué clase de microbios está atacando al organismo por el aumento determinado de una u otra clase de glóbulos blancos, en su acción decidida para el sostenimiento de la salud.

LA TRANSFUSION SANGUINEA
A TRAVES DE LOS TIEMPOS

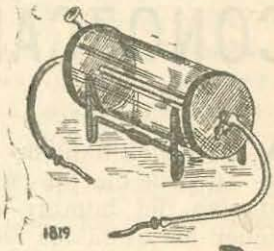
LOS egipcios, intuyendo la extraordinaria importancia de la sangre, pretendían aprovechar sus virtudes dándose baños con ella.

El primer ensayo científico se llevó a cabo en 1646, fecha en que Wren, astrónomo inglés, inventó, un aparato consistente en una vejiga y dos cánulas, para transfusiones. En el año 1665 se realizó el primer ensayo de transfusión animal y en 1666 de una oveja al hombre.

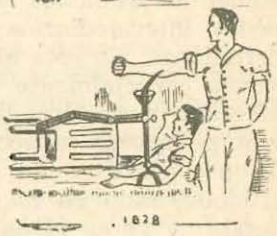
En 1819 Graefe utilizó el aparato que se ve en el grabado, y en 1828 Blundell ideó el procedimiento que se ilustra. Pero no fué hasta el año 1900, con el descubrimiento de los grupos sanguíneos hecho por Landsteiner y su clasificación por Jansky y Moos, que la transfusión sanguinea entró en su etapa verdaderamente científica, eliminándose el peligro de la incompatibilidad.



1646

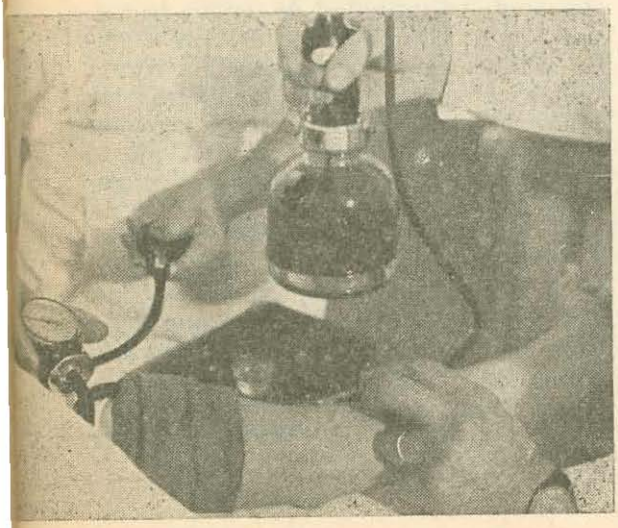


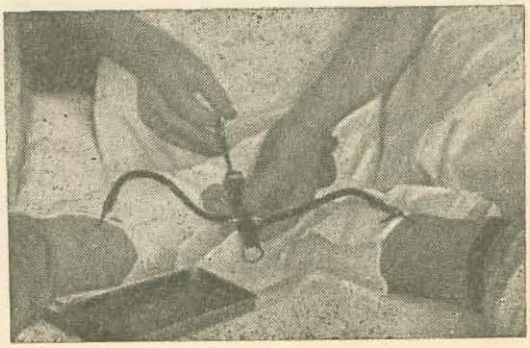
1819



1828

Llegamos asi a la época moderna de la transfusión de brazo a brazo, luego de haber vencido las dificultades provenientes de la pronta coagulación, la que se impide por el agregado de una solución salina. Uno de los nombres que se recuerdan a este respecto es el del doctor Luis Agote, que efectuó en nuestro país, el 9 de noviembre de 1914, la primera transfusión de sangre citratada en el mundo. Los más recientes métodos de laboratorio permiten la conservación del plasma sanguineo, debidamente clasificado, para ser empleado en el momento en que sea necesaria una transfusión, para salvar una vida.





Como contribución a la campaña nacional de lucha contra la hidatidosis, y respondiendo a la Resolución Ministerial del 13|4|55 (Expte. Nº 2296|54), la División Educación Sanitaria ha preparado el siguiente artículo, en el que se difunden los conocimientos indispensables para la prevención de ese mal.

CONOZCAMOS LOS MEDIOS PARA PRE

YA hemos hablado en otra oportunidad de ciertas enfermedades parasitarias del hombre en la que intervienen los animales, ya sea como huéspedes intermediarios o como agentes definitivos. En este artículo nos ocuparemos especialmente de la hidatidosis, afección parasitaria bastante frecuente y de peligrosas consecuencias, que existe en especial en los países ganaderos, predominando en los casos en que el hombre vive en íntimo contacto con el perro. Entre los países más atacados por la hidatidosis están Australia, Uruguay y Argentina, aunque en nuestro país ha disminuído en proporción notable en los últimos años, merced a los consejos profilácticos difundidos por los organismos oficiales.

En este tipo de parasitosis no es solamente el hombre quien puede estar afectado, sino también los vacunos, cerdos y ovejas, que contrariamente a lo que ocurre en las otras parasitosis, son huéspedes intermediarios pues el huésped definitivo es el perro, que alberga en su intestino las formas adultas de las tenias.

PARASITOSIS EN LOS PERROS

El intestino de los perros parasitados contiene infinidad de tenias, pequeñas lombrices que miden de tres a cinco milímetros y que poseen una forma cilíndrica en la que es fácil observar una cabeza denominada **scolex** provista de ventosas y fuertes ganchos que le sirven para adherirse a la pared intestinal del animal. A esa cabeza sigue un pequeño cuello, y el cuerpo segmentado, formado por tres o cuatro anillos, el último de los cuales contiene de 500 a 800 huevos. Este es el único que llega a la madurez y se desprende, siendo eliminado con las heces del animal.

Los huevecillos son microscópicos y por eso pasan inadvertidos, pudiendo

contaminar las verduras, las aguas estacionadas, o entrar a formar parte de la saliva del mismo perro parasitado, como consecuencia de la costumbre de higienizarse lamiéndose.

COMO SE ENFERMA EL HOMBRE

Los huevos eliminados en la forma que acabamos de decir, pueden llegar a contaminar al hombre por distintos caminos. Por ingestión de verduras, tomates, frutillas, contaminadas y no bien lavadas. Por beber aguas estacionadas o por contacto directo, como suele ocurrir con aquellas personas que viven en estrecha relación con los perros y permiten que éstos les laman las manos, no teniendo la precaución de higienizarse antes de las comidas.

EVOLUCION

Una vez ingeridos los huevos y llegados éstos al aparato digestivo del hom-

NIR LA HIDATIDOSIS

bre, los jugos digestivos disuelven la cáscara que los envuelve y dejan en libertad embriones hexacantos, que tienen la particularidad de poder atravesar la mucosa intestinal y penetrar en los capilares sanguíneos, incorporándose a la corriente circulatoria. Incorporados así los gérmenes a la circulación pasan al hígado, donde pueden localizarse y originar la hidatidosis, o bien, siguiendo la vena suprahepática y pasando por la vena cava inferior llegan al corazón, desde donde pueden seguir su curso para localizarse luego en los pulmones, o si no retornar al corazón y de allí pasar a la gran circulación para luego localizarse en cualquier otro tejido u órgano, especialmente en los huesos.

Localizados los embriones en cualquiera de los lugares que hemos citado, de inmediato se transforman en larvas o hidátides, formándose alrededor de ellos una membrana conjuntiva de protección que da lugar a un quiste, el que va aumentando de tamaño hasta adquirir grandes proporciones. Si observamos uno de estos quistes vemos que está formado por un líquido cristalino y pequeños elementos en suspensión que no son otra cosa que los scolex. Además, se suele observar que dentro de esa cavidad existen vesículas denominadas vesículas hijas, que no son más que pequeños quistes internos. En otras oportunidades también se suelen observar por fuera del quiste original, una serie de quistecitos anexos a los que se denomina vesículas hijas exógenas.

