I-2786

MINISTERIO DE EDUCACION Y JUSTICIA
DIRECCION NACIONAL DE SANIDAD ESCOLAR

ESCUELA JUAN LARREA - N.° 2 D.E. 2° LAPRIDA 1235 - BIBLIOTECA

REVISTA DE SANIDAD ESCOLAR

AÑO 4 - Nº 8

Enero de 1960

00157753

MINISTRO DE EDUCACION Y JUSTICIA
Dr. LUIS R. MAC'KAY

DIRECTOR NACIONAL DE SANIDAD ESCOLAR
Dr. ANGEL S. ARDAIZ

SUBDIRECTOR NACIONAL DE SANIDAD ESCOLAR
Dr. RAUL H. ITURRIOZ

Director de la "Revista de Sanidad Escolar": Dr. HECTOR J. MOLLARD
Jefe de Redacción: Dr. MARIO CACERES BERTODANO

COMITE DE REDACCION

Prof. Dr. Eduardo E. Casterán
Dr. Carlos A. Corominas
Dr. Mariano Etchegaray
Dr. Julio César Giordano
Dr. Alberto L. Merani
Dr. Ignacio A. Varela
Dr. Diego León Perazzo
Dr. J. A. Ganduglia Pirovano
Dr. Efraín Laurnagaray Urquiza
Dr. Jorge A. Machado
Prof. Dr. Carlos A. Marchese
Dr. Raimundo A. Tártari
Dr. Alberto Urribarri
Dr. Alfredo C. Vidal Freyre
Dr. Alberto Furze
Dr. Jasé A. Mancusi

REVISTA DE SANIDAD ESCOLAR

Publicación Autorizada por Expte. Nº 64.933/52

AÑO IV | Enero de 1960 | Nº 8

ACOTACIONES REFERENTES A LAS VACUNACIONES MAS COMUNES

Por el

Dr. ALBERTO URRIBARRI

JEFE DE LA DIVISION PROFILAXIS
DE LA DIRECCION NACIONAL DE SANIDAD ESCOLAR

Generalidades:

EN general todas las vacunas inyectables requieren tres estímulos para vacunar. Comúnmente se hacen con una separación de un mes entre cada estímulo. Cuando circunstancias especiales exigen vacunar en el tiempo más breve posible, puede hacerse el segundo estímulo a los 22 días de haber hecho el primero, y el tercero a los ocho días del segundo, pero en este caso debe usarse vacuna fluída y no la floculada. La revacunación se hace con sólo un estímulo, la primera al año de haber vacunado, la segunda a los dos años de la primera y luego cada tres años.

La asociación de varias vacunas es una técnica frecuente. Una de las primeras vacunas asociadas que se aplicó fué la mezcla de "antitífica, antiparatífica A- antiparatífica B". Después se fué generalizando la denominada comúnmente "triple": "antidiftérica - antitetánica - anticoqueluchosa". En la actualidad comienzan ya a usarse asociaciones "cuádruples" "antidiftérica - antitetánica - anticoqueluchosa - antitísica", y ahora se está haciendo la "antidiftérica - antitetánica - anticoqueluchosa - antipoliomielítica". Las vacunas asociadas, como ya lo demostró Ramón, no sólo no ocasionan inconvenientes mayores, que cuando se las hace separadamente, sino que además potencian su poder inmunizante. Debe tenerse especialmente en cuenta la necesidad de practicar revacunaciones periódicas, para mantener, la protección, en las vacunaciones hechas con toxoides y gérmenes. Las hechas con virus —como la antipoliomielítica—, parecen dar inmunidad más duradera.

En este trabajo se utiliza la palabra vacunar para expresar la intención de inmunizar activamente. Se utiliza también indistintamente toxoide o anatoxina por ser sinónimos.

VACUNACION ANTIVARIOLICA

Esta vacunación es obligatoria por la Ley 4202, promulgada en el año 1903.

Existe un único procedimiento oficial

para su aplicación, el "método percutáneo por multipresiones".

Material:

Virus de la infección pustulosa de las terneras. La vacuna se consigue en dos formas: glicerina y liofilizada.

Instrumental:

Aguja común o instrumento similar.

Sitio:

Exclusivo, el brazo, (1) en la unión del tercio superior con el tercio medio, cara externa (vértice de la región deltoidea).

Edad:

Se vacunará, si hay epidemia, en la 2ª semana de vida, y si no hay, entre los 9 y 12 meses de edad (2)

Si la reacción es nula, se revacunará a los 10 días y si la reacción es exitosa, se revacunará a los 3 años.

Preparación:

Piel limpia, si no lo está, lavarla con agua y jabón, sin producir irritación en la misma.

(1) *El muslo está proscripto por las razones siguientes:*

a) Más expuesto al medio exterior y por ende mayor riesgo de infección.

b) Más expuesto a la maceración.

c) Más expuesto a los accidentes.

d) Más expuesto a fenómenos congestivos: por razones anatómicas (vasos), por razones fisiológicas (actividad muscular).

e) Más expuesto a la ruptura de la vesícula y, por ende, a la contaminación con tierra lo que presupone mayor posibilidad de una de las dos más temibles complicaciones, el tétano.

f) Como consecuencia de la mayor actividad muscular y tendencia a los fenómenos congestivos favorece el aumento de posibilidades de la encefalitis.

(2) *La vacunación tardía da mayor porcentaje de encefalitis y mielitis en los controles estadísticos.*

Aseptisar con acetona, o con acetona-alcohol en partes iguales o con alcohol, (enumeración por orden preferencial), que se dejará evaporar totalmente antes de depositar la linfa.

Inoculación:

Se deposita una gota de linfa y a través de ella se hacen presiones tangenciales con un ligero arrastre, en número de 10 a 20, en una zona de aproximadamente 3 milímetros de diámetro.

Cuidados inmediatos:

Dejar secar la linfa (10 a 15 minutos). No colocar vendaje. Evitar presiones de la ropa en el sitio inoculado. Evitar la acción de los rayos solares, sobre la zona inoculada, y la persona, durante y después de la vacunación.

Cuidados durante la evolución:

Evitar todo factor de irritación o de maceración. Evitar el rascado y la contaminación con tierra o elementos infectados.

Conservación de la vacuna:

Debe tenerse en cuenta que los rayos solares y el calor la inutilizan. Para conservarla prolongadamente debe colocarse en una cámara de 15º Cº. En la congeladora de una heladera eléctrica familiar puede ser conservada, durante tres semanas y en una heladera sin cámara durante una semana.

Lectura del resultado:

Ultimamente con el fin de simplificar la calificación se valoran tres resultados a saber: 1º Reacción nula, 2º Reacción de revacunación, 3º Reacción vaccinal.

Reacción nula: Cuando el inoculado no acusa ninguna reacción.

Reacción de revacunación: Cuando presenta una pápula o vesícula antes del 6º día de inoculado.

Reacción vaccinal: Cuando la reacción se presenta después del 6º día de inoculado.

La reacción de revacunación hace su evolución en 10 u 11 días aproximadamente y la reacción vaccinal evoluciona en 20 a 22 días aproximadamente.

Validez de los certificados:

Cuando se procede a considerar los certificados para resolver si debe o no practicarse la revacunación, se hará en la forma siguiente:

1) Certificado que establezca la fecha de inoculación, pero sin consignar resultado, carece de validez y debe revacunarse.
2) Certificado consignando "reacción nula" o "sin reacción" debe revacunarse, si han pasado diez días de la inoculación.
3) Certificado consignando "Reacción vaccinal", "Reacción de revacunación", no debe revacunarse hasta pasados tres años de la inoculación.

Resultado:

Excelente protección contra la viruela y el alastrín.

Cabe señalar que toda inoculación debe producir la reacción vaccinal o de revacunación; si tal no ocurre, se ha trabajado con mala linfa o con defecto de técnica. En este caso debe revacunarse, diez días después, con otra linfa que de seguridades de su poder antigénico.

Deben investigarse las condiciones de conservación de la linfa a utilizar.

VACUNACION ANTIDIFTERICA

Esta vacunación es obligatoria por Ley 12.670, promulgada en el año 1941.

Material: Toxoide simple o toxoide activado (precipitado con hidrato de alúmina. (1)

Instrumental:

Jeringa y aguja común para inyectar.

Sitio:

Región interescapular o subescapular, si es toxoide precipitado. Si es toxoide simple, puede hacerse en otro sitio.

Edad:

Puede inocularse a partir de los tres meses y la ley obliga a hacerla a partir de los seis.

Preparación:

Aseptizar la piel en las condiciones habituales.

Inoculación:

Agitar bien la ampolla o frasco, cargar rápidamente o inyectar de inmediato.

Cuidados:

Si la inyección produce intenso dolor, pueden aplicarse fomentos fríos en el sitio de inoculación, y pasadas 24 horas, si persisten las molestias, puede suministrarse ácido acetil-salicílico, a las dosis correspondientes a la edad del vacunado. Esta práctica puede seguirse con todas las vacunas floculadas, que al inyectarse originen "un depósito".

(1) *El valor del toxoide diftérico se mide* con L. F. (Substractum específico).
Se considera que 30 L. F. es una buena dosis vacunante. En general las vacunas suelen tener 30 L. F. por centímetro cúbico.

Dosis para vacunar:

La vacunación comprende tres estímulos, separados entre sí por un mes, el 1º de medio cc. y los otros dos de 1 cc. Cuando por motivos epidémicos sea necesario acelerar la vacunación, debe usarse el toxoide simple y abreviar los lapsos haciendo el 2º estímulo a los 22 días del primero, y el tercero a los 8 del 2º.

Cuando se utilice el toxoide floculado, los plazos entre los estímulos no podrán ser inferiores a un mes.

Para revacunar:

Revacunar al año de la vacunación; la segunda revacunación a los dos años de la primera y después, revacunar cada tres años hasta cumplir los 13 de edad. La revacunación se hará con un solo estímulo de 1 cc. tanto si se utiliza el toxoide simple como el floculado.

Vía:

Subcutánea exclusivamente si se emplea el toxoide floculado. Con el toxoide simple puede utilizarse la vía intramuscular.

Validez de los certificados:

Debe tenerse en cuenta que el vacunado debe tener tres estímulos, que la primera revacunación debe hacerse al año, la segunda dos años después y las subsiguientes cada tres años.

Control:

Puede controlarse la inmunidad obtenida con la reacción de Schick. que es capaz de detectar 1/30 de unidad antitóxica por cada cc. de suero. También puede dosarse el tenor inmunitario del suero.

Conservación:

2º a 5º C. (último estante de la heladera común).

Resultados:

Son excelentes si se vacuna con tres estímulos; si se revacuna por primera vez un año, una segunda revacunación a los dos años de la primera y luego cada tres años.

La difteria es una enfermedad que puede controlarse perfectamente y llegar a ser una descripción histórica, si se vacuna bien, sistemáticamente.

VACUNACION ANTIPOLIOMIELITICA

Material:

Vacuna polivalente (virus 1, 2 y 3) con gérmenes muertos, inyectable, conocida por "Vacuna Salk".

Las vacunas con gérmenes vivos por vía oral, recién comienzan a ser utilizadas. Es probable que en el futuro sean utilizadas sistemáticamente en la revacunación, para consolidar los efectos obtenidos con la vacunación, para consolidar los efectos obtenidos con la vacunación con tres dosis de vacuna inyectable de virus muertos, si se obtienen cepas con buena capacidad antigénica, que estén definitiva y seguramente dominadas en su poder patógeno.

Instrumental:

Jeringa y aguja comunes para inyectar.

Sitio y vía:

En el brazo, tercio superior o en la unión del tercio superior con el medio. Aplicación subcutánea.

Edad:

A partir de los tres meses.

Preparación:

Aseptizar la piel en la forma habitual.

Dosis:

Hasta ahora se hacen tres estímulos de 1 cc. El segundo, pasado el mes del primero y el tercero, pasados seis meses de aplicado el segundo.

Actualmente existe la tendencia a hacer en los niños los tres estímulos separados por plazos de un mes entre cada uno de ellos, método que ya se aplica en la vacunación de las embarazadas.

Cuidados:

Es seguràmente la vacuna con menos efectos secundarios, de todas las que utilizamos.

Revacunación:

El concepto actual es realizar la revacunación con virus vivos por vía oral. No deben utilizarse, sistemáticamente, hasta que se esté seguro de su inocuidad.

En los países en que todavía no se dispone de la vacuna oral de virus vivos, existe la tendencia entre los médicos particulares, a revacunar con la de virus muertos, tipo Salk. En este caso la técnica aconsejable es revacunar al año de efectuada la vacunación. La revacunación con virus vivos, pone a cubierto de la adquisición de las infecciones naturales inaparentes y será preferible cuando sea segura.

Resultados:

No existe todavía acuerdo absoluto con referencia a la duración de la inmunidad obtenida con tres estímulos.

Controlados los vacunados con vacunas tipo Salk, se comprueban aglutininas específicas para los virus tipo 1, 2 y 3 con títulos variables para cada uno de ellos. Todos los vacunados, con las 3 dosis, presentan anticuerpos para los tres tipos de virus, en el 100 % de los casos.

Embarazadas:

Las embarazadas primerizas, o multíparas que no hayan sido vacunadas con anterioridad, deben vacunarse en el 2º, 3º y 4º mes si hay epidemia, y si no la hay a los 6, 7 y 8 meses. En los embarazos subsiguientes deberán revacunarse en el 8º y 9º mes con un estímulo único. Procediendo así, los recién nacidos tienen una protección *temporal*, trasmitida por la madre a través de la placenta.

Enfermos:

Los atacados de poliomielitis deben vacunarse para obtener protección contra los otros dos tipos de virus.

Operaciones:

Los niños que deban ser operados y siempre que la intervención no sea de urgencia, deberán tener las tres dosis de vacuna Salk, aplicadas antes de hacerlo. Este mismo criterio debe sustentarse con la vacunación antitetánica, para evitar el tétano quirúrgico.

Contraindicaciones:

Niños febriles o con enfermedades agudas, con episodios agudos de enfermedades crónicas, recientemente operados, traumatizados, quemados o convalecientes de enfermedades infecciosas.

Conservación:

En la heladera entre 2 y 5º C.

VACUNA ANTITUBERCULOSA

Material:

Bacilos tuberculosos bovinos vivos y atenuados.

Instrumental:

Jeringa y aguja del tipo de las utilizadas con la tuberculina, cuando se hace por inyección.

Sitio:

En la vía subcutánea e intradérmica suele aplicarse en el antebrazo.

La vía con menos efectos secundarios y que cada día gana más adeptos es la oral.

Indicaciones:

Para algunos, en los reción nacidos durante los primeros días de vida y en todo anérgico que viva en ambiente sano. Para otros no es necesario investigar la alergia, ya que la vacunación concurrente ha evidenciado que no existe ningún peligro, en vacunar aún los infectados. Quienes así opinan usan exclusivamente, la vía oral.

Vía y dosis: Por vía oral:

Se suministran 100, 200 ó 300 mg., según se trate de lactantes, niños o adultos. En el recién nacido se indican 100 mg. reiterados tres veces, generalmente entre 3º, 5º y 7º día de vida. Luego revacunar a los 3 y 6 años de edad. Algunos autores sostienen la conveniencia de revacunar de cada tres años hasta llegar a los 21 de edad (1).

Por vía intradérmica:

0,10 a 0,15 mgs. de bacterias B.C.G. suspensión al 1/10 en solución salina fisiológica, inyectados en un habón. Se hace, comúnmente, en la cara anterior del antebrazo. (2)

Por vía subcutánea:

Se inyecta 1 cc. de una suspensión de B.C.G. 1/50, en solución salina fisiológica, repitiendo la dosis a las 48 horas. (3)

Esta vía está casi abandonada en la actualidad.

Por vía combinadas:

Epidemiólogos autorizados sostienen la conveniencia de hacer la primovacunación por vía intradérmica y luego las revacunaciones por vía oral. Este criterio resulta efectivo y acertado. Usar 200 mgs., por vía oral, para vacunar y revacunar, es la tendencia actual.

Preparación:

Cuando se recurre a la vía inyectable, la aseptización de la piel se hace en las condiciones habituales.

Cuando se hace por vía oral, el individuo deberá estar en ayunas o cuatro horas después de haber comido y no deberá ingerir alimentos hasta pasadas tres horas de la vacunación, no debiendo ser forzado a ingerirlo, para que no vaya a pulmón.

Resultados:

Buena protección contra la tuberculosis.

Otros beneficios del B.C.G.:

a) Usada la vacuna por vía oral como desensibilizante de los hiperérgicos a la tuberculina.

(1) *El Instituto Nacional de Microbiología fabrica ampollas de 1 cc. con 100 mgs. de B.C.G.*

(2) *El Instituto Nacional de Microbiología fabrica ampollas de 1 cc. (10 dosis vacunantes) con 1,5 mgs. de B.C.G. (cada 0,1 cc., tiene 0,15 mgs.).*

(3) *El Instituto Nacional de Microbiología fabrica ampollas de 1 cc. conteniendo 0,02 mgs. de bacterias B.C.G. suspendidas.*

b) Para convertir los leprominos negativos en leprominos positivos (Vacunación indirecta o cruzada para el mal de Hansen).

Conservación de la vacuna:

La vacuna debe ser utilizada dentro de los diez días de su salida del laboratorio y conservada entre 2º 5º C.

VACUNACION ANTITETANICA

Material:

Toxoide simple o toxoide precipitado con alumbre.

Instrumental:

Jeringa y aguja común de inyectar.

Edad:

Esta vacuna se limitaba hasta ahora, a las personas particularmente expuestas, o a los que se sabía sensibles al suero de caballo en las cuales no podría utilizarse, llegado el caso, la inmunización pasiva con suero antitetánico, ante heridas sospechosas o la presentación de la enfermedad.

Las vacunaciones colectivas solo se practicaban a los soldados especialmente en tiempo de guerra. Actualmente se está convirtiendo en una vacunación común de los niños, pues es uno de los componentes de las vacunas asociadas generalmente denominadas "triples".

Puede vacunarse a partir de los tres meses.

Preparación:

Aseptizar la piel en forma habitual.

Métodos:

Tres estímulos, en inyección subcutánea, si es toxoide floculado, o intramuscular profunda si es toxoide simple-, separados entre sí por un mes, cuando se vacuna sin apuro. Si las circunstancias aconsejan acelerar la vacunación, puede hacerse el segundo estímulo pasada tres semanas del 1º al 3º, pasada una semana de aplicado el 2º, debiendo entonces usar el toxoide simple.

Dosis:

Se hacen quince unidades antitóxicas en el primer estímulo y treinta en cada uno de los dos estímulos siguientes. Treinta unidades, como estímulo único, cuando se revacuna. En los lactantes suelen hacerse 10 U.A. en el 1er. estímulo y 20 U.A. en los otros dos estímulos. En la revacunación 30 U.A.

Resultados:

Una respuesta no inferior 1/50 de unidad antitóxica por centímetros cúbico de suero sanguíneo, si la vacuna tiene una buena concentración del substractum específico.

Revacunación:

La primera revacunación debe hacerse al año, la segunda a los dos años de la primera y luego cada tres años.

Conveniencia:

Debe difundirse en escuelas especialmente las rurales y entre los agricultores, ganaderos, jardineros, carreros, caballerizos, vareadores, esgrimistas, golfistas.

Conservación de la vacuna:

Debe ser mantenida refrigerada entre 2º y 5º C.

VACUNA ANTICOQUELUCHOSA

Material:

Cultivo de Haemophilus Pertusis, vi-

rulentos, aislados recientemente, adicionados con fenol.

O, toxoide de Haemophilus Pertussis.

O, mezcla de toxoide y cultivos virulentos.

O, mezcla de toxoide con gérmenes muertos.

O, cultivos de Hemophilus Esterelis.

Hasta hace poco se utilizaba de preferencia, la vacuna nombrada en primer término y ahora se tiende a utilizar la nominada al final, a la que se agregan Parapertussis.

Instrumental:

Jeringa y aguja comunes de inyectar.

Sitio y vía:

En la región deltoidea, la inyección subcutánea o en la glútea en inyección intramuscular.

Edad:

Vacunar a partir de los 3 meses. Revacunar al año con un estímulo, después a los dos años y luego cada tres años, siempre con un solo estímulo.

Método:

Para vacunar: 3 estímulos separados por un mes entre cada uno de ellos. La 1ª dosis deberá llevar no menos de 50 millones de gérmenes y las subsiguientes no menos de 100 millones.

Para revacunar: Un estímulo único con no menos de 100 millones de gérmenes.

Cuando se usa toxoide, cada estímulo será de 1 cc. Cuando se usa mezcla de toxoide y cultivos (sean éstos de gérmenes vivos o muertos) la pauta estará dada por el número de gérmenes.

Embarazadas:

En las madres en ciernes, que no hayan padecido la enfermedad, vacunando la embarazada en el 7º, 8º y 9º mes, se obtiene una buena inmunidad pasiva para el niño durante los primeros meses de su vida. En caso de epidemia es aconsejable la vacunación de toda mujer embarazada.

Resultados:

Aglutininas 1/300, como mínimo, si la vacuna es efectiva.

Reacción de Strean negativa, si se ha usado toxoide.

Comprobación de aglutininas y de la reacción de Strean si se ha usado mezcla de gérmenes-toxoide.

Advertencia:

No debe exponerse al contagio al vacunado, antes de pasada una semana de finalizada la vacunación por no hallarse hasta entonces suficientemente protegido.

Conservación de la vacuna:

Debe ser mantenida en refrigeradora entre 2º y 5º C.

VACUNAS ASOCIADAS

La inmunización con vacunas asociadas constituye uno de los grandes progresos de la profilaxis específica. Existan las llamadas vacunas simples y las activadas. Las simples son mezcla de dos, tres, cuatro o más antígenos específicos y las activadas son las mismas mezclas adicionadas con aluminio Estas últimas suelen llamarse también: floruladas, precipitadas o absorbidas. Se agrega aluminio para lograr que la absorción sea más lenta, basándose en que en la inmunidad natural, la vacuna es más efectiva, cuando más largo es el período del "estado de afección vacunante". Puede también obtenerse el mismo efecto con protamina.

Las vacunas asociadas activadas provocan pequeños nódulos que evolucionan en 3 ó 4 semanas y en algunos casos más. Esta es una de las razones por la cual debe utilizarse la vía subcutánea para la aplicación de las vacunas activadas.

Ramón fué el iniciador de las vacunaciones asociadas. Los estudios de otros investigadores que le sucedieron vinieron a echar por tierra la llamada "Teoría unicista" e hizo triunfar la hipótesis denominada "Teoría pluralista", pues se puso en evidencia que el organismo era capaz de producir anticuerpos específicos para distintos antígenos inoculados conjuntamente. Más adelante se probó lo mismo para los estímulos sucesivos diferentes, realizados en un mismo día o en subsiguientes.

Es por esta comprobaciones que se pueden aplicar vacunas juntas o una a continuación de otra. No conviene, sin embargo, hacer conjuntamente vacunas con gérmenes vivos, por ejemplo: antivariólica con B.C.G. o antivariólica con anticoqueluchosa con H. P. activos. En los vacunados con antirrábica, no debe hacerse la vacuna antivariólica hasta pasados 10 o 12 meses de finalizada la primera, ni, otro tipo de vacuna con virus vivos.

VACUNA ASOCIADA TRIPLE: ANTITIFICA ANTIPARATIFICA: A y B *(Ti-Pa-Pb)*

Material:

Gérmenes muertos por el calor a 50 C. durante una hora. Se le agrega fenol al 0,50 por ciento o tricresol al 0,30 por ciento para su conservación. Polivalente con Salmonella Tiphy u Balmonella parathiphy: A y B.

Vía:

Habitualmente se hace por inyección, vía que da mayor seguridad de obtener la inmunidad que se busca; pero también existen grageas y ampollas bebibles, para la práctica de la vacunación oral.

Instrumental:

Cuando se hace por vía paraenteral, aguja y jeringa común de inyectar.

Preparación:

Aseptización habitual de la piel.

Sitio:

Región interescapular, brazo o muslo, subcutánea. Puede hacerse intramuscular, profunda, en la región deltoidea o glútea.

Edad:

En los medios endémicos o en los que no haya servicios generales de tratamientos higiénicos del agua, debe hacerse en edad temprana. Se aconseja vacunar a partir de los 3 meses, especialmente si el medio es expuesto y el niño se alimenta artificialmente, debiendo, por consiguiente, utilizar el agua en las diluciones de la leche y en la limpieza de los biberones.

Métodos: Por inyección.

Para vacunar: 1º estímulo de 3/30 de cc. Pasados 21 días el 2º estímulo de 1/2 cc. y, transcurridos 7 días, el 3º estímulo de 7/10 de cc. Si no se dispone de jeringa graduada en décimas, aplicar 1/4, 1/2 y 3/4 de cc.

Para revacunar: Se usará un estímulo único de 1 cc.

Por boca: Tanto para vacunar como para revacunar, ingerir una ampolla bebible o una gragea, durante 3 días se-

guidos. Ya sea que se utilice ampolla o grageas, 1/2 hora antes de ingerirla, deberá tomarse 1 gr. de bilis de buey (1 o 2 grageas de las que circulan en el comercio, dosificadas a 1 gr. o 0,50 grs.). La vacuna inyectable da protección más efectiva.

Revacunación:

Si se utiliza la vía inyectable, debe revacunarse al año, la 2ª revacunación a los 2 años de la 1ª y luego cada tres años. Si se utiliza el método oral, la revacunación deberá hacerse anualmente, en razón de su menor efectividad.

Resultados:

Protección de un alto porcentaje de vacunados. La disminución de las defensas del organismo o la exposición continua y reiterada puede vencer el tenor inmunitario obtenido.

Conservación de la vacuna: Mantenerla en refrigeradora entre 2º y 5º c.

VACUNA ASOCIADA TRIPLE: ANTICOQUELUCHOSA - ANTIDIFTERICA - ANTITETANICA (C.D.Te)

Material:

Suspensión estéril de Haemophilus Pertussis en fase I, en una mezcla de toxoide diftérico y tetánicos en partes iguales. Cada milímetro de vacuna tiene 100 millones de bacterias, 30 lf. de toxoide diftérico y 30 unidades inmunizantes de toxoide tetánicos. Contiene también mertiolato de sodio 0,10 0/00 como sustancia conservadora.

Instrumental:

Jeringa y aguja de inyección.

Vía:

Subcutánea.

Sitio:

Región interescapular o subescapular.

Dosis:

Igual para todas las edades. Para vacunar, tres estímulos, el 1º de 6/10 de cc., el 2º de 1 cc. un mes después y el 3º de 1 cc., un mes después.

Para revacunar, un estímulo único de 1 cc. Cuando circunstancias especiales aconsejan abreviar al máximo el período de vacunación, puede hacerse el 2º estímulo pasadas 3 semanas del 1º y el 3º pasada una semana del 2º.

Edad:

Puede vacunarse a partir de los 3 meses de edad.

Precauciones:

Agitar el frasco antes de cargar e inocular inmediatamente después de haberle hecho.

Conservación: Entre 2º y 5º C.

Presentación:

El Instituto Nacional de Microbiología tiene frascos ampollas de 5 a 10 mls. En el comercio circulan vacunas de características similares, pero no exactamente igual a la descripta.

Revacunación:

La primera al año de la vacunación, la 2ª a los dos años de la 1ª revacunación y luego a los tres años, hasta cumplier los 13 años de edad.

VACUNA ASOCIADA TRIPLE: ANTIDIFTERICA - ANTITETANICA - ANTITIFICA (D. Te. Ti)

Material:

Suspensión estéril de Salmonella Ti-

phy en una mezcla de toxoide diftérico y tetánico en partes iguales. Cada ml. de vacuna tiene 2.000 millones de bacterias, 30 lf. de toxoide diftérico y 30 dosis inmunizantes de toxoide tetánico. Como conservador lleva fenol al 0,50 %.

Instrumental:

Jeringa y aguja para inyectar.

Sitio:

Región interescapular o subescapular (dos centímetros por debajo del vértice inferior al omóplato).

Vía:

Subcutánea.

Dosis:

Igual para todas las edades. Para vacunar, tres estímulos separados entre sí por un mes. El 1º de 6/10 de cc., el 2º y el 3º de 1 cc.

Edad:

Puede vacunarse a partir de los tres meses.

Revacunación:

Revacunar al año de finalizada la vacunación, con estímulo de 1 cc. Hacer la 2º revacunación a los dos años de la 1ª y luego de tres en tres años, siempre con un estímulo de 1 cc., hasta cumplir los 13 años de edad.

Precaución:

Agitar bien el frasco antes de cargar e inocular inmediatamente después de hacerlo.

Conservación:

En heladera a temperatura entre 2º y 5º C.

Presentación:

El Instituto Nacional de Microbiología ofrece frascos ampollas de 5 a 10 cc.

VACUNA ASOCIADA CUADRUPLE: ANTITETANICA - ANTITIFICA - ANTIPARATIFICA: A y B (Te. Ti. Pa. Pb.)

Material:

Suspensión estéril de Salmonella Typhi y Salmonella Parathyphi, A y B. en toxoide tetánico. Los microorganismos tienen una concentración total de 2.000 millones de gérmenes por milímetro, divididos así: 1.500 millones de Salmonella Thyphi y 250 millones de cada una de las Salmonella Parathyphi. Además cada milímetro de esta vacuna contiene 30 dosis inmunizantes (dosis test) de toxoide tetánico. Contiene también fenol, como substancia conservadora, en concentración de 0,50 %.

Instrumental:

Jeringa y aguja, comunes, para inyectar.

Sitio:

Región interescapular o subescapular (a dos centímetros por debajo del vértice inferior del omóplato).

Vía:

Subcutánea.

Dosis:

Igual para todas las edades. Para vacunar, tres estímulos separados por un mes. El primero de ½ cc., el segundo y el tercero de 1 cc. Si urge obtener la defensa individual en el mínimo de tiempo, el segundo estímulo se hará pasados 21 días del primero y el tercero, 7 días después del segundo.

Edad:

Puede vacunarse a partir de los tres meses.

Revacunación:

Todas las revacunaciones se harán con un estímulo único de 1 cc. La 1ª revacunación será al año de haber finalizado la vacunación. La 2ª a los 2 años de la primera, y después cada tres años.

Precaución:

Agitar suavemente el frasco, antes de cargar, e inocular inmediatamente después de hacerlo.

Conservación:

En la heladera, a una temperatura de 2 a 5 º C.

Presentación:

El Instituto Nacional de Microbiología prepara frascos ampolla de 5 cc. a 10 cc., con los que pueden hacerse 2 y 4 vacunaciones.

VACUNA ASOCIADA CUADRUPLE: ANTICOQUELUCHOSA - ANTITETANICA - ANTIDIFTERICA - ANTIPOLIOMIELITICA. (C. D. Te. P.)

Material:

En algunos países se dispone ya de una vacuna especial. En nuestro medio aún no contamos con ella, pero se está practicando, cargando en la jeringa, la vacuna asociada triple: anticoqueluchosa - antidiftérica - antitetánica y la vacuna tipo Salk en el momento de inocular.

Instrumental:

Jeringa y aguja, comunes, para inyectar.

Sitio:

Región interescapular o subescapular (a dos cm. por debajo del vértice de uno de los omóplatos).

Vía:

Subcutánea.

Dosis:

Igual para todas las edades. Para vacunar, tres estímulos. El primer estímulo con 6/10 cc. de la vacuna triple, y 1 cc. de la tipo Salk, el segundo y el tercero con 1 cc. de cada uno

Los estímulos estarán separados por un lapso de un mes entre cada uno. Si urge obtener la defensa individual en un mínimo de tiempo, el segundo estímulo podrá hacerse pasadas tres semanas de haber hecho el primero y el tercero, pasada una semana de la aplicación del segundo.

Edad:

Puede vacunarse a partir de los tres meses de edad.

Revacunación:

Cuando la vacunación se haya hecho en el 3º, 4º y 5º mes o en el 4º, 5º y 6º, se revacunará al año con 1 cc. de "Triple" y 1 cc. de Salk. Si la vacunación se ha iniciado después del 6º mes de vida, con un niño nacido a término, la revacunación se hará solamente con 1 cc. de "Triple". Debe recordarse que debe revacunarse por 2ª vez a los dos años de la primera y luego cada tres años hasta cumplir los 13 años de edad, con la vacuna triple.

Precaución:

Tener especial atención al cargar, que las dosis sean las especificadas. Resulta más seguro cargar primero el centímetro de Salk y luego la triple.

Conservación:

Ambas vacunas deben ser conservadas en heladera a temperatura de 2 a 5º C.

APENDICE

Reacciones locales y generales producidas por las vacunas:

Las vacunas pueden producir reacciones locales y generales.