LA HIDATIDOSIS, ENFERMEDAD

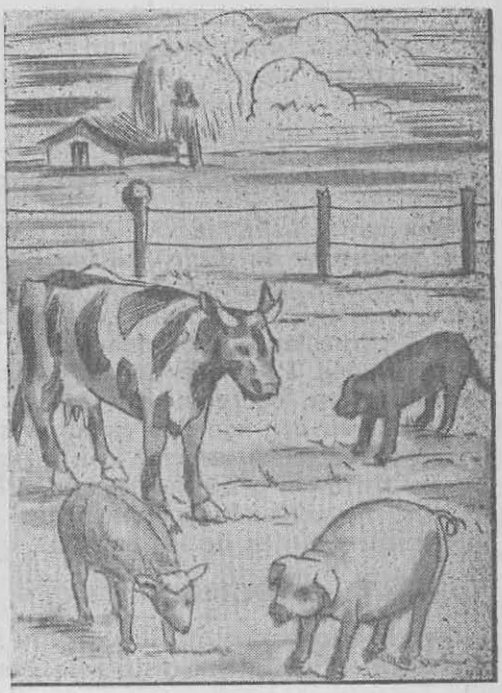
Como hemos dicho, la hidatidosis es una enfermedad frecuente en los países ganaderos, sobre todo en la campaña donde el hombre convive con el perro. Los quistes hidatídicos en su crecimiento exagerado, ejercen una compresión cada vez más enérgica sobre el órgano en que asienta y las vísceras próximas a él, determinando graves manifestaciones patológicas de consecuencias a veces mortales. Cuando asienta en el hígado, además de los síntomas que se producen en el aparato digestivo, trae por su compresión trastornos que pueden alterar las funciones respiratoria y circulatoria.

En los pulmones, lugar donde es muy frecuente su localización, el cuadro clínico es muy semejante al de la tuberculosis, cuyo síntoma más evidente es la hemóptisis (vómito de sangre).

Cuando estos quistes, debido a su exagerado crecimiento, llegan a romperse por debilitamiento de su pared, vuelcan su líquido cristalino y albuminoso en la cavidad del órgano que los contiene, determinando un shock anafiláctico de muy serias consecuencias.

HIDATIDOSIS BOVINA, OVINA Y PORCINA

Estos animales padecen esta afección lo mismo que el hombre. Se contaminan



COMO SE PRODUCE EL CONTAGIO. — El perro es el portador del parásito que produce la hidatidosis, por haber comido vísceras de animales enfermos, parásitos que elimina luego junto con sus excrementos y van a contaminar a otros animales (por los pastos, verduras y charcos de agua), que contraen así la enfermedad.

con la ingestión del pasto o de las aguas estacionadas contaminadas con las deyecciones o la saliva de perros parasitados. La enfermedad en estos animales asienta generalmente en las vísceras, originando quistes de distintos tamaños y volumen.

PARASITOSIS EN EL PERRO

Debido a la costumbre tan común en los establecimientos rurales donde se faena la carne de consumo, de arrojar a los perros las vísceras, se favorece la diseminación de la teniasis en estos animales domésticos, sobre todo si se tiene en cuenta que los animales sacrificados no son sometidos a revisación veterinaria y pueden padecer de hidatidosis. El perro que ha ingerido carnes o vísceras crudas con quistes hidatídicos, adquiere la parasitosis. Una vez ingeridos los quistes, se produce dentro de la cavidad gástrica del perro, el proceso de liberación de las larvas que luego se transforman en el intestino en formas adultas (tenias echinococus) las que, según hemos explicado anteriormente, llegan a la madurez y eliminan el último anillo cargado de huevos que pueden infectar en la forma que ya se ha dicho, los pastos, las aguas, etc.

El hombre se contagia por la ingestión de verduras mal lavadas o por tomar aguas contaminadas, cuando no por contacto directo con el perro portador de parásitos. Por eso una de las medidas profilácticas aconseja lavar prolijamente las verduras y frutas, así como evitar el estrecho contacto con los perros.

PROFILAXIS

De todo lo expuesto, y sabiendo cuál es el proceso de trasmisión de la enfermedad, es posible dictar las medidas profilácticas para evitar su difusión y prevenir su contagio.

1º) Por sobre todas las cosas, se recomienda comer las verduras, tomates, frutillas y demás vegetales o frutos que pudieran estar contaminados, sólo después de haberlos lavado prolijamente, de manera que si se hallan adheridos a los mismos algunos huevos, éstos sean arrastrados por el agua durante el proceso del lavado.

2º) Prohibir la entrada de los perros en las quintas y huertas, como medio de evitar la contaminación de los productos vegetales comestibles.

3º) Evitar la estrecha convivencia con los perros.

4º) No arrojarles vísceras crudas de animales que no hayan sido sometidos a previa inspección veterinaria; en caso de duda, es preferible enterrar las vísceras para que no puedan ser comidas por los perros.

5º) No beber aguas estacionadas donde se presume que hayan bebido los perros.

DISTRIBUCION DE LOS CONSULTORIOS MEDICOS DE DISTRITOS ESCOLARES

1º	A	L.Mi.V.	Avda. Quintana 31	– 41-2795
	B	L.Ma.J.	Talcahuano 672	– 38-9336
	C	L.Mi.V.	Talcahuano 672	– 38-9336
	D	L.Ma.J.	Avda. Quintana 31	– 41-2795
	E	Ma.Mi.V.	Sáenz Peña 463	– 37-9105
2º	A	L.Mi.V.	Pueyrredón 630	– 62-9567
	B	Ma.J.V.	Catamarca 462	– 97-3198
	C	M.J.V.	Pueyrredón 630	– 62-9567
	D	L.Mi.V.	Catamarca 462	– 97-3198
3º	A	L.Mi.V.	E. Unidos 629	– 34-7397
	B	L.Ma.J.	Salta 1226	– 26-1244
	C	Ma.J.V.	Piedras 1430	– 23-5599
4º	A	L.Mi.V.	Lamadrid 499	– 21-3312
	B	L.Ma.J.	Suárez 1145	– 21-0912
	C	Ma.Mi.V.	Suárez 1145	– 21-0912
5º	A	L.Mi.V.	Universidad 1073	– 21-0288
	B	L.Ma.J.	P. Echagüe 2750	– 21-3777
	C	L.Mi.V.	Traful 1347	– 91-3154
6º	A	L.Mi.V.	Entre Ríos 1359	– 23-7365
	B	L.Ma.J.	Humberto 1º 3171	– 97-1541
7º	A	L.Mi.V.	Pringles 263	– 88-8643
	B	Ma.J.V.	Alvarez 240	– 54-0823
	C	L.Mi.J.	J. J. Biedma 451	– 63-5659
8º	A	L.Mi.V.	Avda. La Plata 623	– 60-2248
	B	L.Ma.J.	Sala 565	– 60-6454
	C	Ma.Mi.V.	Tarija 4136	– 97-5797
9º	A	Ma.Mi.V.	Malabia 2252	– 71-0746
	B	L.Mi.V.	C. Rica 4940	– 71-8956
	C	L.Ma.J.	Güemes 4615	– 72-5284
10º	A	L.Mi.V.	Santa Fe 5039	– 72-1204
	B	Ma.J.V.	Santa Fe 5039	– 72-1204
	C	L.Ma.J.	Gorriti 5740	– 72-6292
11º	A	L.Mi.V.	Carabobo 263	– 63-7572
	B	L.Ma.J.	Portela 734	– 67-1565
	C	Ma.J.V.	P. Goyena 934	– 60-8109

Los consultorios médicos de distritos escolares funcionan, los días señalados para cada uno de ellos, con el horario uniforme de 13 a 16.

La Dirección de cada escuela conoce la ubicación del consultorio médico que le corresponde. Para cualquier consulta, dirigirse a Inspección Médica Primaria, Saavedra 15, T. E. 47-9160.

12º	A	L.Mi.V.	Gral. Artigas 878	– 63-7572
	B	Ma.J.V.	R. Falcón 4126	– 69-1475
	C	L.Mi.J.	R. Falcón 4126	– 69-1475
13º	A	L.Mi.V.	J. A. García 2753	– 59-6082
	B	L.Ma.J.	Bolivia 2569	– 59-0301
	C	Ma.J.V.	Tinogasta 2654	– 50-5091
14º	A	L.Mi.V.	Carvajal 4019	– 53-4004
	B	L.Ma.J.	Bolivia 2569	– 59-5852
	C	Ma.Mi.V.	Tinogasta 2654	– 50-5091
15º	A	L.Mi.V.	J. Azurduy 2541	– 70-7013
	B	Ma.J.V.	Moldes 1854	– 76-0240
	C	L.Ma.J.	J. Azurduy 2541	– 70-7013
	D	L.M.V.	Moldes 1854	– 76-0240
16º	A	Ma.Mi.J.	Triunvirato 5101	– 51-1543
	B	L.Ma.J.	Bauness 2679	– 51-2681
	C	L.Ma.J.	Pte. Perón 5506	– 51-9344
	D	L.Mi.V.	Bauness 2679	– 51-2681
17º	A	L.Mi.V.	San Alberto 3370	– 50-4058
	B	Ma.J.V.	Mercedes 4002	– 50-0449
	C	L.Ma.J.	Lascano 4044	– 50-1084
	D	L.Mi.V.	Mercedes 4002	– 50-0449
18º	A	L.Mi.V.	Segurola 1104	– 69-2485
	B	L.Ma.J.	R. Falcón 6702	– 64-0679
	C	Ma.J.V.	Segurola 1104	– 69-2485
	D	L.Ma.J.	Bruselas 785	– 64-2722
19º	A	L.Mi.V.	Alagón 300	– 91-9002
	B	L.Ma.J.	Castañón 1040	– 63-8119
	C	L.Mi.J.	Lafuente 2670	– 91-3541
	D	Ma.Mi.V.	Pumacahua 1247	– 63-4749
20º	A	L.Mi.V.	Larrazábal 1556	– 68-1190
	B	L.Mi.V.	Avda. Corrales 7040	– 68-1623
	C	Ma.Mi.V.	Fonrouge 346	– 64-1796
	D	Ma.J.V.	Oliden 2851	– 68-0337
	E	L.Ma.J.	C. Gómez 4548	– 68-9078

Por el Prof. Dr. CARLOS A. MARCHESE
Jefe del Servicio Médico de Educación Física de la Dirección General de Sanidad Escolar

LA necesidad de las prácticas físicas se ha fundado no solamente en hechos médicos y biológicos, sino también en la espontaneidad con que los grandes núcleos sociales la practican.