Las reacciones locales pueden ser de tres grados a saber:

1er. grado: *Leve.* Enrojecimiento de la piel y dolor a la presión.

2º grado: *Mediana:* Enrojecimiento, espesamiento de la piel y dolor espontáneo moderado.

3er. grado: *Intenso:* Enrojecimiento, espesamiento y edema de la piel, dolor intenso permanente y temperatura local aumentada.

Las reacciones generales: pueden ser también de 3 grados, a saber:

1er. grado: *Leve.* Ligero decaimiento y discreta inapetencia durante 24 horas.

2º grado: *Mediano:* Marcado decaimiento, marcada inapetencia durante 48 horas y discreto dolor de los músculos vecinos al sitio de la inoculación.

3er. grado: *Intensa:* Profundo decaimiento, y total inapetencia durante 72 horas, dolor intenso en los músculos vecinos al sitio de la inoculación y fiebre más o menos duradera.

Episodios alérgicos:

Solamente las personas alérgicas a sustancias contenidas en el material a inyectar para vacunación, pueden tener reacción alérgica que se manifieste por signos o síntomas clínicos.

El ser alérgico a una sustancia significa que solamente esa misma sustancia u otra, biológicamente relacionada, puede provocar "reacción" alérgica. Quien está en estado de alergia por suero de caballo, puede recibir, sin riesgo alguno, toxoide tetánico o diftérico, puesto que en la preparación del toxoide no hay proteínas de suero de caballo. No se es alérgico a toda o a cualquier sustancia sino a algunas y determinadas sustancias. El pertenecer a familias de alérgicos no significa que se sea alérgico y que habrá inconveniente en la vacunación. Quien tema tener reacciones desagradables, invocando ser "alérgico" deberá decir al médico cuál es la sustancia que lo ha alergizado, para saber si ella existe en la vacuna. Ejemplo: alérgicos a la penicilina y vacuna Salk, con penicilina; alérgico al mercurio y vacunas con mertiolato. En estos casos deben hacerse pruebas especiales para establecer el grado del riesgo.

Las reacciones inflamatorias locales, o las generales, mencionadas en el texto, son generalmente consecuencia de reaccionabilidad exagerada personal, que no siempre es consecuencia de alergia.

En caso de reacción general tipo "shock", lipotimia, urticaria, tos, disnea, cianosis, aprehensión, temor, etc., deberá aplicarse una inyección intramuscular de un antihistamínico de síntesis y un cuarto o medio centímetro cúbico de solución al milésimo de clo-

ruro de adrenalina, subcutánea. Además, analépticos del tipo Coramina, Miorén, etc. Los corticosteroides no protegen contra probables o declarados shocks anafilácticos.

Contraindicaciones:

Epilépticos, cardiopatías descompensadas y nefritis agudas son las contraindicaciones más formales.

Cuando la cardiopatía se compensa y la nefritis cura, o deja de ser aguda, puede vacunarse. En cambio, en los epilépticos, la opinión más generalizada es que la contraindicación debe ser definitiva, especialmente en lo referente a las vacunas con virus vivo.

No se vacunará a los niños febriles, o con enfermedades agudas, o convalecientes de enfermedades agudas; operaciones, traumatismos, o quemaduras. Los convalecientes de enfermedades infecto-contagiosas podrán ser vacunados pasadas cuatro semanas de la desaparición de la temperatura.

Los afectados de enfermedades crónicas, que no están padeciendo un episodio agudo, podrán vacunarse.

El haber recibido otras vacunas, antibióticos u otras medicaciones, no contraindican las vacunaciones.

Los que estén sensibilizados al suero de caballo, no mejoran ni empeoran su situación si se vacunan.

Plazos entre uno y otra vacunación:

En las vacunas que hemos mencionado, hay tres que debemos tener en cuenta para no hacerlas conjuntamente: la antivariólica (virus vivo) la antituberculosa (gérmenes vivos) y la anticoqueluchosa (si es de la que tiene gérmenes vivos). Destacamos también el caso de la vacuna antirrábica (virus vivo), con la cual no deba hacerse ninguna vacunación concomitante y la vacunación antivariólica no se hará hasta pasados 10 a 12 meses de finalizada la antirrábica.

Las vacunas hechas con gérmenes muertos o toxoide, pueden ser hechos conjuntamente. También pueden ser hechas al mismo tiempo varias vacunas con gérmenes muertos y toxoides y *una sóla vacuna con gérmenes vivos.*

Si se aplica la vacuna antivariólica conviene no aplicar otra vacuna con gérmenes o virus vivos, hasta que termine la evolución, si se obtiene la respuesta de vacunación o de revacunación.

Si se aplica la vacuna anticoqueluchosa *con gérmenes vivos* o la "triple" que la contiene en esa forma, no se debe aplicar otra vacuna con gérmenes o virus vivos hasta pasadas 4 semanas de la última inoculación, si es un estímulo primario y una semana, si es secundario.

Si se aplica el B.C.G. por vía inyectable, no se debe inocular vacuna con gérmenes vivos hasta pasada una semana de la inoculación.

En los servicios escolares se hacen varias vacunas, en un mismo día aplicando la antivariólica en el brazo izquierdo, la antipoliomielítica en el brazo derecho, y la antidiftérica en la región interescapular a la altura de los vértices inferiores de ambos omóplatos. Este procedimiento aplicado en forma reiterada, evidencia que mientras se trate de vacunas con gérmenes muertos y toxoide y no más de una vacuna con virus o gérmenes activos, no hay inconveniente en inocularlas en un mismo día.

PLAN DE VACUNACION PARA LOS NIÑOS

De acuerdo a lo aquí expresado, el plan ideal de vacunación en los niños podrían sintetizarse en el cuadro siguiente:

EDAD	VACUNACION	REVACUNACION
Recién nacido	B.C.G. por vía oral	Revacunación oral al año, a los 3, 6, 12, 15, 18 y 21 años.
3º, 4º y 5º mes	1ª, 2ª y 3ª dosis de vacuna: antidiftérica, antitetánica, anticoqueluchosa y antipoliomielítica.	Revacunar al año, después a los 2 años, y luego cada tres años hasta cumplir los 13 años de dad, con la triple.
6º, 7º y 8º mes	En los medios rurales 1ª, 2ª y 3ª dosis de vacuna antitifoparatífica.	Revacunar al año, después a los dos años y luego cada 3, hasta cumplir los 13 años de edad.
9 a 12 meses	Vacuna antivariólica	Revacunar cada tres años.

NOTAS:

1º — Cualquier vacuna inyectable condiciona una buena esterilización de la jeringa. Debe hervirse jeringa y aguja durante 15 a 20 minutos, como profilaxis de la hepatitis. La jeringa debe enfriarse por debajo de 20º C. para evitar alteraciones del antígeno y estar seca. De ser posible, conviene esterilizar en seco.

2º — Una de las preguntas que más habitualmente se formulan es: ¿Cuánto tiempo puede usarse una vacuna después de su fabricación. la respuesta depende de varios factores. Hay algunas vacunas que son solamente estables como ocurre con los toxoides pero en cambio hay otras sumamente lábiles, tal como la antivariólica, que requiere condiciones especialísimas de temperatura para conservar su actividad. En una situación intermedia está la vacuna paraenteral antipoliomielítica, que debe estar refrigerada y tiene fijada una fecha de vencimiento. Además de la temperatura de conservación debe considerarse el envase y la exposición a la luz o al sol. La vacuna antivariólica es muy sensible al sol. El B.C.G. es sensible a la luz y por ello conviene usar ampollas color caramelo (cosa que no se hace) además de refrigerarlo y usarlo dentro del limitado plazo establecido.

Puede establecerse que el peligro esté en que se pierda el poder antígeno y no en que pueda provocarse una alteración que dañe al organismo.

El poder antigénico puede perderse rápidamente, como ocurre con la vacuna antivariólica expuesta a los rayos solares, y el B.C.G. a los rayos solares e incluso a la luz, y gradualmente durante el almacenamiento.

Una vacuna con fecha de vencimiento supone que se le ha calculado un plazo mínimo de pérdida gradual de su poder antigénico y si es usada posteriormente no hay por qué, temer consecuencias de su posible descomposición, sino presumir la posibilidad de que haya perdido su potencia, y por ende confiar en una protección que no puede obtenerse.

Si una vacuna ha sido almacenada en condiciones adecuadas de refrigeración y ha vencido, en algunos casos excepcionales podrá usarse durante un breve periodo complementario, después de expirada la fecha, pero no puede aconsejarse como práctica sistemática.

3º — Otra pregunta muy frecuente es: ¿Puede emplearse una vacuna después de sacada de la heladera en que debe conservarse? La vacuna antivariólica es la más sensible y requiere condiciones especiales de las que ya hablamos. Las otras son más resistentes, con todo su vitalidad depende de la temperatura ambiente. En general puede decirse que una vacuna que haya estado siete días sin refrigeración resulta objetable en su posible poder antigénico.

Este lapso se refiere al envase sin utilizar. Si se ha comenzado a usar, deberá mantenerse continuamente refrigerado hasta que se termine o se deseche.

RESPUESTA DEL Dr. JONAS E. SALK A LA DIRECCION NACIONAL DE SANIDAD ESCOLAR

A raíz de consultas efectuadas por médicos, maestros y padres de familia de la necesidad de aplicar la 4ª dosis de la vacuna antipoliomielítica, la Dirección Nacional de Sanidad Escolar cree un deber publicar la respuesta que el Dr. Jonas E. Salk hiciera llegar a esta Dirección a requerimiento de la misma.

¿CUANTAS INYECCIONES DE VACUNA ANTIPOLIOMIELITICAS SON NECESARIAS PARA LOGRAR UNA INMUNIDAD EFECTIVA Y DURADERA?

"El grado de duración de los efectos producidos por tres inyecciones de vacunas de virus muertos, ha sido estudiado tomando como base un determinado número de niños vacunados. El criterio usado para determinar la inmunidad fué el título de anticuerpos hallados en la sangre a intervalos, hasta cuatro años después de la vacunación. Los datos, reunidos individualmente para cada paciente o colectivamente por grupos, demostraron el aumento inicial subsiguiente a la vacunación, un aumento secundario hasta un máximo después de las inyecciones de refuerzo y una declinación gradual desde el máximo hasta un punto estacionario. La evidencia demostró que el logro de un nivel efectivo de inmunidad como resultado de las tres inyecciones iniciales dependía de la administración de una cantidad suficiente de antígeno y que esto también determinaba el vigor de las respuestas a las inyecciones de refuerzo subsiguientes. No hay evidencia de efectos perjudiciales por inyecciones múltipies (hasta seis), *pero no hay razones epidemiológicas suficientes sobre las cuales basar una campaña en apoyo de una cuarta inyección.* Las inyecciones múltiples de una vacuna de potencia reducida no constituyen un medio seguro de inducir la inmunidad, tanto como lo son menos inyecciones de vacuna de la potencia adecuada.

Bs. Aires, 27 de agosto de 1959.

POLIOMIELITIS EN LOS ESTADOS UNIDOS

INFORME

Preparado:

Por la *"Poliomyelitis Surveillance Unit"* (P.S.U.).

Director: Jacobo a Brody, M. D., Harold W. Wylie, Jr., M. D. y Helen Forester.

Publicado por:

U. S. Department of Health, Education and Welfare, Communicable Disease Centre, Atlanta, Georgia.

En colaboración con:

American Medical Association, Chicago, Ill.

Los Hechos:

a) En 1958 hubo en los EE. UU. muchos más casos de poliomielitis que en 1957, a pesar de que fueron muchos menos que en cualquiera de los últimos 15 años.

b) El informe de diciembre de 1958, reveló la siguiente proporción:

1958: 5.995 casos poliomielíticos; de ellos, 3.083 paralíticos.

1957: 5.485 casos poliomielíticos; de ellos 2.499 paralíticos.

c) La epidemia comenzó algo más tarde que usualmente, a mediados de junio, y persistió hasta octubre. El pico fué a mediados de septiembre.

d) En cuatro Estados hubo epidemias tangibles (Detroit, Northern Jersey, S. W. Virginia y W. Virginia).

En siete Estados la proporción de afectados fué de más de 3/100.000.

e) Más del *50 % de todos* los casos *paralíticos* ocurrió en niños menores de 5 años.

Las tasas más elevadas correspondieron a niños de alrededor de un año.

Los casos aparecieron en zonas circunscriptas, generalmente urbanas, de población pobremente vacunada y en los pre-escolares.

f) Parece existir una marcada tendencia a la enfermedad poliomielítica en grupos de nivel socio-económico más bajo y en niños pre-escolares.

Se cree que el aumento de casos paralíticos refleja un aumento de la actividad viral.

Efectividad de la vacuna antipoliomielítica.

a) La vacuna continúa siendo notablemente efectiva en la prevención de la enfermedad *paralítica.*

b) De la población de menos de 40 años de edad:

52 millones han recibido tres dosis de vacuna.

42 millones no estaban vacunados.

c) En 1958 desarrollaron poliomielitis paralítica:

247 de los vacunados con tres dosis
1.380 entre los no vacunados.

d) El riesgo de parálisis entre los no vacunados, es 8,6 veces mayor que entre los vacunados con tres dosis. En el grupo de menos de 5 años, sólo el 8,8 % de los casos paralíticos estaba vacunado.

e) El 51,7 % de *todos* los casos paralíticos ocurrió en grupos de pre-escolares.

Extracto de Polio Packet 1959, por la señora L. B. de Roese.

Duración de la inmunidad

La vacuna se aplica desde 1955. Los grupos vacunados en los tres últimos años continúan adecuadamente protegidos. La vacunación de refuerzo o cuarta dosis, antes de que comience la temporada poliomielítica en grupos que corren riesgos mayores, es aceptable como medida sanitaria, pero no se ha fijado aún definitivamente un lapso adecuado de revacunación con la cuarta dosis.

Seguridad de la vacuna antipoliomielítica.

Desde mayo de 1955 se han administrado en los EE. UU. más de 230 millones de dósis de vacunas, y en otros países, por lo menos 200 millones.

Durante todo este tiempo no ha habido ningún caso de poliomielitis imputable a la vacuna. En 1958 aparecieron 115 casos de síntomas poliomielíticos dentro de los 30 días de la vacunación. Estos casos fueron inmediatamente investigados, y en ninguno de ellos pudo establecerse una relación con la vacuna.

Distribución de la vacuna.

Podrían ahora hacerse asequibles vacunas suficientes para vacunar la población entera. Por el momento, sin embargo faltan casi 150 millones de dósis para alcanzar esta marca. Menos de la mitad de los niños pre-escolares ha recibido tres dósis. En el grupo entre los 20 y los 40 años, sólo el 25 % está inmunizado.

¿Quiénes requieren la vacunación?

Las personas que viven en zonas geográficamente específicas, grupos de nivel socio-económico inferior de las grandes ciudades, y niños pre-escolares en particular. Sin embargo toda la población de menos de 40 años debería ser vacunada antes de la próxima temporada poliomielítica.

Tendencias de la morbilidad.

Desde 1955 se advierte una declinación constante de la enfermedad poliomielítica.

En 1958 hubo más casos paralíticos que en 1957. Se piensa que hay evidencia de que este año ha habido mayor actividad del virus poliomielítico en los Estados Unidos.

Otros agentes distintos al virus poliomielítico, pueden haber causado en 1957, enfermedades informadas como poliomielítis no paralítica.

En 1958, con mayor exactitud en el

diagnóstico clínico y de laboratorio, el 59,3 % de los casos fué paralítico, mientras que en 1957, solamente el 36,2 %. (Esto no establece una proporción comparativa exacta, porque los casos no poliomielíticos excluídos en 1958 por la exactitud de pruebas de laboratorios y clínicos, acrecienta el porcentaje).

Distribución por edades:

En 1956: el 42,2 % correspondió a niños menores de 5 años.

En 1957: el 44,6 % correspondió a niños mayores de 5 años.

En 1958: el 51,7 % de *todos* los casos *paralíticos*, en edad pre-escolar, con el pico entre 1 y 3 años.

El notable descenso que se notó en 1955 en niños de 7 a 8 años, persistió en 1958 en el mismo grupo, que ahora tiene 10 a 11 años. Estos son los que fueron sometidos al programa de vacunación nacional, y por lo tanto constituyen un grupo particularmente bien vacunado. Este descenso es interpretado no solamente como una evidencia de la protección conferida, sino también de su duración, de ahora 3 años.