La necesidad del movimiento y ejercitación neuromuscular, articular y aun psíquica y anímica, es un hecho innegable base de la constitución biológica del ser humano.

Es tan primario este fenómeno que no solamente se observa en el hombre, rey de la creación, sino también en la escala zoológica. No otra cosa es la ejercitación neuromuscular y adaptación a las futuras contingencias vitales, el juego de los cachorros de todas las especies mamíferas, donde a través de su espontaneidad se observa el esbozo de futuras conductas de rebaño, con defensa y ataque y aun ciertos rasgos de emoción y de ternura que a medida que se acentúan se hacen permanentes, constituyendo las características básicas de cada especie.

Las prácticas físicas con sus variantes, el juego, la gimnasia, el atletismo y los deportes, están suficientemente arraigados en la conciencia popular. La moderna medicina psicosomática que estudia al hombre en su totalidad, encuentra que lo anímico y lo corporal son una sola cosa, con dos aspectos diferentes, pero con íntima relación. Es una moderna concepción del antiguo y mentado aforismo *mens sana in corpore sano.*

Pero si con fines expositivos hacemos una división artificial entre el cuerpo y la esfera mental, podemos evidenciar efectos beneficiosos en ambas esferas, por la acción de la ejercitación física, de gran proyección social.

En lo que respecta al cuerpo, la actividad que trae aparejada la educación física se manifiesta en todos los aparatos y sistemas: el neuromuscular, el respiratorio, el circulatorio, el digestivo, el endócrino, etc., que unidos a un ambiente propicio para su ejecución, como es el aire libre, la luz solar, en pleno contacto con la naturaleza, proporciona una sensación de bienestar y de alegría de vivir, proclive a sentimientos nobles y altruistas.

EL EXAMEN MEDICO Y LA EDUCA

Desde el punto de vista psíquico, todo juego o actividad deportiva presupone la observación de ciertas reglas preestablecidas, el desarrollo de emociones y sentimientos de compañerismo, el cumplimiento de ciertas normas éticas de aceptación social, el desarrollo de la voluntad y el afán de competencia leal que una vez adquirido jugando, se incorpora definitivamente a la personalidad del ejecutante dándole un sello inconfundible, condicionando su acción en todas las demás actividades gregarias o sociales.

Estas acciones beneficiosas pueden, no obstante, por exceso o entusiasmos desmedidos, sobrepasar sus fines cayendo entonces en exageraciones peligrosas.

Por esa causa es necesario el control

de dichas actividades por medio de organismos de responsabilidad técnica, para evitarlos y encauzarlos dentro de su verdadera ruta. El deporte actualmente dentro de la organización de la colectividad moderna no es ni debe ser un lujo de ociosos, ni sobrecarga física o mental que anule la capacidad productiva de los miembros de la colectividad; al contrario, debe crear aptitudes y desarrollar disposiciones físicas y anímicas que faciliten la

CION FISICA

diaria labor de aprendizaje escolar y del trabajo diario y permitan su prosecución sin fatiga.

Este objetivo es perfectamente alcanzable y la brevedad de esta exposición de motivos, nos impide fundamentos *in extenso*. Pero, no obstante, en apretada síntesis trataremos de ponerlo en evidencia.

Los distintos métodos de educación física empleados, pueden conseguir a través de una actividad agradable, obtener un estado básico de aptitud física neuromuscular en los distintos grupos de población, que ante situaciones de emergencia puedan llevarse por entrenamiento intensivo al grado de eficiencia requerido.

Todo este movimiento debe seguir directivas científicas y racionales, basadas en las enormes experiencias adquiridas en nuestra época y especialmente a través de estos últimos años. Las improvisaciones actualmente en este terreno son onerosas y pueden inclusive dar resultados negativos.

Por ello creemos que el punto fundamental es un organismo que en manos de técnicos competentes,

compenetrados no solamente de los métodos de educación física, sino de la proyección social que tiene el deporte como elemento de educación popular, orienten y aconsejen a esa gran masa de la población con el fin de que la educación física alcance el objetivo fundamental de nuestra política social: un poco más de felicidad para todos.

La Dirección General de Sanidad Escolar ha prestado en todo momento preferente atención a este problema y por medio de sus organismos especializados, cumple la acción emprendida con resultados benéficos para la salud de los educandos.

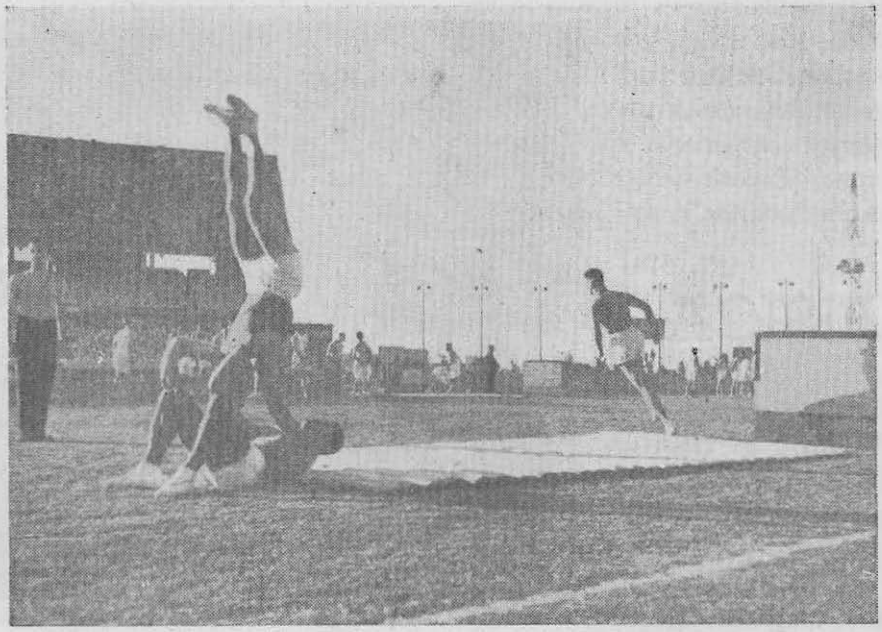
No solamente a través de los respectivos controles de salud, en base a los exámenes periódicos y a la orientación, sino también a la vigilancia y corrección de las paramorfías de que muchos de ellos son portadores, mediante la gimnasia correctiva.

En efecto, es mediante la gimnasia que estudia y educa los movimientos favoreciendo el crecimiento y desarrollo armónico del individuo, corrigiendo a su vez los estados de minoración fisiorgánicos.

En la etapa biológica de formación, como la que abarca la edad escolar, la ejercitación física produce efectos benéficos que alcanzan a todos los sistemas, que rigen el movimiento y que constituyen así un factor indispensable para la salud integral del individuo.

Las prácticas físicas racionalmente aplicadas permiten obtener el perfeccionamiento psicosensoriomotriz y la coordinación neuromuscular, que permite la eliminación de movimientos parásitos, es decir, de movimientos inútiles o desproporcionados al fin propuesto, elementos de gran valor para la reeducación individual.

Es mediante el cuidado de la salud en las diversas etapas biológicas, que la Dirección General de Sanidad Escolar tiende a preservar y a mejorar el futuro capital humano. Y como ejerce su acción desde los primeros grados del ciclo elemental para extenderse hasta los que comprenden el curso secundario, le es permitido cumplir ampliamente con esas finalidades.



Si deseas ser buen deportista, artista, hombre de ciencia, soldado, en fin, útil a tu Patria: NO FUMES.

EDUCACION SANITARIA

COMO es nuestra costumbre, continuamos informando desde esta página acerca de las actividades de nuestra División Educación Sanitaria. Actividades que han seguido un ritmo creciente y que tienen por finalidad la difusión, en el ambiente escolar principalmente, de los conocimientos indispensables para contribuir al mejoramiento de la salud de la población.

Durante el mes de enero, se dictaron en esta Dirección General de Sanidad Escolar —como se viene haciendo desde hace varios años— los cursos de Primeros Auxilios y de Vacunación, para maestros. Estos cursos, condensados pero muy completos, tienen por principal objetivo permitir a los maestros del interior del país aprovechar su estada en la Capital para ampliar sus conocimientos sobre temas tan interesantes como útiles en su tarea docente. Así se vió concurrido por numerosos maestros provenientes de las más distantes regiones del país, así como por muchos docentes que, por razones de horario, no pueden seguir los cursos que se dictan en época de clases. Grande es nuestra satisfacción al destacar la numerosa asistencia anotada, así como el elevado porciento de alumnos que se presentaron a rendir exámenes, con los halagadores resultados que hacía presumir el interés con que siguieron las clases, dictadas por profesionales experimentados de esta casa.

En cuanto al curso de Educación Sanitaria y Primeros Auxilios que se dictará durante este año escolar, y cuya iniciación ha sido fijada para el día 26 de abril, cabe destacar que el mismo está basado sobre un programa amplio y completo que incluye temas de higiene, profilaxis, psicología, etc., además de complementarse con numerosas clases prácticas de primeros auxilios (vendajes, inmovilizaciones) y de inyecciones.

La inscripción para este curso aún no ha sido cerrada, pudiendo anotarse quienes estén interesados en concurrir al mismo, todos los días hábiles de 8 a 18 hs. en el tercer piso de Saavedra 15, Capital. Es imprescindible presentar, en el momento de hacerlo, documentos de identidad y título de maestro. Las clases se dictan los martes y jueves, de 19 a 20 horas, en el lugar mencionado.

PUBLICACIONES RECIENTES

Entre las últimas publicaciones que ha realizado esta División —y que ya se están distribuyendo entre las es-

cuelas de todo el país— mencionaremos una interesante cartilla con consejos higiénicos para el cuidado de la boca y de los dientes, destinado a los niños de los grados primarios. Con el sencillo título de "Cómo deben cepillarse los dientes" se ha preparado una pequeña cartilla que permite al escolar conocer con exactitud, la técnica perfecta del cepillado de los dientes y las ventajas que puede conseguir con esta práctica higiénica indispensable para la preservación de la salud.

Sobre la base de la misma ilustración que adorna la tapa de esta cartilla, se preparó también un cartel donde se insiste sobre la importancia que tiene para la salud el cuidado de los dientes.

MINISTERIO DE EDUCACION
DIRECCION DE SANIDAD ESCOLAR

* * *

Un "affiche" a todo color, de amplias dimensiones, que ilustra una visitadora de higiene escolar en el momento de vacunar a una niña que acepta, confiadamente, su intervención, estará dentro de poco tiempo a la vista de todos los escolares de nuestros establecimientos primarios. De esta manera, y agregado a la convicción de una simple frase que habla de los beneficios de la vacunación, se trata de llevar al convencimiento de la conveniencia de esta medida profiláctica. También se están distribuyendo estos carteles que se envían a todas las escuelas nacionales del país.

* * *

Como complemento del servicio de Biblioteca que funciona anexo a nuestra División Educación Sanitaria, se ha editado el Catálogo del mismo. Debidamente clasificados aparecen en él, siguiendo a la vez el orden alfabético de autores dentro de cada materia, los libros que componen el mencionado organismo. El Catálogo de Biblioteca está a disposición de quienes consultan la misma, habiendo sido remitido por correo a los que se encuentran fichados ya como lectores asiduos.

Audiciones Radiales de Divulgación Sanitaria

Todos los lunes, a las 18 y 50 horas, en el espacio que por L. R. A. Radio del Estado transmite "Radioescuela Argentina", se realiza la audición que Sanidad Escolar dedica a la divulgación de conocimientos higiénico-profilácticos de interés general. Como hemos creído interesante hacer conocer a nuestros lectores la manera en que se efectúa esa divulgación, transcribimos a continuación dos de los folletines transmitidos, relacionados con el tema: "Los escolares inadaptados".

La Dirección General de Sanidad Escolar, por intermedio de la División Educación Sanitaria, fiel al postulado del Excelentísimo Señor Presidente de la Nación "Los únicos privilegiados son los niños", presenta: *Su consultorio médico escolar* donde, todos los lunes, en el espacio de "Radioescuela Argentina", a las 18 y 50 horas, se responderá a las preguntas formuladas por los oyentes y se harán comentarios sobre temas médicos de interés y actualidad.

HABLA SANIDAD ESCOLAR:

Señorita (Visitadora de Higiene). — Doctor, han llegado hasta nosotros las consultas de muchos padres, relacionadas todas por un problema común que los aflige.

Doctor (Médico escolar). — ¿Qué problema es ése, señorita?

Señorita. — El de los niños repetidores de grado. Nos refieren que sus hijos van siempre atrasados en la escuela, no siguen el ritmo normal de la clase, son los eternos rezagados y, como corolario de todo eso, pierden el año.

Doctor. — Conozco muy bien esos casos, señorita. Antes de recibirme de médico ejercí como maestro de grado y tuve varios alumnos así.

Señorita. — Bien, doctor: se dirigen a usted preguntando las cansas de ese retraso y si con algún tratamiento médico podría corregirse.

Doctor. — Es arriesgado dar consejos sin ver los casos particulares, pero haré algunas consideraciones para ilustrar y orientar a esos padres.

Señorita. — Ha llamado mi atención esta carta de una señora que tiene un hijo en esas condiciones. Ha oído decir que podría ser un oligofrénico; no sabe qué significa y quisiera que la informáramos.

Doctor. — El problema de los niños repetidores puede vincularse, en cierto modo, con el fenómeno de la oligofrenia.

Señorita. — Oligofrenia . . . si no recuerdo mal, viene del griego en el que significa *oligós*, poco, y *fren*, mente. Luego sería poca mente, poca inteligencia.

Doctor. — Efectivamente, señorita. Esa palabra en la práctica sirve para designar el retraso mental, la disminución de las facultades de la inteligencia, pero en realidad la acepción científica es más amplia: es el retraso del desarrollo de toda la personalidad.

Señorita. — ¿Cuáles son las causas de la oligofrenia, doctor?

Doctor. — Son variadas. En primer lugar, enfermedades de los padres, como la epilepsia, lúes, neuropatías. También los padres alcoholistas pueden engendrar hijos oligofrénicos.

Señorita. — He leído, doctor, que la edad insuficiente o por el contrario, excesiva de los padres, puede provocar también un déficit mental en los hijos. ¿Es cierto eso?

Doctor. — Sí, señorita. Claro que esto debe comprenderse con las limitaciones propias, sin considerarlo de ninguna manera algo fijo o cristalizado.

Señorita. — ¿Hay otras causas, doctor?

Doctor. — En el momento del nacimiento, los traumatismos pueden hacer compresión desmedida sobre el cerebro y provocar lesiones que luego darán lugar a trastornos de oligofrenia en el niño.

Señorita. — ¿Y después del nacimiento, doctor.

Doctor. — Los traumas intensos en la cabeza, ya sea por golpes, accidentes o caídas, las infecciones del encéfalo y de las meninges del niño, al dañar la masa cerebral y sus envolturas, centro de la inteligencia del hombre y reguladora de sus más nobles funciones, quedan afectadas. También el raquitismo y la falta de ciertas vitaminas, al provocar una diferencia en el crecimiento orgánico tienen nna influencia notable en los cuadros de oligofrenias.

Señorita. — En un fenómeno tan amplio como ese, deben diferenciarse grados de intensidad. ¿Verdad, doctor?

Doctor. — Dice usted bien, señorita. Siendo la diferencia mental un trastorno que se extiende desde los grados de inteligencia subnormal hasta lo que podríamos denominar el cero psíquico o sea la ausencia total de la actividad personal, se distinguen varios grados de ella. Binet propuso tres fundamentales: la idiocia, la imbecilidad y la debilidad mental. Es dentro de este último grupo donde deben ubicarse la mayoría de esos eternos rezagados de la escuela común.

Señorita. — ¿Es el mismo Binet que juntamente con Simon, los dos psicólogos franceses, realizaron la primera escala métrica de la inteligencia, doctor?

Doctor. — Así es, señorita.

Señorita. — Recuerdo bien sus nombres, pues he leído que fueron los primeros en tratar de determinar la edad mental o intelectual de los sujetos, mediante pruebas o tests.