Casos de poliomielitis en vacunados con tres dosis:

En 1958, de los 882 casos

217 fueron paralíticos
588 no paralíticos
1 no especificado
3 muertos

En 1957, de los 796 casos

207 fueron paralíticos
560 no paralíticos
43 no especificados
17 muertos por poliomielitis

Muertos por poliomielitis:

De un total de 123 muertos por poliomielitis, 17 eran vacunados con 3 dosis, de los cuales sólo 7 eran de poliomielitis confirmada.

Distribución y seguridad de la vacuna:

En 1958 se puso en circulación la mitad de la vacuna que circuló en 1957.

El informe de la P.S.U. (Polio Surveillance Unit) destaca la necesidad de la vacunación, especialmente en la edad pre-escolar y después de los 20 años.

Se necesitan aproximadamente 150 millones de dósis para completar la vacunación de la población menor de 40 años.

La P. S. U. mantiene la vigilancia de rutina sobre la seguridad de la vacuna. Todo lo casos que ocurren dentro de los 30 días de la inoculación son inmediatamente investigados, para determinar el número del lote usado, y la correlación entre el lugar de la inoculación y la primera parálisis.

En 1958 fueron registrados 115 casos producidos antes de los 30 días. No hubo ningún indicio que indicara que éstos casos tuvieran otra conexión que la mera coincidencia con la vacuna aplicada.

No se halló más de un caso correlacionado con el uso de alguna vacuna dañada.

Desde mayo de 1955 se ha aplicado un total de 230 millones de vacunas sin evidencia alguna de interrupción de su seguridad.

LA HIGIENE MENTAL

II, 2. EDUCACION Y ASISTENCIA

TRABAJO PRESENTADO EN LOS SEMINARIOS ESCOLARES DE LA DIRECCION NACIONAL DE SANIDAD ESCOLAR

Dr. JORGE HECTOR GRIMOZZI
INSPECTOR MEDICO
DE LA DIRECCION NACIONAL DE SANIDAD ESCOLAR

"Es evidente —dice Jule Eisenbud— que las enfermedades psicológicas han conquistado las primeras planas." Sus problemas "están atrayendo, con cierto retraso, la atención hasta ahora reservada a las máquinas". "La guerra ha puesto, ante una comunidad conmovida y sobresaltada, hechos referentes a *la salud mental de la ciudadanía y sus dirigentes,* que no pueden ya seguir siendo considerados como un rumor inquietante, ni como afirmaciones exageradas de psiquiatras profesionales."

La gente ha empezado a comprender que ya no se puede adormecer sus ansiedades en el mundo de hoy, mediante el recurso de soñar con plásticos, interruptores, lavarropas y cohetes interplanetarios del mundo de mañana. La gente ha empezado a necesitar que se las entienda en sus ansiedades actuales. Ansiedades de las cuales trata de evadirse continuamente, refugiándose en enfermedades, en la búsqueda compulsiva de trivialidades, en la delincuencia, en los despotismos, en la guerra. La gente ha empezado a comprender que quizá ya sea la hora de que padres, maestros y gobernantes, sientan la obligación de ocuparse seriamente de la cosa psíquica. "La Higiene Mental es la más apremiante necesidad del mundo de hoy."

En un principio, la Higiene Mental se ocupó exclusivamente de las enfermedades mentales. Se hablaba de "inadaptabilidad", en un sentido de "inadecuación constitucional". Esta inadecuación era un problema social, pero se encaraba con un criterio de caridad o de necesidad. Se ignoraba aún el sentido de complicidad social. Pero posteriormente, y en un paso decisivo, se llegó a la conclusión de que aquella inadaptación tiene su origen en dificultades que se presentan en las primeras etapas del desarrollo del individuo. Como dice Preston: "la actitud frente a la herencia debe ser de respeto, pero no de fatalismo". El escenario en el cual se desarrollan los primeros años de la vida, es más importante que la sustancia de la cual está hecho el actor".

Eisenbaud, sintetiza más o menos así, la significativa conquista de la psicología moderna: El estudio de la forma en que los primeros conflictos del individuo quedan incorporados a la estructura de su carácter, proporcionó nuevos elementos para comprender la llamada personalidad normal. Se vió entonces que el pensamiento y la conducta de los enfermos mentales, lejos de serles exclusivos, tenían su contraparte en estructuras de la personalidad de personas consideradas normales. En otras palabras: fobias, compulsiones, alucinaciones e ilusiones de los individuos mentalmente enfermos, difieren sólo en su aspecto cuantitativo, de cualidades tales como las manías, las inclinaciones, los prejuicios, las ambiciones, la elección vocacional, las predilecciones artísticas y filosóficas, y las

encantadoras excentricidades de las personas sanas. Y se descubrió también que cualidades consideradas a menudo por los padres como pruebas de excelencia o virtud en los niños, eran, con no escasa frecuencia, los primeros signos del desarrollo de enfermedades mentales; tales por ejemplo, el intelectualismo, el sentido del deber, la excesiva pulcritud, la ciega obediencia. Y pronto se percibió también, que incluso las enfermedades físicas, su génesis y su desarrollo, estaban tan íntimamente relacionadas con la estructura del carácter del individuo, como con las causas bacteriológicas y otras causas físicas, antes consideras las únicas fuentes de enfermedad. Esto último hizo decir a Osler que, lo que le ocurre a un paciente con tuberculosis depende más de lo que tiene en la cabeza que de lo que tiene en el pecho.

Ahora bien; por más que se generalice o se particularice, en materia de higiene mental, todo planteo serio nos hace recorrer, inevitablemente, un camino retrospectivo que termina en el niño. Y, aunque las vinculaciones intrafamiliares adquieren su máxima importancia, ya que la personalidad se forma íntegramente en los cinco primeros años de la vida, la presencia del niño en la escuela pone de manifiesto los conflictos, que se expresan entonces con términos de inadaptación.

Esto nos lleva a las consideraciones siguientes:

UN NUEVO ASPECTO DE LA SANIDAD ESCOLAR

Hacer el elogio de la labor cumplida por Sanidad Escolar a través de los años, resulta inútil y redundante. El excelente estado sanitario de nuestros escolares y la erradicación espectacular de las enfermedades contagiosas evitables, habla con la definitiva elocuencia de los hechos. Esa labor, que consiste, no solamente en la profilaxis de las enfermedades infectocontagiosas, sino también en el diagnóstico temprano de muchos trastornos orgánicos, y en el mejoramiento de la salud física del escolar, constituye hoy día, casi un problema de mantenimiento.

Ahora bien, en lo que se refiere a la salud mental, los servicios de neuropsiquiatría y las escuelas para inadaptados, resultan cuantitativamente insuficientes para realizar una tarea que excede sus posibilidades reales.

Pero no queremos limitarnos a proponer simplemente la creación de nuevas escuelas diferenciales y de suficientes clínicas de conducta. Ello, indudablemente, contribuiría a solucionar un problema de honda significación. Pero desde un punto de vista terapéutico. Y lo que nos preocupa verdaderamente, es encarar *la profilaxis*. Es decir: creemos que Sanidad Escolar debe ocuparse, decididamente, de poner en práctica la idea de la Higiene Mental en las escuelas. Una larga experiencia organizativa la faculta sobradamente para ello. Y su competencia no es discutible, ya que la Higiene Mental forma parte de la Higiene General.

PROPOSICION

Integrar un equipo de "Psicólogos o Consejeros Escolares", cuya formación científica, selección y tareas dependan directamente de las autoridades médico-psiquiátricas de Sanidad Escolar.

No vamos a entrar en detalles sobre

la creación de un curso para la formación de dichos "consejeros escolares", o sobre la eventual utilización de los servicios de los egresados del "Doctorado en Psicología", recientemente creado en la Facultad de Filosofía y Letras, o sobre la situación de interdependencia y colaboración con las autoridades docentes. Todo ello podrá ser objeto de un posterior estudio, pero, en los párrafos siguientes, trataremos de señalar aspectos de su impostergable necesidad.

LA INADAPTACION ESCOLAR

Desde que en el siglo XVI los colegios comenzaron a recibir la influencia de los grandes filósofos, los pedagogos comenzaron a buscar la manera de que los niños se adaptasen mejor a la escuela. Montaigne fue uno de los primeros que comprendió que el niño no es una suma de reacciones, sino que tiene una vida psicológica propia: "El alma del niño no es un vaso que hay que llenar, sino un hogar que hay que calentar". Melanchton, Juan Sturm y C. Baduel, crearon las "clases", graduadas según distintos criterios. En el siglo XVII Comenius empieza a hablar del método activo. Rousseau se dedica a una pedagogía individual; no encara el problema de la adaptación. En cambio Claparéde estudia hondamente el problema basándose en las ideas de Locke. Más tarde, Pestalozzi y Froebel (creador de los jardines de infantes) se acercan más aún al estudio de las causas de inadaptación y ubican al niño, con claro sentido, en la sociedad escolar. Por último, desde fines del siglo pasado, el mundo fue testigo de un vasto movimiento de ideas tendientes no sólo a mejorar la adaptación del niño a la escuela, sino a la inversa, a modificar los sistemas de enseñanza adaptándolos a la naturaleza infantil. La doctora Montessori, creadora de su célebre método; Lombardo Radice, "La Escuela Serena"; Decroly, que orienta el estudio científico de la inadaptación escolar, método activo y centros de interés, creación de los laboratorios de psicopedagogía; Claparéde, "La Escuela sobre medida"; Dewey y sus "Escuelas del Mañana"; Dalton; Washburne: "Impartir conocimiento está bien, pero la obra importante de la educación consiste en formar personalidades"; Ferreére, abogado del método activo; Ombredanne. "Es necesario que las escuelas se abran ampliamente a los consejos de los médicos, psicólogos y psiquiatras". "Es necesario que la educación escolar hunda raíces más fuertes en la psicología clínica y experimental del niño"; Gilbert Robin: "Diagnosticar precozmente el atraso intelectual y la naturaleza de los trastornos del carácter, en un niño, descubrir las causas médicopsicológicas del retraso escolar, permite impedir el fracaso social, la miseria y la vergüenza."

Pero la inadaptación se sigue encarando, actualmente, entre nosotros, con un criterio restrospectivo (niños que repiten el grado), o a instancias de un serio problema de conducta o de indisciplina en la escuela. La llamada de atención proviene del personal docente, que toma en cuenta para ello, factores que "perturban el normal desenvolvimiento de la enseñanza", es decir, repetimos, deficiente rendimiento intelectual o graves actos de indisciplina. Y ni siquiera la comprensión o la inteligencia de los buenos maestros es sufi-

ciente para dar una amplia solución a este serio problema social. Debe ser el personal especializado de Sanidad Escolar, en su rama de Higiene Mental, quien se encargue de realizar el diagnóstico precoz de las inadaptaciones, y sobre todo, de hacer un planteo correcto en cada caso. Porque es necesario poner mucho cuidado en el diagnóstico de la causa. La psicología experimental ha descubierto que "un niño inadaptado puede ser inteligente e inclusive superdotado"; que existen las "falsas estupideces", no imputables a un escaso nivel mental, sino a un trastorno de la esfera afectiva. Para ello se impone, ante los primeros síntomas, un estudio completo de la personalidad del niño y de su medio familiar, tarea que no puede realizar el maestro, por razones obvias.

Subrayamos: La inadaptación es la exteriorización, en la escuela, de una anormalidad intelectual o afectiva. Porque un niño o un adolescente físicamente sano, con un nivel de inteligencia normal, y con una personalidad relativamente armónica, pone en juego ciertos mecanismos afectivos que le permiten adaptarse al medio escolar, a despecho de los defectos que puedan tener los métodos de enseñanza. Si en cambio, el niño sano e inteligente no se adapta, planteando problemas de conducta o de rendimiento, hay que buscar la causa por la cual no es capaz de poner en juego aquellos mecanismos afectivos, como son la emulación, el deseo de satisfacer a sus padres, el auténtico afán por destacarse, etc. La razón estará, probablemente, en estímulos y experiencias vividos en el medio familiar o social.

No basta pues, pensar en niños inadaptados. Hay que hacer, cuando sea posible, el tratamiento de la *causa* de la inadaptación. Y, lo que es más importante, evitar y descubrir tempranamente el "síndrome inadaptación", lo cual equivale a *evitar o descubrir tempranamente* las desviaciones de la personalidad. En dos palabras: Higiene Mental.

ANORMALIDAD AFECTIVA

Si bien es cierto que la anormalidad mental (superdotados, infradotados, insuficiencia de funciones mentales inferiores, etc.) y la anormalidad orgánica (enfermedades crónicas recidivantes, enfermedades ocultas, malformaciones, secuelas, o déficit sensoriales), tienen importancia como causales de inadaptación escolar, son las causas de orden emocional y las desviaciones de la personalidad las que constituyen, con mucho, el origen de la mayor parte de las dificultades escolares. Y aquellas desde los simples trastornos de conducta hasta las neurosis).

Hace mucho tiempo que esta noción dejó de ser una novedad en la literatura médica, psicológica y pedagógica, pero sigue ausente de la realidad viva de la escuela. Es que mientras los estudiosos no imiten a Binet, que abandonó un día el laboratorio de la Sorbona para ir a trabajar en la escuela de la calle Grange-aux-Belles, sus conquistas no pasarán de ser una mera especulación intelectual.

Lo dijo Mira y López con una hermosa figura: "El verdadero problema no es el del niño oligofrénico que no aprende la aritmética; es, en realidad, el problema de una gran parte de la humanidad, que no aprende a ser generosa".

ESFERAS DE ACCION DE LOS PSICOLOGOS ESCOLARES

I. *En el Medio Familiar*

Ya dijimos que el desarrollo de la personalidad humana se alcanza por completo en el curso de los cinco o seis primeros años de la vida. Es decir, que el niño llega a la escuela con una personalidad ya estructurada. Por ese motivo, los más grandes esfuerzos de la Higiene Mental deben dirigirse hacia los padres, para instruirlos acerca de las reales necesidades psicológicas de sus hijos. Y así se hace, en verdad, por medio de publicaciones, conferencias, libros de divulgación. Pero, además, la escuela debe utilizar su prestigio y su autoridad, para penetrar sanamente en el ámbito divulgando, esclareciendo y ayudando. No es tarea del maestro. Es tarea del consejero escolar. Asesoramiento, conferencias, discusiones por grupos, orientación. Alrededor de un problema "escolar", los padres harán acopio insensible de nuevas ideas sobre la forma de educar a sus hijos más pequeños y a los que vendrán, y serán intérpretes ante los padres de otros hijos, de las nociones de la nueva puericultura y de la educación del niño en la civilización actual.

Quienes estamos en contacto permanente con los niños en nuestra práctica profesional y además hemos palpado sus reacciones al frente de un aula y desde la cátedra, tenemos la suerte de apreciar en su conjunto el panorama. Y actualmente, en el consultorio escolar y en las escuelas del distrito, encontramos los mismos hechos de siempre y las mismas situaciones repetidas hasta el cansancio. Niños que padecen errores y carencias en su educación: inseguridad afectiva, falta de amor manifiesto, castigos, amenazas, miedo, engaños, rigorismo excesivo, dádivas, criterio equivocado para encarar los temas sexuales, (origen de los seres, masturbación, diferencia de sexo, temor a la menstruación y ocultamiento, etc.); actitudes equivocadas frente a ciertos síntomas como la enuresis, los tics, la tartamudez, la onicofagia; valoración errónea de síntomas psicógenos como la inapetencia, los vómitos matinales o los terrores nocturnos. Apreciamos los efectos de la constitución anormal de algunas familias o la influencia perniciosa de un medio social inadecuado. Y comprobamos con reiterado asombro, la sorpresa y la incredulidad de ciertos padres cuando tratamos de hacerles ver que muy otra cosa que vitaminas es lo que necesita su hijo para no distraerse en clase.

II. *En la Escuela Primaria y con los Maestros*

No nos corresponde aquí, hacer una crítica de los métodos de enseñanza, que serán objeto de estudio por otras comisiones, en estos Seminarios, a pesar de que mucho tienen que ver con los problemas que estamos comentando.

Debemos decir, no obstante, que la estructura de nuestros métodos pedagógicos, y de la preparación de los maestros, ha conducido a una situación que, hay que reconocerlo, no es exclusiva de nuestro país.

La calificación de "buen alumno" es superponible, en el criterio del maestro, con la de "niño bien educado". Se sigue ignorando que bajo esas aguas tranquilas, yace tal vez una preciosa colección de posibilidades frustradas.