Doctor. — Y la vincularon con la edad real del niño, llamando cociente intelectual a la relación entre ambas. Terman y Merrill hicie-

ron en 1937 una revisión de las escalas originales, que es la que se emplea en la actualidad.

Señorita. — Mediante esos tests de inteligencia es posible determinar cuándo hay retraso mental.

Doctor. — Cuando la edad mental es menor en dos o más años a la edad que tiene el niño, se puede hablar de un retraso mental y determinar qué grado de oligofrenia padece el examinado.

Señorita. — Usted había mencionado, doctor, tres tipos: idiocia, imbecilidad y debilidad mental.

Doctor. — La idiocia es el más profundo. Todo sujeto cuya edad psíquica es inferior a los 3 años y con un cociente intelectual de menos de 25, es conceptuado como idiota; no llega a expresarse, ni comprende lo que se le dice.

Señorita. — ¿Y los imbéciles?

Doctor. — Tienen ya una edad psíquica como la de un niño de más de 3 y menos de 7 años, aunque su edad real sea mayor. Estos niños pueden hablar y presentar normalmente desarrolladas las funciones psíquicas elementales como la memoria y la asociación, pero no hay nada de elaboración propia.

Señorita. — Entonces el grado más elevado de oligofrenia es la debilidad mental.

Doctor. — Usted lo ha dicho, señorita. El débil mental tiene una edad psíquica comprendida entre los 7 y los 12 años, con una edad cronológica superior. Aprende a leer y a escribir, pero se muestra retrasado en el aula, no se adapta al ritmo normal de la enseñanza.

Señorita. — ¿Y qué se puede hacer con esos niños repetidores, doctor?

Doctor. — Hacerles un tratamiento médico y psicopedagógico adecuado para cada caso.

Señorita. — Por eso ha de resultar muy gravoso para los padres y no todos están en condiciones de hacerlo.

Doctor. — Así es, señorita. Pero la Dirección General de Sanidad Escolar, por medio de las escuelas diferenciales, se ocupa del problema de esos niños. De la organización de dichas escuelas, del trabajo que en ellas realizan médicos, maestras, foniatras y profesoras, hablaremos en nuestro próximo espacio.

HABLA SANIDAD ESCOLAR (2ª parte)

Doctor. — En la audición pasada prometimos referirnos hoy al alcance de las escuelas diferenciales.

Señorita. — Sí, doctor. Lo recuerdo. Es un tema muy interesante por lo humanitario de la misión que en ellas se cumple, y lo útil y beneficioso de la obra que se realiza. Dígame, doctor, ¿solamente débiles mentales concurren a esas escuelas?

Doctor. — No, señorita. El alumnado de las escuelas diferenciales está constituído no sólo por niños con problemas de aprendizaje, sino también por alumnos de cociente intelectual normal, pero cuyos problemas de conducta hacen imposible su asistencia a las escuelas comunes.

Señorita. — ¿Las dificultades en el aprendizaje se debeu siempre a un bajo nivel mental, doctor?

Doctor. — La mayoría de las veces sí, señorita. Pero hay casos en que, a pesar de tener una inteligencia normal, por trastornos de la palabra o de la voz, esos niños no pueden concurrir a las escuelas comunes.

Señorita. — ¿Nos podría explicar, doctor, cuáles son las perturbaciones más frecuentes?

Doctor. — Las dislalias, o sea la deformación, omisión o sustitución de un sonido por otro.

Señorita. — ¿Entonces esos niños que dicen *cacha* en lugar de *casa* o *dosa* en lugar de *rosa*, por ejemplo, son dislálicos?

Doctor. — Así es, señorita. Se entiende que cuando siguen hablando de esa manera en la edad escolar, en que ha sido superada la etapa en que es normal que así se expresen, que es hasta los tres o cuatro años. Además concurren niños que padecen de rinolalias, es decir que dan a todos los sonidos resonancia nasal; de tartajeo, que consiste en un gran apresuramiento al hablar, con lo que los sonidos se entrechocan y resulta un lenguaje casi incomprensible; de tartamudez, etc.

Señorita. — ¿Qué se hace con ellos, doctor?

Doctor. — En cada escuela hay una maestra de reeducación vocal que es una profesional especializada en la corrección de todos esos defectos. Ella logra la mayoría de las veces la mejoría o la cura definitiva de esas perturbaciones.

Señorita. — ¿En esos establecimientos rigen los mismos horarios que en las escuelas comunes?

Doctor. — No, señorita. La tarea especializada que en ellos se cumple exige un horario especial de siete horas y media, que se cumple de 8 y 30 a 16 horas. Por la mañana se imparte la enseñanza de las materias denominadas instrumentales.

Señorita. — ¿Cuáles son, doctor?

Doctor. — Matemáticas, lenguaje y desenvolvimiento, que se imparten siguiendo métodos especiales. Toda la enseñanza es una serie graduada de dificultades y conocimientos que se van haciendo cada vez más complejos.

Señorita. — Por lo tanto también el material a utilizar deberá reunir condiciones apropiadas.

Doctor. — Efectivamente, es atractivo, variado, numeroso, y con él se trata de objetivar en lo posible el tema a tratar para hacerlo más y más comprensible. Toda la didáctica diferencial se inspira en la obra de la doctora María Montessori, del doctor Ovidio Decroly, de Piaget, que fueron los primeros que trabajaron en la educación de anormales.

Señorita. — Si tienen doble turno, ¿los niños almuerzan en la escuela?

Doctor. — No sólo almuerzan, sino que toman además en ella el desayuno y la merienda.

Señorita. — Y por la tarde, ¿qué hacen?

(*Continúa en la página* 32)

RESPIRACION ARTIFICIAL

LA respiración artificial es un mecanismo que se realiza en asfixiados en quienes es necesario excitar el centro respiratorio, para facilitar así la respiración normal. Es bien sabido que las maniobras que se realizan para efectuarla tienen por finalidad excitar el centro respiratorio bulbar, y repercutir sobre el centro cardíaco del bulbo raquídeo. Recordemos que la respiración y la circulación en el ser humano se hacen en forma automática; este automatismo que puede suspenderse —como en el caso de muerte aparente— puede ser recuperado por la respiración artificial prolijamente realizada, al excitar el centro respiratorio. Se han observado casos en que el paro cardíaco ha llegado hasta cinco minutos, y el paciente ha vuelto a respirar gracias a la respiración artificial.

En ahogados y asfixiados se han visto pacientes en que los latidos han reaparecido después de los quince o veinte minutos; pero en estos casos no ha ocurrido el paro cardíaco, sino que en realidad los latidos eran tan débiles que no ha sido posible percibirlos.

Medidas generales. — Antes de comenzar la respiración artificial, es necesario dejar libres las vías respiratorias, ya sea eliminando cuerpos extraños, mucosidades, o el agua tragada. Esto puede realizarse introduciendo los dedos libres o con una gasa, en la garganta y faringe; o bien, si se trata de un ahogado, colocándolo boca abajo y haciéndole compresión en el estómago, tomándolo con ambas manos a nivel de la cintura, y tratando de subirlo lo más posible del suelo, a fin de que elimine el agua de las vías aéreas superiores.

La boca debe mantenerse abierta con un instrumento cualquiera, que puede ser un trozo de goma, una madera, etc. La lengua debe mantenerse afuera, sobre todo cuando se trata de hacer maniobras con el paciente decúbito dorsal (boca arriba). Esto se puede conseguir tomándola con una pinza especial, o bien con un alfiler de gancho. Limpiar con una gasa las secreciones de las fosas nasales y faringe.

Métodos. — Hay infinidad de métodos que se utilizan para hacer la respiración artificial, entre los cuales se distinguen los métodos directos e indirectos. Dentro de éstos se encuentran las formas manuales y las mecánicas. La elección del método a utilizar se hará de acuerdo al tipo de asfixiado y al número de colaboradores que sepan efectuar la respiración artificial.

Respiración artificial Métodos:	Directo		Respiración boca a boca
	Indirectos	Manuales	Sylvester Schaefer Laborde Howard Poccini Schaefer-Nielsen Holger-Nielsen
		Mecánicos	Pulmotor Aparato de Cot

Método directo (respiración boca a boca). — Es un método muy poco usado; consiste en que el operador, con una mano ocluye las fosas nasales y apoya la otra sobre el estómago del asfixiado. Luego espira su aire en forma lenta y uniforme en la boca del paciente —interponiendo una gasa—; se separa luego por un instante para que el paciente pueda aspirar el aire introducido. Esta maniobra se repite rítmicamente por un espacio de tiempo necesario (Fig. 1).

Métodos indirectos. — Estos métodos pueden ser efectuados por el operador directamente (métodos manuales) o bien por medio de aparatos especiales (métodos mecánicos).

Métodos manuales. — Son numerosas las técnicas empleadas en este tipo de métodos. Se han descripto de acuerdo a sus autores, que han tenido en cuenta el tipo de asfixiado y la posición en que hay que poner al accidentado, ya sea decúbito dorsal (boca arriba) o decúbito ventral (boca abajo).

Sería muy largo e innecesario enumerar y describir todos los métodos; pero sí lo haremos en una forma breve y sencilla, con los más usuales y prácticos. Los métodos en que el paciente se coloca boca arriba son muy eficaces, pero tienen el inconveniente de que exigen la colaboración de dos o más operadores, pues es necesario al mismo tiempo que se practica la respiración artificial, que un ayudante le sostenga la lengua fuera de la cavidad bucal, pues el accidentado puede tragársela y hacer imposible las maniobras de salvamento.

Método de Sylvester. — De entre estos tipos el más corriente es el de Sylvester. Se procede de la siguiente manera:

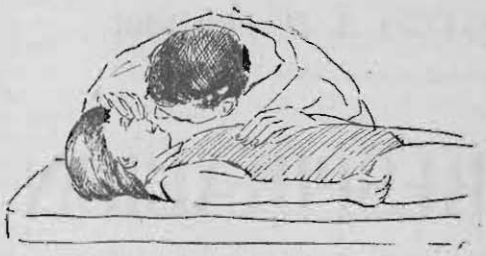


Fig. 1

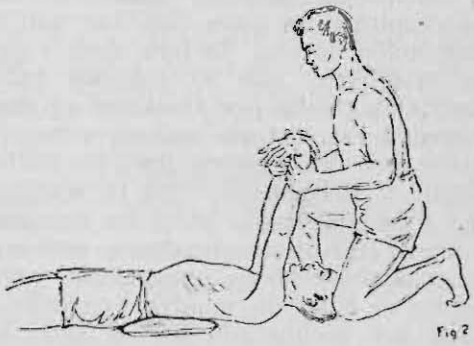


Fig. 2

Fig. 3

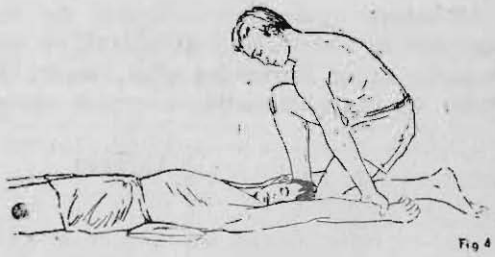


Fig. 4

1º) El paciente se pone acostado boca arriba, colocándole una almohada por debajo de la región dorsal, facilitándole así que el tórax se levante y la cabeza quede más baja, previniendo

de esta manera la obstrucción de las vías respiratorias.

2º) El operador se coloca detrás de la cabeza del paciente (Fig. 2).

3º) Técnica: Primer tiempo (espiración): Tomando el accidentado por ambas muñecas se flexionan los antebrazos sobre el tórax, haciendo fuerte compresión sobre éste. Esta maniobra debe durar dos segundos (Fig. 3).

Segundo tiempo (inspiración): Abrir los antebrazos en forma de semicírculo sobre la cabeza hasta extenderlos completamente (dos segundos) (Fig. 4).

Método de Schaefer (boca abajo). — Como medida previa antes de comenzar la respiración artificial, lo mismo que en los otros métodos, es necesario desobstruir las vías respiratorias. Colocar al paciente boca abajo, estirado, con las piernas entreabiertas, los brazos uno extendido hacia arriba de la cabeza y el otro flexionado en ángulo agudo, colocándolo debajo de la cabeza de manera que una de las mejillas apoye sobre el antebrazo. El operador debe colocarse arrodillado como cabalgando uno de los muslos del paciente (Fig. 5).

Primer tiempo (Espiración): Apoyando las palmas de las manos sobre ambos costados del tórax, a nivel de las últimas costillas, con el pulgar separado y los demás dedos siguiendo la dirección de las costillas, el operador se sienta sobre sus mismos talones, manteniendo los brazos estirados y firmes. Luego echa su cuerpo hacia adelante, ejerciendo una presión progresiva sobre la base del tórax, provocando así la espiración del paciente. Esta presión debe durar dos segundos y medio.

Segundo tiempo (Inspiración): Súbitamente se sueltan las manos dejándolas deslizar a lo largo del cuerpo del asfixiado, echándose el operador al

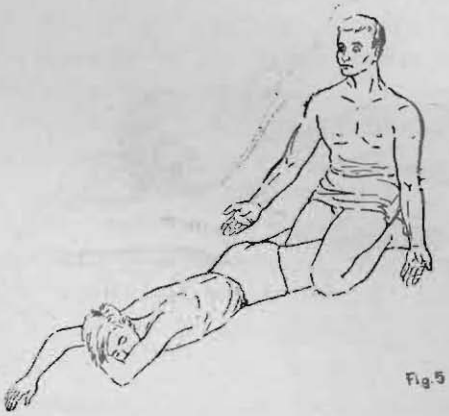


Fig. 5

Fig. 6

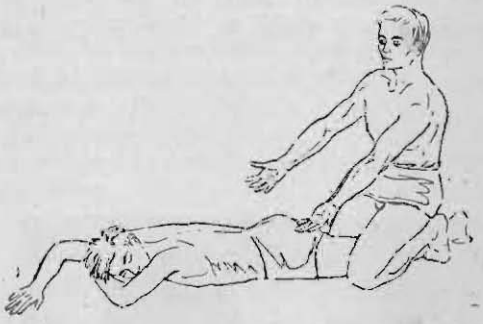


Fig. 7

mismo tiempo hacia atrás, hasta lograr sentarse sobre sus talones. Este espacio debe durar dos segundos.

La operación debe repetirse el tiempo necesario, a razón de doce a dieciséis ciclos por minuto, tratando de hacerlo en forma rítmica. En oportunidades es necesario realizar la respiración

Fig. 8

artificial durante varias horas, siendo necesario la colaboración de varios operadores que deben substituirse sin desorganizar el ritmo adquirido.

Método de Laborde. — En realidad no es propiamente dicho un método de respiración artificial, pues se trata simplemente de la tracción rítmica de la lengua que excita el nervio glosofaríngeo y por su intermedio el centro respiratorio bulbar.

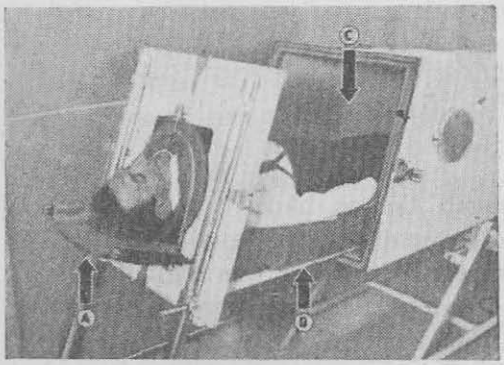
Es un método usual en las salas de operaciones y tiene la ventaja de que se puede asociar a cualquier otro método, siempre que se cuente con un ayudante que sepa realizarlo.

Procedimiento: manteniendo la boca abierta, tomar sólidamente la punta de la lengua, ya sea con una pinza especial o con la mano derecha provista de una gasa. Se tira la lengua afuera y luego, sin soltarla, se la deja volver dentro de la cavidad bucal, con un ritmo de catorce a dieciséis ciclos por minuto (Fig. 8).

Métodos mecánicos. — Los métodos mecánicos comprenden los aparatos destinados a reemplazar la forma manual de respiración artificial, cuando debe realizarse por un tiempo prolongado. Se han fabricado numerosos tipos de aparatos, siendo el más práctico el pulmotor, de gran utilidad en los puestos de salvamento instalados en las playas e instituciones de primeros auxilios.

El *pulmotor,* también llamado *pulmón de acero,* no es más que una caja neumática de madera o metal, donde se introduce el paciente dejando solamente la cabeza afuera. Dentro de esta caja se producen variaciones de presión, que provocan sobre la caja torácica compresiones que facilitan la inspiración. Estas diferencias de presión son producidas por una bomba conectada a la caja, que puede ser accionada a mano o eléctricamente, con un ritmo regulable de 12 a 16 movimientos por minuto.

El *aparato de Cot* es un pulmotor automático y portátil, al que se le adiciona un aparato inhalador de carbógeno (93 % de anhídrido carbónico y 7 % de oxígeno), que tiene la particularidad de excitar el centro respiratorio bulbar.



Un aspecto del pulmotor en el que puede apreciarse: A) la soliente para apoyar la cabeza; B) la camilla; C) el interior de la cámara neumática

¿ES ESTE SU PROBLEMA?