En 1928, E. I. Wickman efectuó en EE.UU. una estadística muy ilustrativa (que después repitió una pedagoga en el Uruguay, con resultados similares), sobre los criterios respectivos de maestros y psicólogos, acerca de la gravedad de una serie de tipos de comportamiento (citado por T. Reca).

Los maestros hicieron la siguiente ordenación, según la gravedad decreciente:

1) Inmoralidad, deshonestidad, transgresiones contra la autoridad.

2) Violaciones al orden de la clase; falta de aplicación.

3) Conducta agresiva o extravagante.

4) Conducta indicativa de retraimiento o ensimismamiento.

Invitados los psicólogos a ordenar estos mismos tipos de conducta anormal, desde el punto de vista de la higiene mental, lo hicieron así (siempre de mayor a menor gravedad):

1) Conducta indicativa de retraimiento o ensimismamiento.

2) Deshonestidad, crueldad, ira, vagancia.

3) Inmoralidad, rasgos extravagantes, violaciones a las reglas del trabajo escolar.

4) Transgresiones contra la autoridad, violación al orden de la clase.

Como vemos, la ordenación fue casi inversa.

También en nuestras escuelas los criterios de valoración se basan casi exclusivamente en el rendimiento intelectual (alumnos aplicados y desaplicados), en la disciplina (buen o mal comportamiento), y en la "moral" (niño "bueno" o "malo"). Sin embargo, es justo reconocer que desde época bastante cercana se empezó a comprender que la salud del niño podía influir negativamente en su rendimiento. Es, no obstante, el psicólogo escolar, quien puede introducir en la escuela la consideración de los factores emocionales como causa directa de las dificultades escolares en los niños.

También el consejero escolar podrá desempeñar un importante papel de apoyo y esclarecimiento, frente a algunos niños que en quinto o sexto grado, inician su pubertad. El tabú de lo sexual, hace desviar la mirada a padres y maestros. Y la pregunta del adolescente, muere antes de nacer. Son muy graves las consecuencias que para la salud mental del niño pueden tener, en este aspecto, la ignorancia o el error.

III. *En la Escuela Secundaria y con los Profesores*

No nos corresponde referirnos a las características de la enseñanza secundaria en nuestro país, sino en aquellos aspectos que hacen al cuidado de la salud mental de los educandos. Claro está que la intención de deslindar implicaciones en este asunto resulta desalentadora, porque los fines últimos de la educación coinciden, en su aspecto fundamental con lo que la Higiene Mental procura. Desde el punto del individuo y de la sociedad, esos fines no pueden ser otros que la posibilidad de desarrollar una personalidad armónica, sin trabas patológicas, que sea capaz de adaptarse a la vida en común en un sentido productivo de colaboración y afecto, gozando al mismo tiempo de la libertad espiritual necesaria como para afirmar su propio carácter individual.

Es indiscutible que la enseñanza excesivamente verbalista y libresca, con el estudio estricto de las materias del

programa, un sistema de calificaciones demasiado simplista, y una disciplina eminentemente punitiva, contribuyen a que la escuela pierda contacto con los alumnos, desarrollando en ellos una doble personalidad: una real, la de la calle; otra ficticia, la de la escuela. Tanto es así, que muchos jóvenes encuentran la felicidad en la calle cuando se olvidan de los problemas escolares y, a la inversa, deben olvidarse de los problemas de la calle cuando entran en la escuela, porque han perdido la esperanza de ser comprendidos. Es que la institución educacional es ajena a los poderosos intereses que gravitan con tanta fuerza en el espíritu de los adolescentes, del mismo modo que se muestra insensible frente al drama biológico y psicológico que definen a ese período de la vida del hombre.

No es nuestro propósito hacer un estudio sobre la psicología de la adolescencia, ni tampoco responsabilizar directamente al profesor por su escasa versación en ese terreno. Sólo diremos, de paso, que "para reformar la educación, antes hay que reformar a los profesores". que casi toda la culpa ha de recaer sobre la rigidez del sistema y su desconexión con el momento social y cultural que vive la humanidad. Sólo cabría, eventualmente, un solo reproche para el educador: el desinterés o la indiferencia.

Ahora bien, sean cuales fueren las reformas que se pongan en práctica en nuestro sistema educacional, la higiene mental debe llegar a la escuela secundaria, y creemos que puede hacerlo con eficacia por medio del personal especializado al cual nos hemos referido. Los psicólogos o consejeros escolares desarrollarían una acción eficaz de asesoramiento y orientación, de cuyas múltiples facetas podríamos ejemplificar las siguientes:

1) *Con los alumnos.*

a) Les enseñará la técnica y la higiene del estudio como labor intelectual.

b) Los ayudará a encarar problemas escolares, familiares y sociales, sin invadir, naturalmente, la esfera de acción del profesor o del hogar.

c) Información sexual individualizada. Esta tarea correspondería a los padres, pero es bien sabido que éstos soslayan frecuentemente la cuestión, por falsos pudores o por temor, o por incapacidad. Y resulta absolutamente inevitable que el adolescente busque la respuesta a sus inquietudes, en las fuentes donde sabe que ha de encontrarlas. Esas fuentes nunca son serias, casi siempre son erróneas e incompletas, y muchas veces son malintencionadas. Las consecuencias, gravísimas, se manifiestan luego en términos de ignorancia, angustia, pornografía, homosexualidad, prostitución o delincuencia. La escuela permanece tan alejada de esta realidad vital imposible de eludir, que, por ejemplo, el programa y los textos de anatomía, ignoran el capítulo correspondiente al aparato reproductor.

d) Promover la enseñanza intensiva de la Puericultura. Hace tiempo que propugnamos para ella la jerarquía que le corresponde. Actualmente figura bajo el título de "Nociones de Puericultura", en la última bolilla del programa de Higiene.

e) Colaborar en la orientación profesional y vocacional de los estudiantes

f) Requerir o aconsejar la consulta con el clínico o con el psiquiatra, en caso necesario.

2) *Con los profesores.*

a) Llevarles la inquietud de "lo psicológico".

b) Cursos y conferencias. Charlas y discusiones.

c) Colaborar con ellos en la comprensión de los "alumnos-problema".

No es posible que la escuela se contente con la simple apreciación numérica (de uno a diez, para el aprendizaje; de una a veinticinco, para el comportamiento, de ese mundo de inquietudes, de reacciones, de dudas y de posibilidades, que es un adolescente. Alguien tiene que acercarse a su realidad vital. Realidad que es indivisible, y por lo tanto se nutre con sus experiencias pasadas y presente, en el hogar, en la calle y en la escuela. Esa realidad hay que captarla, para no hacer ilusorio el sentido de la educación.

3) *Con los padres.*

a) Cursos y conferencias sobre psicología evolutiva del adolescente. ("Escuela para padres").

b) Entrevistas y conversaciones aclaratorias. (Relación entre la escuela y el hogar).

PUNTUALIZACIONES

No se nos escapan las dos objeciones que pueden hacerse a ésta nuestra proposición de integrar un equipo de asistentes psicológicos, que hemos dado en llamar "psicólogos o consejeros escolares". La primera de ellas surge de cierta justificada desconfianza o desdén por no pocos "psicólogos" improvisados que desprestigian esta rama de la ciencia convirtiéndola en juego de salón. Es necesario poner sumo cuidado en la preparación y en la selección del personal especializado. Su tarea es de suma responsabilidad. Es preferible que, en un principio, sean pocos pero bien elegidos y controlados. Un periódico y permanente contacto con los psiquiatras, reuniones de ateneo y de perfeccionamiento, cursos y seminarios, y, en ciertos casos psicoterapia, servirán para mantener la unidad de criterios y la ineludible seriedad de su trabajo. Aunque al principio su acción resulte numéricamente restringida, no importa. Lo principal es que servirán de base para una realización más ambiciosa que sólo vendrá con el tiempo. Constituirán la avanzada de una idea: la idea de la Higiene Mental en las escuelas. Y ya es mucho.

La segunda objeción, hecha en nombre del pensamiento oficial, se basará en la falta de recursos económicos para el nombramiento del personal, etc. Este argumento quedará implícitamente contestado en el párrafo siguiente, que servirá de epílogo a estas páginas.

HACIA LA SALUD MENTAL

Aunque estamos convencidos que la solución propuesta es un primer paso eficaz, posible y barato, no hacemos de ella el principal objeto de nuestro pensamiento. Otros recursos similares pueden resultar igualmente buenos, a condición de que se pongan en práctica. Esta aparente perogrullada tiene una base cierta. Como se ha dicho recientemente, la puesta en práctica de la salud mental es uno de los imperativos más urgentes y menos comprendidos. O más aún, se dice comprenderla pero no se la practica. Se la acepta en teoría, pero no se le da presencia humana.

Y el hombre, que en los países más desarrollados ha llegado a alcanzar un

bienestar material insospechado, no ha logrado por ello mayor felicidad. La creciente elevación de su poderío y de su dominio sobre la naturaleza, no ha corrido paralelamente con su elevación espiritual. Los asombrosos recursos técnicos alcanzados representan una conquista de enorme valor, pues el hombre tiene en sus manos, ahora, las herramientas para fabricar su libertad. Pero esa libertad conquistada a través de la evolución social y económica, y merced al progreso industrial y científico, lo ha puesto de golpe frente a la angustia de la soledad y el aislamiento. Y ha empezado a sentir el miedo a la libertad. Erich Fromm ha expresado con acierto que la suerte ulterior de la democracia y de la felicidad humana dependen de la capacidad de autogobierno por parte de los ciudadanos. Estos deben ser capaces de asumir decisiones racionales, que provengan de una voluntad y un pensamiento auténticamente propios. La relación entre el hombre y la sociedad debe ser de afectuosa reciprocidad, basándose al mismo tiempo en la plena expansión de la personalidad individual. De lo contrario, el hombre, como ciudadano o como gobernante, buscará alguna forma de "evasión dé la libertad", que lo conducirá a la estandardización o al sometimiento de su propia individualidad a autoridades omnipotentes, o a cualquier reacción antisocial.

Muchas voces se han alzado ya, entre el ruído de las máquinas y de la propaganda, para advertir al hombre de la terrible alternativa. O volcamos todo nuestro esfuerzo hacia la conquista de la salud mental de nuestros hijos, o los veremos caer en el sometimiento, la anulación, y la delincuencia. O una sociedad armónica y libre, o una ininterrumpida reiteración del despotismo y de la guerra.

Ahora tenemos la oportunidad de hablar y de discutir y de proponer soluciones. Pero tenemos que estar seguros de que lo que pensamos puede convertirse en realidad. El escepticismo es también un rasgo de nuestra época. Pero a los médicos y a los educadores no nos está permitido el escepticismo, Por el contrario, la fe, el entusiasmo y la lucha contra toda esperanza, forma parte de nuestro clima espiritual. Pensando que todo es posible hacer, se consigue lo imposible.

En el final de un cuento fantástico de Ireland, la muchacha representa la fe, y el hombre representa el conformismo:

—"¡Qué extraño! —dijo la muchacha— ¡Qué puerta más pesada!

La tocó, y la puerta se cerró de pronto con un golpe.

—¡Dios mío! —dijo el hombre—. ¡No tiene picaporte! ¡Nos ha encerrado a los dos!

—A los dos, no. —dijo la muchacha— Y pasó a través de la puerta y desapareció."

RESUMEN

La Higiene Mental es la más apremiante necesidad del mundo de hoy.

La Dirección Nacional de Sanidad Escolar tiene experiencia y competencia organizativa más que sobradas para poder ocuparse eficazmente de introducir la Higiene Mental en las escuelas, como un nuevo aspecto de su labor profiláctica. Es de su incumbencia, porque constituye un aspecto, hasta ahora des-

(Concluye en la pág. 45)

EL SEGURO ESCOLAR

TRABAJO PRESENTADO EN LOS SEMINARIOS ESCOLARES DE LA DIRECCION NACIONAL DE SANIDAD ESCOLAR

Dr. MARIO D. QUIROGA
ODONTOLOGO INSPECTOR
DE LA DIRECCION NACIONAL DE SANIDAD ESCOLAR

Se ha llegado a una etapa de la vida, en que todo lo humano, todo lo que al hombre se vincula, todo lo que a la comunidad se refiera, no puede ser indiferente.

El individuo debe gozar de un bienestar dentro y fuera de la comunidad y lo que en principio pudo ser puramente ideal, hoy merced a la acción mancomunada de estadistas y pueblo, va haciéndose realidad en muchos países, aunque el camino sea verdaderamente espinoso y difícil.

La cultura sanitaria es sin duda alguna uno de los pilares de ese progreso que se ha logrado, ya que reconociendo como axioma que *sin salud no hay bienestar,* nos debemos arriesgar a utilizar todos los recursos en pro de ese bienestar.

La creación de este seguro social puede brindar una ayuda efectiva al hogar que en determinadas circunstancias se vea afectado por enfermedades tales como poliomielitis, tuberculosis, reumatismo, difteria, etc., que por ser de evolución prolongada o de tratamientos de cierta duración provocan situaciones apremiantes en hogares de reducida economía. Lo mismo podría decirse en caso de accidentes de niños en edad escolar. Ambas emergencias pueden dejar secuelas físicas permanentes: incapacidad o en el peor de los casos, fallecimiento.

La implantación del Seguro Escolar en ambas ramas de la enseñanza podría ser una iniciativa tendiente al logro de un mejor nivel de vida.

Es fundamental que el estado físico del escolar o estudiante, influye poderosamente en el buen desempeño de las tareas escolares; es entonces menester que el Estado colabore con el hogar, en pro del mejoramiento de la juventud con todos los recursos a su alcance.

El Seguro Escolar podría aliviar la situación de aquellos hogares en que existiendo uno o varios niños no es posible darles una asistencia especializada.

Protegería al niño desde el momento que inicia el curso primario hasta que egresa del secundario, cubriendo los riesgos de fallecimiento, invalidez parcial o total, permanente o temporaria, derivados de percances ocurridos en cualquier emergencia, dentro o fuera de la escuela, como así también de las enfermedades antes nombradas, teniendo como requisito fundamental la renovación anual de la prima.

Esta ayuda social presentará además, la ventaja de que ningún niño dejaría de tener la atención médica necesaria, por razones económicas.

De esta manera, con una atención profesional (a honorarios moderados) y con medicinas (a bajo costo) el niño puede ser asistido adecuadamente y los padres encontrarán un alivio financiero.

(Concluye en la pág. 45)

ENFERMEDADES INFECTO CONTAGIOSAS

SIFILIS

Es una enfermedad común cuyo germen causal es el Treponema Pallidum o espiroqueta pálida de Schaudin, La infección se adquiera ya por contagio o hereditariamente pudiendo atacar a cualquier órgano de la economía. El contagio puede hacerse por las lesiones manifiestas o inaparentes localizadas a nivel de la piel y de las mucosas de las personas infectadas, encontrándose el germen en saliva, semen, sangre, secreciones vaginales.

El Treponema Pallidum se presenta como un espirilo delgado, de 6 a 15 micrones de largo, con sus puntas afiladas y el cuerpo redondeado; las vueltas en espiras son numerosas (10 a 20), en forma de tirabuzón.

El mejor procedimiento para observar el treponema es por medio del ultramicroscopio, que no es más que un microscopio común provisto de un dispositivo de fondo oscuro y cuyo campo esta iluminado lateralmente. Se coloca directamente el preparado entre el cubre y el porta con un poco de agua y se observa con objetivo de inmersión. Las espiroquetas aparecen muy móviles sobre el fondo oscuro.

Un método de contraste es el de la tinta china (procedimiento de Beurri) en el que se mezcla una gota de serosidad con una gota de tinta china; en el fondo negro se observan, por contraste, las espiroquetas pálidas.

La espiroqueta se encuentra en el chancro, en las placas mucosas y en los ganglios. Es raro hallarlo en las roseolas y en los gomas sifilíticos.

Sero reacciones. Reacción de Wasserman. — Es la comprobación de la "desviación del complemento". El suero del enfermo posee dos partes, una denominada *sensibilizatriz* que no se destruye por el calor y una llamada *complemento* que se destruye a los 55º C.

La primera tiene la propiedad específica de unirse al antígeno, si ésta es puesta en su presencia; en cambio, el complemento no tiene ninguna acción específica, pero su presencia es indispensable para que pueda su sensibilizatriz fijarse sobre el antígeno, en este caso el sifilítico.

El complemento existe en todos los sueros humanos y animales; la sensibilizatriz está sólo en los sueros sifilíticos.