Una sección de orientación y guía para maestros, padres y alumnos. Diríjanos las preguntas que desee formular a: División Educación Sanitaria - Dirección General de Sanidad Escolar - Saavedra 15 - Capital Federal.

¿REQUIERE gasto de energías el trabajo mental?

Antes se creía que el trabajo mental al igual que el muscular, suponía un enorme gasto de energías, por lo que se consideraba necesario tomar considerables cantidades de alimentos. Pero los estudios más recientes han permitido determinar que ésto es un error y que los ejercicios mentales no tienen influencia directa sobre el metabolismo; y aunque la actividad mental sea intensa, no se acompaña de un considerable consumo de energía.

También es interesante hacer notar, ya que estamos en el tema, que la energía consumida por las vísceras para llevar a cabo su trabajo es asombrosamente pequeña. Así, se ha calculado que el trabajo que realizan los riñones para expeler un litro y medio de orina requiere el gasto de sólo tres cuartas partes de una caloría.

¿Cuál es la causa del ronquido al dormir? ¿Cómo puede evitarse?

El ronquido es un ruido desagradable y áspero que se origina cuando la corriente de aire que debe llegar a los pulmones con los movimientos respiratorios halla algún obstáculo en su camino. Normalmente, cuando respiramos, el aire debe penetrar por la nariz y circular libremente por ella. Pero a veces sucede que encuentra algún obstáculo en su camino y en vez de penetrar íntegramente por la nariz, lo hace total o parcialmente por la boca; así se originan los molestos ronquidos. Esto ocurre cuando una persona tiene pólipos nasales, vegetaciones adenoideas o desviación del tabique nasal; entonces el aire penetra en mayor o menor cantidad por la boca, y se establece entonces el conflicto: las dos corrientes de aire, la bucal y la nasal, pasan una por delante y otra por detrás de la úvula —vulgarmente conocida con el nombre de campanilla— y la hace vibrar. El resultado es el molesto ronquido.

De lo dicho, fácil será comprender que el tratamiento del ronquido, para que sea eficaz, deberá consistir en la eliminación de la causa que lo provoca, es decir, de la obstrucción nasal, si ésta existiera.

¿Cuáles son los beneficios de los rayos ultravioleta?

Los rayos ultravioleta, a los cuales se ha denominado también "sol artificial", ejercen una acción semejante a la de los rayos solares. Al igual que estos últimos, actúan sobre una sustancia que se encuentra por debajo de la piel, llamada ergosterol, y la transforman en ergosterina irradiada o vitamina D, indispensable para combatir el raquitismo y la descalcificación. En los casos en que no es posible disfrutar de

la acción directa de los rayos solares, los rayos ultravioleta prestan incalculables servicios. Además, ejercen una poderosa acción bactericida o desinfectante, haciendo imposible la vida de los microbios.

¿Qué es el metabolismo basal y con qué fines se calcula?

El organismo en estado de reposo absoluto necesita, para mantenerse con vida, un mínimo de combustiones internas. Este mínimo recibe el nombre de "metabolismo basal". Existen enfermedades, sobre todo las de naturaleza glandular, que alteran ese metabolismo, aumentándolo o disminuyéndolo. Con el objeto de estudiar mejor esos trastornos o de descubrir su existencia, se toma el metabolismo basal, para lo cual se utilizan aparatos especiales.

Desearía saber qué es un lipoma y qué origen tiene.

Se designa con el nombre de lipoma a un tumor de carácter benigno y que está constituído por un acúmulo de grasa. Generalmente es superficial, es decir, está situado inmediatamente por debajo de la piel, en el tejido celular subcutáneo. La grasa normal que entra en la constitución de este tipo de tumores se encuentra rodeada de una membrana o cápsula que la aisla completamente de los tejidos vecinos, por lo que se dice que son "encapsulados". Tienen, además, la particularidad de que son indoloros y de que crecen, crecimiento que puede continuar aunque el individuo adelgace. Sus sitios de elección corresponden a los lugares ricos en grasa como ser: la nuca, la espalda, el pecho, etc. En resumen, podemos decir que el lipoma es un tumor indoloro, circunscripto, blando, movible y que comienza por ser un pequeño nódulo que va creciendo lentamente hasta alcanzar, a veces, tamaños enormes sin dar lugar a mayores trastornos del organismo. Generalmente se desarrolla en la edad adulta y con mayor frecuencia en los artríticos. Algunos autores atribuyen su origen a roces o frotes repetidos y a contusiones reiteradas sobre una misma región; otros sostienen el origen nervioso de estos tumores. El tratamiento radical consiste en la extirpación quirúrgica del tumor, que se efectúa mediante una sencilla operación, dado el carácter superficial y encapsulado del mismo.

¿Qué concentración de vitamina A y D encierra el hígado de bacalao?

La concentración mínima en vitaminas A y D que por unidad debe contener el aceite de hígado de bacalao difiere en algunos países. Entre nosotros, a igual que en Inglaterra, la farmacopea dice que cada gramo deberá contener no menos de 600 unidades de vitamina A y 85 de vitamina D. Los norteamericanos elevan dichos guarismos a 850 unidades de vitamina A y 85 de vitamina D por gramo.

No estará de más señalar que actualmente existen preparados concentrados de dichas vitaminas que, además de asegurar una concentración elevadísima e invariable, suprimen el principal escollo a salvar cuando se da aceite de hígado de bacalao a los niños: su olor y sabor desagradable.

¿Qué es la sacarina?

La sacarina es un producto sintético extraído de la hulla, cuyo sabor dulce es casi trescientas veces superior al del azúcar común, característica que ha servido para endulzar los alimentos de los diabéticos, enfermos que, como es sabido, deben restringir los hidratos de carbono de su alimentación, por resultarle perjudiciales.

HEROES DE LA MEDICINA

PROFESOR DOCTOR LUIS AGOTE

1869 - 1954

REMEMORAR la obra de una de las grandes personalidades médicas de nuestro tiempo, ofrece material para nutridas páginas en las que podrían documentarse mil y un incidentes de su vida diaria de médico y profesor, investigador incansable, ágil escritor, así como de su destacada actuación pública orientada siempre en provecho de la comunidad.

Pero nuestra intención es la de rendir con esta breve nota biográfica, el merecido homenaje al hombre de ciencia que, con su esfuerzo y su tenaz dedicación hizo posible hacer desaparecer los peligros de la transfusión sanguínea, gracias a su método práctico para evitar la pronta coagulación que caracteriza a ese vital elemento.

Comienza la existencia de este ilustre médico contemporáneo el 22 de setiembre de 1868, en Buenos Aires. Cursa sus primeros estudios en esta Capital, y en 1887 llega a la Facultad de Ciencias Médicas donde recorre, brillantemente, las etapas comunes de la carrera médica. Así, en 1893, publica su tesis "Hepatitis supuradas".

A partir de entonces es muy proficua su obra como profesor de clínica médica, su actuación en congresos de Medicina e Higiene, así como sus publicaciones que se suceden con ritmo constante. Paralelamente, ocupa altos cargos públicos, desde los cuales ha demostrado ser un hombre de inquietudes progresistas.

A su intervención se debe la creación, en 1914, del Instituto Modelo de Clínica Médica del Hospital Rawson, anexado como centro de estudios a la Facultad, cuya dirección ejerció desde el momento de su inauguración, y donde tuvieron comienzo sus primeras investigaciones tendientes a lograr un método práctico para la transfusión sanguínea.

Su principal preocupación estuvo en hallar la forma de hacer incoagulable la sangre "in vitro", sin que se alteren sus elementos vitales para poder inyectarla en los vasos. Basado en la propiedad del citrato de sodio de impedir la coagulación de la albúmina del

huevo, y considerando que la sangre es también un albuminoide, realiza sus ensayos que son coronados con el más franco de los éxitos al depositar en la caja fuerte del Instituto Modelo un frasco de sangre a la que ha agregado citrato, y comprobar, quince días más tarde, que mantiene su fluidez. Esa es la piedra angular de las investigaciones que se suceden entonces con ritmo febril y en las que colaboran particularmente el doctor Emilio Lorentz y el doctor Imaz Appathie. Se comenta que el propio profesor Agote soportó en repetidas oportunidades la inyección endovenosa de grandes dosis de citrato de sodio para demostrar su inocuidad. Así, el 9 de noviembre de 1914, se efectuó, por primera vez en el mundo, la transfusión de sangre estabilizada con citrato de sodio en un ser humano. Método éste que, luego de las infaltables polémicas que surgieron acerca de su prioridad, le fué reconocido en el mundo entero al doctor Agote.

La difusión de este método alcanzó amplias proporciones en el mundo entero, y millares de heridos de la primera guerra mundial recibieron los beneficios del nuevo procedimiento; se recuerda que en una visita que le hiciera al profesor Agote un médico francés talla, le aseguró que en uno solo de ellos se practicaron más de seis mil transfusiones de sangre citratada, con perfecta tolerancia.