Si colocamos suero del enfermo calentado a 55º (sin complemento) con antígeno sifilítico nada sucederá; pero si añadimos un suero no calentado (con el complemento intacto) inmediata-

mente este complemento agregado permitirá que el suero enfermo ataque al antígeno. El complemento ha sido fijado; el sujeto es sifilítico.

Si el suero del paciente no es sifilítico, cuando añadamos el nuevo complemento, éste no será utilizado, no se operará ninguna reacción.

El complemento queda libre; el sujeto no es sifilítico.

La hemólisis es el signo indicador y ésta nos permitirá decir si la reacción de Wassermann es o no positiva.

Valor clínico de la reacción de Wassermann. — La Reacción de Wasserman se hace positiva aproximadamente a las 3 semanas de aparecido el chancro (período suerológico).

En el período primario es positiva en el 90 % de los casos.

En el período secundario es positiva en el 70 % de los casos.

En el período terciario es positiva en el 30 % de los casos.

Cuando el resultado es negativo puede reactivarse la R. W. efectuando una inyección endovenosa de Neo-Salvarsán y repitiendo el análisis 10 días después.

La R. W. es practicable en el líquido céfalo raquídeo y su resultado positivo nos indicará una sífilis nerviosa.

Para comprobar esta última se buscará la linfocitis, la reacción de albúmina (Nonne-Appelt, Pandy) y las reacciones coloidales (oro, benjuí coloidal).

Modo de transmisión. — Se hace por contacto directo (contacto sexual, al besar, al acariciar a los niños, las nodrizas que amamantan a niños sifilíticos) durante el período primario y secundario.

En lo que respecta a la vía indirecta por objetos contaminados es poco frecuente, careciendo practicamente de importancia.

La infección prenatal puede ocurrir después, pero no antes del cuarto mes del embarazo, por el paso del treponema a través de la placenta.

El período de incubación dura de 10 días a 10 semanas aceptándose un término medio de 3 semanas.

El período de trasmisibilidad es variable y no bien conocido.

La enfermedad se trasmite durante los períodos primario y secundario durante la recurrencia de lesiones infecciosas en la piel y las mucosas que pueden producirse de modo intermitente durante 2 a 4 años; como existe la posibilidad de que existan lesiones inaparentes es necesario que este período se considere como potencialmente infeccioso.

Clínicamente es una enfermedad que se caracteriza por una lesión después de un período silencioso de incubación, denominada chancro sifilítico.

Con él se inicia el *período primario* que dura unos 45 días.

A partir de esta fecha comienza el *período secundario* caracterizado por múltiples manifestaciones cutáneas y viscerales a distancia del sitio de inoculación que indica la generalización de la enfermedad.

A los 2 o 3 años se inicia el *período terciario* de duración indefinida.

Muchos años después de la iniciación de la enfermedad es posible observar manifestaciones en el sistema nervioso que han sido denominadas *cuaternarias* o parasifilíticas caracterizadas sobre todo por ser irreductibles al tratamiento específico.

CHANCRO SIFILITICO

Lesión primaria que aparece unas tres semanas después de la inoculación en forma de pápula que después se ulcera presentando una gran variedad de formas. Generalmente es una erosión única o múltiple de bordes redondeados y apenas perceptibles, de superficie lisa y plana, de color carne, con una base indurada, perceptible al tacto, dando la sensación de tarjeta, pergamino, cartílago, etc., según su profundidad. Indoloro y acompañado de un bubón satélite indoloro, duro, no fluctuante, o bien de adenopatía, satélite en el que los ganglios son medianos o grandes, de consistencia dura, no adherentes a planos profundos.

El chancro cura sin dejar cicatriz, salvo en la forma ulcerosa; ordinariamente deja una induración que deja de ser tal espontáneamente, al cabo de algunas semanas.

En el *período secundario* (a los 45 días de aparecido el chancro), aún sin tratamiento específico, comienza la involución del chancro y aparece la erupción secundaria generalizada la que frecuentemente se acompaña de síntomas orgánicos leves. Hacen su aparición las cefaleas frontales a predominio nocturno, caída de los cabellos en zonas, adenopatía generalizada (ganglios occipitales, mastoideos, epitrocleares, estos últimos patognimónicos, y las roseolas que son manchas numulares, color rosa pálido, que aparecen en los flancos y se van extendiendo paulatinamente por abdomen, pecho y espalda, alcanzan su máximo a los 15 días y retroceden espontáneamente entre 1 y 2 meses.

Se observan las sifilides que son pápulas dérmicas debidas a infiltrados celulares, de gran polimorfismo, numerosas, de color ajamonado o cobrizo y que curan sin dejar cicatriz.

Las manifestaciones secundarias desaparecen en un período que varía desde algunas semanas hasta 12 meses y la infección permanece en un estado de latencia clínica que dura semanas o años.

Período Terciario. — Años más tarde, de 5 a 20 años lo interrumpe la aparición violenta de lesiones destructivas, no infecciosas, en la piel, en los huesos, en las superficies mucosas y en el sistema nervioso. Son dos los aspectos en que se presentan: la sifilide tuberculosa y el goma sifilítico.

Las sifilides tuberculosas están constituídas anatómicacente por tubérculos con todos los atributos de tales es decir, invasión, destrucción de la dermis y cicatriz consecutiva, localizándose comúnmente en el centro de la cara; se presentan como eminencias francamente salientes, más grandes que las pápulas y que dan a la palpación una sensación de induración e implantación profunda; su color es ajamonado o cobrizo. Dejan cicatrices circinadas.

Los gomas sifilíticos son nudosidades de evolución sub-aguda con tendencia a reblandecerse y ulcerarse presentando en su evolución 4 períodos:

Crudeza, reblandecimiento, ulceración, cicatrización.

Se localizan de preferencia en los miembros inferiores, luego en brazos, el cráneo y la cara.

El goma ulcerado se presenta profundamente excavado por una ulceración de forma redondeada, de bordes desprendidos, que segrega una serosidad "gomosa", en cuyo centro aparece una masa de tejido necrosado destinado a

eliminarse. Aún sin tratamiento la úlcera gomosa cura espontáneamente en un término de 1 a 4 meses dejando una cicatriz imborrable.

Parasífilis. — Es la expresión de una sífilis muy antigua. Comprenden el tabes, la parálisis general progresiva, los aneurismas, etc.

Susceptibilidad. — Todas las personas que no han padecido la infección son susceptibles, no existiendo inmunidad natural. Se desconocen las cifras exactas de letalidad. La infección prenatal frecuentemente causa la muerte antes del nacimiento o en la primera infancia.

La sífilis adquirida no causa la muerte ni produce severa incapacidad, pero las manifestaciones tardías acortan la vida, menoscaban la salud y limitan la eficiencia en el trabajo.

Cuales son las medidas de control a adoptar para la lucha contra la sífilis.

a) Mejorar el estado de salud de la población mediante medidas de carácter general.

b) La educación sanitaria y sexual que debe desarrollarse en las escuelas primarias (6º grado) y en colegios secundarios. Instrucción al pueblo con la cooperación de servicios sociales, Ministerios, etc., por medio de conferencias, películas cinematográficas, afiches, folletos, transmisiones radiales. etc., despertando en él una conciencia sanitaria.

c) Preparación para el matrimonio obligando, como parte del examen físico general, al efectuar exámenes y análisis prenupciales y prenatales.

d) Propender al mejoramiento de las condiciones sociales y económicas.

e) Protección a la colectividad. Se hará mediante:

1º) La supresión de la prostitución comercializada y de la promiscuidad sexual clandestina debiendo cooperar por ello las autoridades sanitarias correspondientes (comunales, provinciales y nacionales).

2º) Intensificar la enseñanza de los métodos de profilaxis personal que deben aplicarse antes, durante y después de la exposición al contagio.

3º) Practicar sistemáticamente a las embarazadas exámenes serológicos prenatales.

4º) Dotar a los servicios asistenciales de medios para el diagnóstico y tratamiento precoz poniendo dichos servicios a la disposición, sin limitaciones, del público al que se debe instruir respecto a los síntomas y forma en que se propaga la sífilis y enfermedades venéreas.

El control de los individuos infectados, de los contactos y del medio ambiente. — No se efectúa aislamiento ya que los procedimientos modernos de tratamiento limitan el período de trasmisibilidad a 24 horas o menos. A fin de evitar la reinfección, los pacientes deben abstenerse de contacto sexual con contactos anteriores no sujetos a tratamiento.

La desinfección concurrente no cuadra en aquellos casos debidamente tratados; eso si, adoptar precauciones con las lesiones abiertas ya que puede existir la posibilidad, con la eliminación de secreciones de contaminar objetos.

La investigación de los contactos y de la fuente de infección tiene un gran valor profiláctico pues en esa forma se

pueden controlar las enfermedades venéreas.

Para ello deben contarse con un servicio de asistentes sociales o de visitadoras de higiene, debidamente entrenadas para tal fin, que entrevistarán a los enfermos y tratarán de localizar a los contactos; para esto último el período de evolución de la enfermedad tiene un gran valor pues sirve de guía para su localización. Así:

1º) En caso de *sífilis primaria:* lo son todas aquellas personas con quienes tuvo contacto sexual durante los tres meses precedentes.

2º) En caso de *sífilis secundaria* lo son aquellas personas con quienes tuvo contacto sexual durante los seis meses precedentes.

3º) En caso de *sífilis latente temprana,* lo son todas aquellas con quienes tuvo contacto sexual durante el año anterior siempre que no se haya establecido con exactitud la fecha de las lesiones primarias y secundarias.

4º) En caso de *sífilis tardía* y *de sífilis latente tardía,* lo son los cónyuges y los hijos de las madres infectadas.

5º) En caso de *sífilis congénita,* lo son todos los miembros inmediatos de la familia.

¿ Sabe Ud. qué ?

El promedio de vida en la Edad Media fue de 25 años; que en el siglo XIX fue de 37 años y que en la actualidad es de 64 años.

—La vitamina C o ácido ascórbico fue sintetizada en el año 1933.

—En 1909, Landsteiner y Popper produjeron experimentalmente la parálisis infantil inoculando en el peritoneo del mono una emulsión medular de un niño fallecido de esa enfermedad.

—La lámpara de rayos ultravioletas aumenta la existencia de vitamina D por lo cual es beneficiosa para prevenir el raquitismo.

—El primero en introducir drogas a través de una aguja hipodérmica fue Rynd, de Dublin, en 1854.

—El diplococo de la neumonía fue aislado en 1880, en EE.UU., por George Sternberg, independientemente y antes que Pasteur.

—Los anteojos fueron inventados en Italia en 1285, aproximadamente, por Salvino de Arnati, pero hasta el siglo XVI no se desarrolló en grado considerable el comercio de anteojos.

—En 1894 Kitasato y Yersin descubrieron el bacilo causante de la peste bubónica.

—En 1870 Fahrenheit inventó el termómetro de mercurio.

—El Dr. Luis Agote hizo la primera transfusión de sangre citratada en el mundo el 9 de noviembre de 1914.

—En 1883, Alemania fue el primer país en introducir el seguro obligatorio contra la enfermedad.

PRIMEROS AUXILIOS

HEMORRAGIAS

Recibe el nombre de hemorragia la salida de sangre de los vasos sanguíneos. Los primeros auxilios son aquellos que pueden prestar personas que posean conocimientos que, aunque sean elementales, pueden salvar la vida de un semejante hasta tanto llegue el médico que se haga cargo del enfermo.

Las causas de las hemorragias fundamentalmente obedecen a dos causas:

1º Los traumatismos.

2º Las lesiones patológicas.

Se denominan lesiones traumáticas aquellas provocadas por un agente externo que al producir una solución de continuidad en los tejidos determina una hemorragia.

Son patológicas las enfermedades que pueden afectar a todo el organismo o bien a los vasos; consideramos dentro de este grupo enfermedades del tipo de la hemofilia, tuberculosis, aneurismas, etcétera.

La pérdida de sangre puede ser brusca o bien lenta. Si es brusca, puede determinar la muerte pues el descenso de la tensión arterial, la anemia aguda que afecta al bulbo, lugar donde residen los centros vasomotores que regulan y que en este caso se inhiben, y que son determinantes que ponen en juego la vida del paciente.

Si la pérdida de sangre es gradual ella puede ser controlada fácilmente y no pone en peligro la vida del sujeto afectado.

Las hemorragias se clasifican en:

1º *Según el sitio donde se producen*

a) Externas: Cuando la sangre sale al exterior merced a una herida o traumatismo de los tegumentos.

b) Interna: Cuando esta se produce en una cavidad cerrada. El ejemplo lo tenemos en la rotura de bazo, hígado, riñón, etc., en el que la sangre se acumula en la cavidad abdominal.

2º *Según el vaso afectado*

a) Arterial: Como su nombre lo indica afecta a una arteria en cuyo caso es fácilmente reconocible por la fuerza con que mana (en chorro), y la forma intermitente con que lo hace.

b) Venosa: La sangre sale sin mayor fuerza, como lamiendo la herida. Si la lesión afectara a una gran vena la sangre sale en chorro continuo, diferenciándose de la arterial en que aquella lo hace con intermitencias debido a la sístole cardíaca.

3º *Según el momento de la hemorragia*

Puede presentarse en forma:

a) *Inmediata:* Cuando lo hace instantáneamente, en el momento en que se produce la herida.

b) *Mediata:* Es la que se efectúa a posteriori, una vez transcurrido horas o aún días.

c) *Secundaria:* Cuando la hemorragia se hace varios días después y es consecutiva a la infección de la herida. La pared del o los vasos se erosionan hasta romperse provocando cuadros a veces muy graves.

Signos y síntomas de la hemorragia

Depende como es natural de la índole de la herida, de la extensión de la pérdida de sangre y de la rapidez del derrame. En general se observan los siguientes signos:

1º) Una aceleración del pulso que llega a 120, 140 pulsaciones por minuto haciéndose en ciertas ocasiones incontable.

2º) Se observa una palidez marcada que se acentúa paulatinamente a medida que la pérdida de sangre se hace mayor; al mismo tiempo las mucosas se decoloran.

3º) Una transpiración que cubre la frente del herido de un sudor perlado, frío. Las manos y pies se enfrían.

4º) La inquietud es extrema mostrándose el paciente molesto, con movimientos de sus extremidades, sobre todo las superiores, sin control; pide agua en forma continua por la sed que se hace angustiosa.

5º) Sus pupilas se hallan dilatadas (midriasis).

6º) La temperatura desciende progresivamente constatándose una hipotermia marcada.

Síntomas de la hemorragia

1º) Respiración alterada. La respiración se hace acelerada, superficial, con hambre de aire, disneica y acompañada de bostezos.

2º) El enfermo se verá ansioso manifestando tener vahídos (por anemia cerebral).

3º) Se presenta un oscurecimiento de la vista con impresiones luminosas y de manchas oscuras.

4º) Estado nauseoso que puede o no acompañarse de vómitos serosos o alimenticios.

5º) El temor a la muerte.

Cuáles son las medidas que se adoptarán para detener la hemorragia

Medios naturales

Se consigue con la formación del coágulo y por la contracción de las fibras musculares que al disminuir el calibre del vaso que sangra facilita la coagulación. Esto sólo es posible en el caso de los pequeños vasos.

Medios artificiales

Si la hemorragia es tributaria de un gran vaso, es necesario recurrir a la contención artificial.

Para ello se disponen distintos medios, que mencionamos a continuación:

1º) *Por presión digital:* Se debe apretar la arteria que sangra por encima de la herida y contra un plano firme como lo es el óseo. Si la herida hubiera interesado a una vena la compresión debe hacerse por debajo de la herida y si fuera capilar inmediatamente sobre la herida.

2º) *Por uso del torniquete:* Puede hacerse con un tubo de goma y si este faltara se improvisará con un pañuelo y un lápiz o madera con el que se ejercerá una torsión hasta que la hemorragia cese.

3º) *El empleo de un apósito apretado:* El apósito esterilizado se coloca sobre la herida vendándose fuertemente a fin de contener la hemorragia.

ENTREGA DEL PREMIO "GREGORIO ARAOZ ALFARO"

25 de agosto de 1959

LA Dirección Nacional de Sanidad Escolar en adhesión al tercer aniversario del fallecimiento del Prof. doctor Gregorio Araoz Alfaro resolvió que el día 25 de agosto ppdo. tuviera lugar la entrega del premio que lleva el nombre del destacado hombre de ciencia, que fue creado por donación de su discípulo, el doctor Raúl M. Chevalier, con el objeto de ser adjudicado cada dos años al mejor trabajo de higiene escolar efectuado por profesionales médicos u odontólogos de todo el país.

La ceremonia tuvo lugar en el Salón de Actos de la Dirección y fue presidida por S. E. el señor Ministro de Educación y Justicia de la Nación, doctor Luis R. Mac'Kay, por el señor Subsecretario de dicho Ministerio, por altos funcionarios del mismo y por el señor Director Nacional de Sanidad Escolar, doctor Angel S. Ardaiz. Se encontraban presentes los miembros más allegados de la familia del Prof. Araoz Alfaro, miembros del jurado que adjudicó la recompensa, profesores de la Facultad de Medicina y discípulos destacados de dicho profesor, los laureados, doctores Enrique M. Olivieri, Julio César Giordano y José Augusto Ganduglia Pirovano, sus familias y amigos, y numerosos funcionarios de la repartición, que colmaron ampliamente el salón y sus adyacencias.

Abrió el acto el doctor Angel S. Ardaiz, con palabras conceptuosas para el profesor Araoz Alfaro, para el donante y para los laureados. Hizo entrega de los premios a continuación el señor Ministro de Educación y usaron de la palabra los delegados de las asociaciones médica y odontológica, doctores Héctor J. Mollard y Mario Quiroga. Cerraron la amable ceremonia los doctores Julio César Giordano y Enrique M. Olivieri, que agradecieron la distinción en sentidas expresiones.

Insertamos a continuación el texto de los discursos pronunciados que reflejan fielmente la personalidad tan vastamente conocida del doctor Araoz Alfaro, la del donante y las de los premiados.

Discurso del doctor Angel S. Ardaiz.
" " " Héctor J. Mollard.
" " " Mario Quiroga.
" " " Julio César Giordano.

Discurso del Dr. Angel S. Ardaiz

Señor Ministro de Educación y Justicia; doctor Raúl Chevalier; señoras; señores:

En la fecha memoramos un nuevo aniversario de la desaparición del doctor Gregorio Araoz Alfaro.

La ciencia médica, en la persona de los que fueron sus colegas, de los que son sus discípulos, y de todos los profesionales que la sirven, hace este día un alto en la marcha, y rinde a la recia personalidad del maestro, el homenaje de una reverencia respetuosa y admirativa a su saber, a sus enseñanzas y a su ejemplo.

De entre la diversidad de formas con que nuestro gremio exterioriza ese recuerdo, ninguna quizá tan grata a la eternidad que vive el alma del doctor Araoz Alfaro como ésta que nos convoca para oficiar culto a su memoria.

Culto que se traduce en este acto que celebramos, bajo el signo tutelar de su nombre ilustre, para alcanzar a tres colegas prestigiosos, la recompensa que con generoso gesto instituyó, en su homenaje, la hidalga gratitud profesional y afectiva de uno de sus discípulos dilectos.

He nombrado al doctor Raúl Marcelo Chevalier.

Y digo con plena convicción que la más grata, pues el sentido hermosamente humano

que constituye la esencia de este premio —creado por el amor a la niñez de su donante— ha de acercar hasta el retiro eterno del pediatra maestro, el regalo más dulce al sentimiento cumbre de su vida terrena, configurado hasta el sacrificio por su pasión idólatra del niño.

Porque el premio "Dr. Gregorio Araoz Alfaro", instituido de manera periódica y permanente al mejor trabajo médico social sobre higiene escolar, está orientado en su fin último, a mejorar la protección sanitaria de la escolaridad infantil y adolescente de la Patria, estimulando en su beneficio el espíritu creador, la iniciativa y aún el desvelo de los profesionales médicos, por el problema que entraña el cuidar más y mejor la salud de nuestros niños.

Hasta aquí he sido parco en señalar a la atención de vosotros la honda proyección social del premio instituído, y en enumerar sin comentarios, los sólidos pilares que lo sustentan, en la intimidad de sentimientos que engalanan la personalidad de su creador.

La presencia y modestia del doctor Chevalier, tanto como el general conocimiento que se tiene de sus virtudes, así me lo han impuesto.

Pero no de manera tan absoluta, como para obligarme a omitir la referencia de una cita a la brillantez de su paso entre nosotros, primero como compañero de todos los días, en un lapso que pareció muy breve a nuestro afecto, y como Director después, en un lapso muy corto que nuestra voluntad cariñosa y exigente, alargará para siempre, haciendo permanente la vivencia espiritual de su recuerdo, en el más alto sitial de nuestra casa.

A la vista han quedado sus obras. Bástenos citar la elevación jerárquica del organismo, y con ella la extensión de los beneficios sanitarios escolares al ámbito nacional; la eficiencia de las diversas campañas sanitarias cumplidas bajo su dirección —entre las que merecen destacarse con énfasis las dirigidas a combatir el pavoroso brote poliomielítico de los años 1956/57; la solución de los problemas atinentes a los Institutos Nacionales que velan por la educación y recuperación de los niños y niñas sordomudos; la creación presupuestaria de numerosos cargos para médicos y odontólogos, requeridos imperiosamente por la más eficaz vigilancia de la salud escolar; la dignificación retributiva de los magros haberes asignados al personal técnico de la dependencia; y muchas otras más, que, para ser breve, dejo remitidas a la esfera del dominio público.

Unase a la realidad de su inteligente y exitosa gestión entre nosotros y a la vastedad de su enjundiosa y proficua labor profesional (mundialmente reconocida y apreciada), toda la gama de brillantes dotes, que, desde la hombría de bien hasta el desapego por los intereses materiales, convergen en su persona, y tendráse en forma aproximada un retrato de Raúl Marcelo Chevalier.

Doctores Enrique Olivieri, Julio César Giordano y José Ganduglia Pirovano:

La primera adjudicación del premio "Doctor Gregorio Araoz Alfaro", ha laureado con justicia vuestras nobles inquietudes profesionales.

Recibid nuestro aplauso cerrado, y guardad en lo íntimo, junto al noble orgullo del legítimo triunfo, la satisfacción inmensa de haber alcanzado un premio creado por el amor a la niñez, por la gratitud del discípulo y por la grandeza de alma de un colega excepcional.

Nada más.

Bs. As., agosto 25 de 1959.

Discurso del Dr. Héctor J. Mollard

Las tareas diarias de la Dirección Nacional de Sanidad Escolar se detienen hoy para celebrar un acontecimiento inusitado en su vida y ritmo habitual. Por vez primera se realiza la entrega de una recompensa de estímulo al trabajo y a la labor científica de sus funcionarios. La aspiración tantas veces acariciada de fomentar la investigación y el estudio de ciertos capítulos vinculados a la Medicina Escolar y de problemas que se presentan y observan en el enorme material infantil de diversas edades que desfilan por sus consultorios y por sus múltiples dependencias, se ve cumplida hoy por la munificencia y generosidad de uno de sus integrantes, que si bien ha dejado de pertenecer oficialmente a la casa, vive su grato recuerdo siempre en ella, pues su paso por esta dependencia ha dejado la estela que marcan los caballeros de su calidad.

El 22 de diciembre de 1955 se hacía cargo de la Dirección General de Sanidad Escolar el doctor Raúl M. Chevalier y al asumir sus

funciones manifestó e hizo conocer por vez primera que había aceptado el desempeño de tan alta función que le ofreciera el señor presidente del Gobierno Provisional, con la condición de que se le permitiera disponer que los emolumentos con que el país retribuiría sus importantes servicios fueran depositados en cuenta especial que constituiría el fondo y origen de una suma que debía ser entregada como premio al mejor trabajo realizado por cualquier profesional del país sobre Higiene Escolar y que llevaría el nombre de su ilustre maestro de medicina el profesor doctor Gregorio Araoz Alfaro.

La manifestación del doctor Chevalier no produjo sorpresa en el ambiente ni en el auditorio de esta ceremonia, pues todos conocíamos su carácter, su disciplina en la vida y su modo de ser, pero sí una profunda admiración y simpatía cosechó su idea, no solamente en el ambiente limitado de la Repartición sino en todos los medios culturales del país, en donde tanto el epónimo como el donante han gozado y gozan de un prestigio particular.

El joven discípulo, ese adolescente de entonces, estudiante de Semiología en el 4º año de su carrera médica había sentido desde que oyera las primeras clases del maestro y escuchara sus consejos en la vieja Sala 9 del Hospital de Clínicas, el influjo que le atrajo y acercó más y más a ese gran profesor. Ya muy cerca de él notó el cariño paternal del verdadero maestro y su generosa amistad. Ellos despertaron sin duda, una especial atracción, que la sencillez del trato y la llaneza y galanura de su lenguaje completaron y robustecieron los lazos indisolubles de admiración y afecto que lo unieron para siempre y hasta su muerte.

El gesto que hoy celebramos, este bello gesto, encierra en su grandeza tres dones especiales del espíritu difíciles de reunir y de encontrar en los momentos actuales del mundo contemporáneo, en el que desde Oriente a Occidente y desde Europa a América y de un polo al otro la humanidad se debate en una lucha de materialismo impío que amenaza a arrasar y a destruir todos los bienes espirituales y morales que nos heredaran nuestros mayores de todos los tiempos y en todas las latitudes de la tierra. Una lucha en la cual el odio y la venganza rivalizan por sus medios destructores y de desvatación con el orgul'o y la vanidad. El aprecio exagerado por la fortuna y el dinero y por todo lo que represente bienes materiales de lujo, ostentación y placeres desenfrenados domina al mundo y hace que hoy establezcamos comparaciones y notemos más este enorme contraste de los tres dones del espíritu a que hacía mención y que costituyen en mi sentir la esecia medular del premio Araoz Alfaro.

Son ellos la generosidad, la modestia y la gratitud.

Dones que solamente poseen los seres superiores y selectos de la humanidad de hoy. Dones evidenciados solamente en seres de privilegio especial.

Decía que el mundo se debate agitadamente en todas sus clases sociales por el oro y las riquezas, la codicia y el acaparamiento de las fuentes de ellos son el origen de los diferendos que separan las naciones y los continentes, que se mantienen sordos a la palabra y a los consejos y reflecciones de los grandes de la tierra.

En nuestro país, en nuestro Buenos Aires, en esta Dirección de Sanidad vivimos hoy en un oasis de paz y rindiéndole culto a la generosidad. A la generosidad de un caballero de espíritu superior.

Muchos donantes, su gran mayoría, ellos mismos, sus familias, sus amigos o sus admiradores han destinado fondos o creado fundaciones para premios, que llevan todos indefectiblemente sus nombres. El doctor Chevalier en un acto de modestia ha preferido que esta recompensa llevara el de su gran profesor.

¿No están todos los que me escuchan de acuerdo con mis apreciaciones de que este acto de modestia no es habitual en la vida moderna? ¿No están también de acuerdo en que si los hombres la tuvieran más en cuenta y la practicaran con mayor frecuencia, siguiendo un gran ejemplo que nos diera también un hombre hace veinte siglos, la humanidad sería más fe'iz y viviría en un ambiente de mayor sobriedad, tranquilidad y paz del cuerpo y del espíritu?

Esa modestia, ese otro don espiritual es también en mi sentir una condición de excepción en este generoso donante.

Y por fin y tal vez el más importante, la gratitud. ¡Qué bello gesto el de un alumno agradecido a su gran maestro, que después

de muerto, cuando ya no puede esperar más de él, le brinda a manos llenas este recuerdo a su memoria, que hará perdurar en la juventud estudiosa y buena el nombre del que fuera una de las figuras más gloriosas de la medicina nacional!

Qué gran ejemplo de gratitud, qué ejemplo para los que ese día oímos el anuncio de la creación del premio, y qué ejemplo para las generaciones venideras que sabrán que un discípulo de las condiciones del doctor Chevalier quiso agradecer después de muerto a su querido maestro las enseñanzas de los medios que le brindara tan generosamente para la lucha médica futura con que defendería a sus pacientes de la enfermedad y de la muerte.

Si Gregorio Araoz Alfaro contemplara este acto desde los balcones del cielo, como dijera Baudelaire, lleno de placer y de dicha recibiría él mismo una grata recompensa. Una recompensa meritoria para aquel ilustre varón argentino que naciera en Tucumán el 8 de junio de 1870, en donde desde muy niño vio las luminosas escenas que la naturaleza ha volcado a raudales en ese histórico lugar y que lo hicieron decir en su libro "Crónicas y Estampas del Pasado": "Entre el follaje verde obscuro de sus naranjos y limoneros, que los poetas han cantado, y la extensa sabana verde claro de sus cañaverales, emergiendo de aquí y allá en el aire luminoso, las altas y frondozas copas de los pacarás y las de tarcos y lapachos que visten precozmente en primavera las lindas flores violáceas y rosadas, extendiéndose a los pies del nevado Aconquija la pequeña ciudad cándida y quieta, muy satisfecha de haber sido llamada «el Jardín de la República», pero mucho más orgullosa aún de haber sido sitio de la importante victoria de Ciudadela en 1812, del Congreso que proclamara la Independencia cuatro años más tarde y del levantamiento de la «Liga del Norte» contra Rosas, en que el joven gobernador don Marcos M. Avellaneda y tantos otros encontraron la muerte". Allí despertó su amor a las bellas artes que cultivó en todos sus órdenes, muy especialmente la música y la pintura, y del que fueron un franco exponente sus galerías de cuadros con lienzos famosos y estatuas conocidas, que adornaron su casa y lugares de trabajo.

Allí inició sus primeros estudios y evidenció por vez primera también su preclara inteligencia y afán inusitado de mejoramiento y de perfección. Ya en Buenos Aires sobresaliente estudiante llegó pronto a médico y escaló inmediatamente las posiciones de una figura de primera magnitud. Así llegó a ocupar la ansiada meta de Profesor Titular de la Facultad de Medicina de Buenos Aires. Desde la Cátedra y fuera de ella hizo notar sus inquietudes por el progreso y estudio de las condiciones higiénicas del país; la Higiene Pública fue su constante y permanente preocupación.

Sería largo comentar su actuación en cargos y posiciones destacadas en el ambiente nacional, básteme sólo mencionar que fue Presidente del Círculo Médico Argentino, Consejero de la Facultad de Medicina, miembro del Consejo Directivo del Instituto Americano de Protección a la Infancia, presidente de la Liga Argentina Contra la Tuberculosis, miembro y presidente de la Academia Nacional de Medicina, presidente en tres períodos del Departamento Nacional de Higiene, presidente del Instituto Cultural Argentino-Germano, de la Comisión del. Códex Sanitario Panamericano, presidente de la Institución Mitre, presidente del Instituto Popular de Conferencias, miembro del Instituto Argentino-Brasileño y miembro y presidente del Instituto Argentino del Diagnóstico y Tratamiento. Varias veces delegado a congresos médicos y conferencias sanitarias nacionales y extranjeras, en los que representó a su país con marcado Chile, y sociedades de pediatría de Estados ser designado Miembro Honorario o Correspondiente de la Facultad de Ciencias Médicas y la Universidad de París, Academia de Medicina de México, Río de Janeiro, Caracas y Chile, y sociedades de piedatría de Estados Unidos, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador y Uruguay. Además sus estudios históricos hicieron también que en Chile se le designara Miembro de la Sociedad de Historia de las Ciencias.

Numerosos trabajos y libros sobre Higiene, publicaciones y artículos de Pediatría, colaboración en Tratados de Medicina y en capítulos de Clínica Propedéutica y Tisiología y libros como: "El Pañal"; "El Libro de las Madres"; 'Las Semblanzas y Apologías de Grandes Médicos", constituyen un enorme acerbo bibliográfico muy difícil de superar en cantidad y calidad.

Sus numerosos viajes al extranjero, que asimiló con marcado interés, completaron su cultura, una de las culturas más vastas que he conocido, que lo hacía con su memoria proverbial, un conversador ameno en todos los círculos, que codiciaban su presencia.

Su versación en temas generales y su inclinación a la vida cívica activa hicieron que su amistad fuera buscada y cultivada por médicos, hombres de estado y profesores nacionales y extranjeros. Pues sus vastos y profundos conocimientos médicos y humanos y sus dones de caballero bondadoso, sencillo y afectivo lo hacían especialmente atrayente, por lo que cosechó grandes amistades y dejó siempre bien sentado el concepto del verdadero patriarca.