Su retiro de la cátedra se produce en el año 1929, y ello da oportunidad a innumerables homenajes que se le rinden a su personalidad científica, que siempre estuvo rodeada de singular modestia.

En el año 1954 (12 de noviembre) ocurre su deceso. Tal como era, se lo sigue recordando con cariño y admiración, en los círculos científicos del mundo entero. Por eso hemos querido dedicarle hoy estas breves líneas que concretan nuestro homenaje a su vida y a su obra.

Audiciones Radiales de Divulgación Sanitaria

(*Viene de la página* 24)

Doctor. — Por la tarde, con otras profesoras, se dedican a las manualidades. Muchos de estos niños tienen ciertas dificultades de movimientos, siéndoles muy beneficiosos los ejercicios manuales. En general esta actividad les encanta a los niños y además obra como sedante y los prepara para desenvolverse mejor en la vida.

Señorita. — Claro, pues mediante ella adquieren la habilidad que en el mañana podrán aplicar en algún oficio. ¿Y qué manualidades se les hace ejecutar, doctor?

Doctor. — Hay varios gabinetes, desde el pre-taller para los que recién se inician y donde se realizan trabajos sencillos de recortado, dibujo, picado y modelado, hasta los bien organizados talleres de juguetería y arte decorativo, de encuadernación, de carpintería, mimbrería y cepillería.

Señorita. — Realmente, doctor, a cada alumno se le brinda una atención integral.

Doctor. — Así es, señorita. Cada alumno tiene un legajo personal, que se archiva en el gabinete psicopedagógico de la escuela. En él figuran los datos del niño, su ficha médica, que llena el médico del establecimiento, el estudio psicopedagógico realizado por la maestra de gabinete, quien le toma los distintos tests para comprobar así su nivel mental y su nivel motor, y poner de manifiesto fallas para luego insistir sobre ellas en toda la enseñanza.

Señorita. — ¡Qué interesante, doctor, y qué completo!

Doctor. — Además se consigna también la encuesta psicológica realizada a los padres del niño con el fin de aclarar aspectos de comportamiento del hijo. Las asistentes sociales visitan los hogares de los alumnos y el informe queda también en el legajo. En él figura finalmente la ficha de evolución, en la cual se anotan los cambios observados en el alumno, sus adelantos o retrocesos.

Señorita. — A través de todo lo que usted nos dice, acerca de ese legajo individual y de la obra toda de las escuelas diferenciales, se aprecia la labor de equipo que cumple el personal de las mismas.

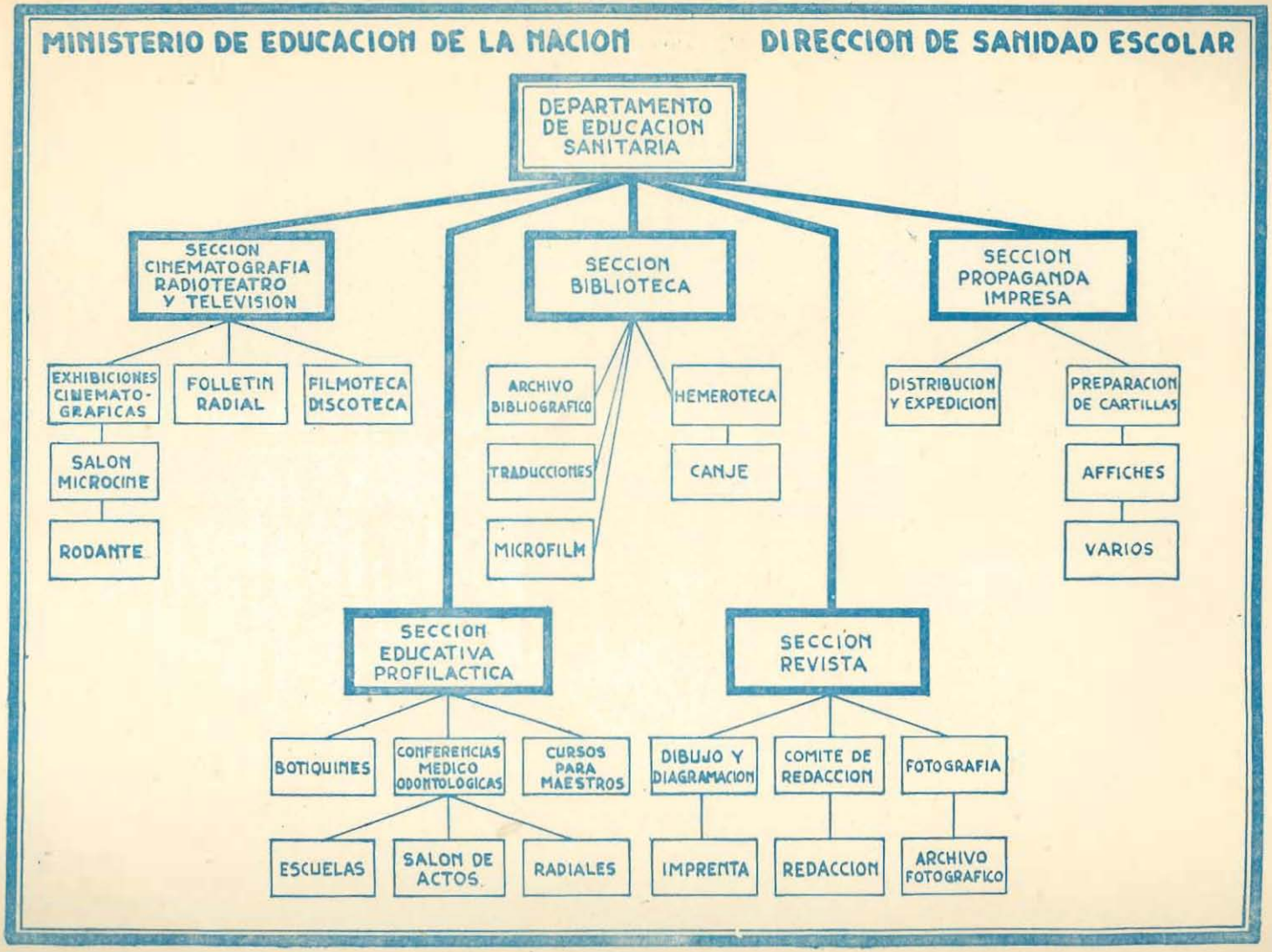
Doctor. — Así es, y en esa labor común radica precisamente el secreto del triunfo, por la correlación de trabajo entre las maestras de ambos turnos y la labor conjunta de la foniatra, la profesora de psicomotricidad, el médico, el kinesiólogo, la asistente social, la maestra de gabinete y la secretaria técnica.

Señorita. — Todo ese personal dedica sus mejores esfuerzos para la rehabilitación total y absoluta de los niños que concurren a las escuelas diferenciales y su triunfo máximo es permitirles volver a la escuela común en las mismas condiciones que cualquier niño normal.

Doctor. — Y el éxito que obtienen, premia sus afanes y estimula su futura labor.

Señorita. — ¿De dónde depende esa vasta organización de las escuelas diferenciales?

Doctor. — De la Dirección General de Sanidad Escolar del Ministerio de Educación, que también dirige otros establecimientos especializados como los que imparten la educación de niños sordomudos.


MINISTERIO DE EDUCACION DE LA NACION
DIRECCION DE SANIDAD ESCOLAR
DEPARTAMENTO DE EDUCACION SANITARIA
SECCION CINEMATOGRAFIA RADIOTEATRO Y TELEVISION
SECCION BIBLIOTECA
SECCION PROPAGANDA IMPRESA
EXHIBICIONES CINEMATO-GRAFICAS
FOLLETIN RADIAL
FILMOTECA DISCOTECA
SALON MICROCINE
RODANTE
ARCHIVO BIBLIOGRAFICO
HEMEROTECA
TRADUCCIONES
CANJE
MICROFILM
DISTRIBUCION Y EXPEDICION
PREPARACION DE CARTILLAS
AFFICHES
VARIOS
SECCION EDUCATIVA PROFILACTICA
SECCION REVISTA
BOTIQUINES
CONFERENCIAS MEDICO ODONTOLOGICAS
CURSOS PARA MAESTROS
DIBUJO Y DIAGRAMACION
COMITE DE REDACCION
FOTOGRAFIA
ESCUELAS
SALON DE ACTOS
RADIALES
IMPRENTA
REDACCION
ARCHIVO FOTOGRAFICO

TALLERES GRAFICOS DEL
MINISTERIO DE EDUCACION
20.000-5|955