Por su cátedra de Semiología, que recibiera de otro gran maestro de la medicina argentina, el profesor Roberto Wernicke, desfilaron numerosas generaciones de estudiantes que recibieron enseñanzas de conocimientos básicos de la práctica de la medicina y que sintieron el bálsamo de su bondad y las primeras caricias de su amistad. A cada uno de sus discípulos lo conceptuaba desde entonces como a un amigo, de los que contaba en esa forma por millares, repartidos en el país y naciones vecinas, desde donde recibía permanentemente pruebas sinceras de simpatía y cariño, que lo halagaban sobre manera y le hacían menos duras y pesadas las penas que le deparó el destino, a pesar de las cuales y como dijera el gran cubano don José Martí, de sus labios no salían sino palabras dulces aún después de haber bebido tanto vaso amargo.

El Superior Gobierno de la Nación valorando en todo su sentido y significación a esta recompensa, designó un Jurado que hace honor a la misma, y que fue integrado por tres figuras dignas de ellas, los profesores Mariano R. Castex, Juan P. Garrahan y Wilfredo M. Solá.

Los trabajos presentados hicieron también honor a su jerarquía. El número y la calidad de los mismos demostró en forma fehaciente el interés que despiertan en nuestro medio científico los temas sobre Higiene y Medicina Escolares.

Por dicha razón la tarea del Jurado fue difícil y azarosa pues cualquiera de ellos hubiera podido merecer, sin desmedro, la recompensa.

El tribunal encontrando y pesando los valores de tres de los trabajos más sobresalientes en igualdad de condiciones y no pudiendo con sinceridad destacar una diferencia en su calidad, por unanimidad resolvió que el premio fuera compartido por los doctores Enrique M. Olivieri, Julio César Giordano y José Augusto Ganduglia Pirovano.

Tres estudiosos han visto colmados sus afanes y la justicia de este tribunal tan equitativa como ponderada.

El doctor Enrique M. Olivieri, el creador puede decirse, de la Dirección de Sanidad Escolar, ha volcado en su trabajo "Veinticinco Años de Medicina Escolar" lo más selecto y útil de su enorme experiencia en la materia; su trabajo es una síntesis que constituye una fuente de información digna de su autor. Hablar en este ambiente de su personalidad, tan vastamente conocida en el país y en el extranjero, lo conceptuo una redundancia. Bástame sólo afirmar que con este triunfo agrega un laurel más a su brillante carrera de médico, profesor, higienista y hombre de gobierno.

El doctor Julio César Giordano, nuestro jefe, joven, estudioso y bien ponderado médico, que ingresara a la Dirección de Sanidad con todo el entusiasmo y la fe que infunden la juventud, el estudio y las energías de una vida que se inicia ante un venturoso horizonte, ha sido también uno de los autores favorecidos con tan alta distinción. Su trabajo "Sanidad Escolar Argentina" pone en evidencia su clara inteligencia, su versación en los diversos enfoques de la orientación futura de de la Sanidad Escolar y el entusiasmo y la dedicación que ha puesto en su proyecto para que un día esta dependencia sea lo que él sueña con nosotros, la gran institución que como celoso vigía custodie y proteja la salud de los millones de niños argentinos que necesitan de su vigilancia y contralor.

El doctor José Augusto Ganduglia Pirovano otro profesional joven y destacado como estudioso incansable y dedicado sin igual a las disciplinas de esta rama de las Ciencias Médicas. Jefe por concurso de oposición de la Sección Bioestadística Médica de la Dirección de Sanidad, es sin lugar a dudas el modelo del profesional estudioso y capaz, que con

su temperamento bondadoso y tranquilo ha abrazado con un entusiasmo digno de encomio el estudio que iniciara en el extranjero, sobre una materia tan nueva e importante de las ciencias en general, como es la Bioestadística.

Nuestro ilustre ex-director, el doctor Chevalier, conociendo la trascendencia y lo fundamental de esta materia en cualquier rama de toda moderna administración, creó en esta dependencia la sección mencionada y es el doctor Ganduglia Pirovano su primer Jefe.

El comentar su trabajo premiado "Importancia de la Bioestadística Médica en Higiene Escolar" sería largo e inoficioso, su mejor ponderación es sólo mencionar el rango que le ha adjudicado un jurado de semejante jerarquía.

La Asociación Médica de la Dirección de Sanidad Escolar, cuya Comisión Directiva me ha honrado para representarla en esta ceremonia, rinde por mi intermedio un sincero homenaje de recuerdo y admiración a la memoria del gran maestro argentino, el Profesor Gregorio Aráoz Alfaro, un homenaje de cariño y de respeto a su donante el doctor Raúl M. Chevalier y un sincero aplauso a los laureados, a quienes les augura nuevos éxitos y triunfos en su labor científica, que con ella honran a su patria pues con su ejemplo estimulan a los jóvenes estudiosos y les muestran el camino y la senda que han de llevarla un día a cumplir sus gloriosos destinos.

Discurso del Dr. Mario Quiroga en representación de la Asociación Odontológica de la Dirección Nacional de Sanidad Escolar

Excelentísimo señor Ministro de Educación y Justicia, señor Subsecretario, señor Director Nacional, Doctor Raúl Chevalier, señoras, señores:

En momentos en que el país se siente sumergido en un profundo materialismo, Sanidad Escolar detiene su ritmo para rendir el homenaje de las emociones profundas a la preclara figura del maestro Doctor Gregorio Aráoz Alfaro, eminente médico que dedicó sus afanes a la niñez.

Y es precisamente a él, que el que fue distinguido discípulo, el doctor Raúl M. Chevalier, ha querido reverenciar, destinando las asignaciones correspondientes a su cargo de Director General para instituir un premio al mejor trabajo médico-social de Higiene Escolar.

Decía al principio que en estas horas de materialismo, de desconcierto, de angustias, de desesperanzas, debemos invocar a los grandes valores morales para reavivar el sentimiento de Patria que agoniza. Es solamente así, invocando a los eternos valores del espíritu que haremos realidad, el triunfo definitivo.

El doctor Raúl M. Chevalier, en un gesto que le honra, ha evidenciado una altísima distinción moral que es en definitiva el reconocimiento de su conducta y de su obra, elementos esos con que él ha resuelto adornar su vida.

Actos como este, en que se reconocen y enaltecen las virtudes, reaniman la vacilante fe.

El magnífico gesto del doctor Chevalier debe servir de guía y de ejemplo.

La distinción ha sido conferida al ex-Jefe del antiguo Cuerpo Médico Escolar doctor Enrique Olivieri y a dos hombres nuevos, los doctores Julio César Giordano y José Ganduglia Pirovano, savia joven, pujante y estudiosa, tres médicos de vocación auténtica que han puesto su inteligencia y su obra al servicio de noble fin: *La salud del niño.*

El premio que reciben no es más que el justo reconocimiento al mérito, al estudio, a la dedicación, en un compendio de virtudes, que conforman vidas de privilegio y de excepción.

A ellos la felicitación de la Asociación de Odontólogos Escolares.

25 de agosto de 1959.

Texto del discurso pronunciado por el Dr. Julio César Giordano

Excelentísimo señor Ministro de Educación y Justicia, señor Secretario General del Ministerio de Educación, señor Director Nacional, Profesor Doctor Tiburcio Padilla, Doctor Raúl Chevalier, señoras, señores:

La natural emoción de estos actos recae

hoy sobre nosotros con mayor intensidad, por las presencias tan importantes en tan diversos sentidos, por lo que para nosotros significa en este transcurrir de sanitarios y sobre todo porque la ceremonia se realiza bajo la tutela espiritual de una figura de excepción, cuya vida fue un batallar incesante para el bien ajeno que, por su particular concepto del deber, fue su propio bien: el profesor Gregorio Aráoz Alfaro.

El, que fue eminentemente bueno y cariñoso, emparentado por los Aráoz con el legendario Lamadrid y el Alberdi inmortal, al nacer en su Tucumán querido, careció del primer cariño y la bondad primera: su propia madre, que murió en el acto de darlo a la vida.

No hubo para él ni hogar normal ni todo lo que ello significa; su padre casó pronto y lo entregó a los cuidados y a la educación de su tío, el canónigo Alfaro.

Aquel precoz infortunado pudo así desde niño asistir a las tertulias cultas que el canónigo celebraba frecuentemente en la casona de la ciudad provinciana de firme tinte aldeano, saturada de historia patria y cuna de mártires de la civilidad.

Bachiller en Tucumán, iniciado en Humanidades, tocado ciertamente por la vocación médica, Aráoz Alfaro cursó desde los 15 años en Buenos Aires su carrera, mostrando ya entonces su inquieto espíritu de privilegiado, en hechos como la fundación de un centro de cultura estudiantil, su gran ayuda en la epidemia de cólera de 1887 y su trabajo sobre la "Bacteriología del aire".

A los 21 años, apenas graduado, se inició como funcionario en la Asistencia Pública, como profesional en el Servicio de Pediatría del viejo San Roque y como maestro en la Cátedra de Patología General.

Después, comienza el vértigo: publicaciones, clases, fundaciones, congresos, viajes al interior y al extranjero, libros, premios, representaciones, cargos de enorme expectabilidad en la Universidad y en la función pública sanitaria.

Todo en una inmensa oleada de trabajo que le hizo recibir homenajes en su patria y fuera de ella. Incluso tuvo en vida la merecida recompensa de que se impusiera su nombre al Instituto de Semiología.

Luchó contra el mal en muchas jornadas; se batió contra la tuberculosis y el paludismo como contra la desorganización que impide el progreso.

Representó en lo suyo a la Sociedad de las Naciones, fue insigne catedrático, consejero universitario, presidente del Departamento Nacional de Higiene, Académico de Medicina.

A la Muerte que gana todas las guerras, la venció en muchas batallas con su talento, su sabiduría, sus discípulos (de los cuales uno de los más preclaros nos acompaña en este momento, el Profesor Tiburcio Padilla).

Fue culto desbordando el reducto de su técnica y admirando a los grandes artistas, al refirmar con ellos su buen gusto ingénito.

Entró en la familia argentina con su célebre "Libro de las Madres" que fue casi un breviario en muchos hogares de la Patria.

Clínico y pediatra maravilloso, filántropo de su esfuerzo y titán del trabajo, pasó por la vida derrochando energías para entregar a sus semejantes el bien inmenso de su eficacia.

Y cuando al cumplir las bodas de oro con la profesión llovieron sobre él los homenajes, serenamente, con la manera sencilla pero muy firme de las almas superiores, expresó a quienes le rodearon en la ceremonia, palabras de tan profundo valor médico social que no nos resistimos a repetir:

"Hoy, que voy llegando al ocaso de mi vida, veo con satisfacción el valor de mi prédica en la que dije una y mil veces que quien tiene alma de médico no puede limitarse a curar los males individuales; que ha de internarse profundamente en sus causas y entre éstas predominantemente en las de orden social. Y procuré con el ejemplo exaltar el carácter preventivo esencial de la medicina moderna; y mostré también con el ejemplo que para luchar contra el infortunio ajeno es menester darse a los demás, ocuparse de la cosa pública no para situarse en las posiciones oficiales desalojando a otros sino para trabajar por el bien de las gentes, para crear o acrecentar su bienestar y en fin para inculcar en el alto gobernante como en el rudo trabajador la compenetración de sentimientos y aspiraciones capaces más que el origen y las razas, de constituir una nacionalidad homogénea, fuerte, duradera..."

Y Aráoz Alfaro, que a los 58 años de edad hubo de resignar la cátedra por la fuerza de una reglamentación, lo hizo sin espectáculos, sin admitir siquiera la posibilidad de acogerse a una cláusula de excepción que era facultativa del gobierno universitario.

Todo lo contrario, aunque un día hubo de espetar a un adulador ambicioso, "en mis tiempos, joven no se llegaba nunca", cuando de el mismo se trató opuso a la clara verdad de su madurez magnífica un argumento que reputó más poderoso: "No es que no tenga cierta melancolía al abandonar la cátedra, pero es justo y conveniente que los hombres viejos y gastados ya, dejemos el sitio a los discípulos jóvenes, capaces y eruditos, que por ley natural han de dar a la cátedra mayor brillo y eficacia..."

¡Qué infinita superioridad cerró su ciclo en la enseñanza universitaria! Allí donde otros afeaban su conducta, él mantenía su elegancia de gran señor que no busca oblicuamente lo que no se le da en forma directa.

En la Liga Argentina contra la Tuberculosis siguió su incesante actuación y ya cruzados largamente los 80 años aún le veíamos a diario en el Instituto de Diagnóstico trabajando sin desmayos.

Pasó por la vida honrando a su Patria y sirviendo de ejemplo. A este maestro de figura ciclópea, tocado el también por su actuar trascendente hacia la Historia, quiso honrar entonces Raúl Chevalier dedicándole el nombre de su premio.

Y eligió bien. Que en un firmamento de ciencia que gracias a Dios tiene grandes estrellas, Aráoz Alfaro relucirá por siempre con luz propia de fulgir sereno, como fue él, y con la correspondiente majestuosa gloria de los inmortales.

Rendido el homenaje al elegido que queda tan firme en el recuerdo, hemos de agradecer con pocas palabras que así no recen su modestia, al donante del premio, Raúl Chevalier, de quien tuvimos la suerte de ser camaradas en el trajinar diario de esta Sanidad.

Esta Sanidad tantas veces borrascosa, pero aún así y quizá por eso mismo, viejo amor de él y de nosotros.

Sanidad, que le vió largos años entre sus artífices, ya como esforzado médico escolar en un suburbio alejado como Jefe de su Especialidad en los Servicios Centrales, como Asesor Técnico regresando de su alejamiento que propició la tiranía, y al fin, coronando su carrera, como Director Nacional.

Brillante profesional, colega lleno de cordialidad, Jefe sencillo y afable, hubo de actuar dirigiendo en un ambiente difícil, recelosos y lleno de resentimientos. Salió de su mandato altivamente, bienquerido por la inmensa mayoría, respetado por todos ante sus cualidades de caballerosidad, desinterés, honestidad y espíritu de trabajo nunca desmentidos.

Se fue, no del recuerdo, cuyo será imborrable y aún entonces dejó una muestra más de su generosidad. Así donó el producto económico de sus afanosas tareas como Director para que los estudiosos de nuestra disciplina tuviéramos un estímulo y pudiéramos presentar a la pública consideración por esta manera, el fruto de nuestra observación y lo que ella nos hace interpretar.

A él nuestra gratitud que será en el futuro muchas veces acompañada por los sanitarios que se vean favorecidos por su altruista concepción de la misión cabalmente cumplida.

Señores:

Hoy para vosotros es el día de la generosidad, para nosotros el del reconocimiento.

Con estas palabras del maestro podemos iniciar un rápido final de nuestra fiesta de laureados.

El hombre aprende noblemente si lo mueve un interés nunca degradado. Pero en el caso del médico y más aún el del que transita e investiga los problemas higiénicos y sociales de las grandes masas, trasciende la jerarquía de lo expresado hasta adquirir vastas proporciones.

En medio de un pasar que es áspera brega todavía puede el estudioso meditar y haciendo fruto precioso de su experiencia y capacidad de síntesis, brindar a sus semejantes ideas que alcancen a servirles para mejorar sus condiciones de vida, que es decir disponerla a una mayor felicidad.

Las ceremonias como ésta que nos reúne afectuosamente importan cada vez más a medida que la Humanidad disminuye el valor moral y psicológico de otros hechos que debieran ser de alto rango.

Y en el desquiciamiento parcial pero concreto que vemos brillan todavía algunas faenas realizadas con pasión, con nervio respon-

sable, con sacrificio que aunque duela por sí lo sea con cierta voluptuosidad porque lo sabemos útil, constructivo. Y porque nos redime un poco de todo lo que nos da guerra interior, de las ilusiones que se van perdiendo en la noche de la realidad, de los pocos o muchos dolores que causan a los hombres sensibles las rudas asperezas que la vida diaria nos arroja al camino.

Pasan los años y el menester profesional hace acúmulos a veces insospechados para el ejecutante. Pero los hace y por una recóndita germinación se van perfeccionando los resortes secretos de la personalidad médica hasta un grado diverso en nivel pero siempre útil.

Y si hay una mira superior, el hombre de carácter se ata a su destino por su propia obra, por su conducta, por sus renunciamientos.

Declina ventajas contrariando sus humanos apetitos que hacen a la primera y fácil proclividad. Porque su conciencia le impulsa siempre adelante y si alguna vez una vacilación quiere detenerlo, la misma correntada que creó con sus afanes lo arrastra para que siga siempre, siempre, sin importarle demasiado la adversidad y despreciando, altivo en su dignidad, la incomprensión y la mala fe.

Soledades y meditaciones van dando sus frutos tras el duro bregar de la profesión y alguna vez la obra del técnico adquiere conformación y se aproxima a la perfección soñada.

EL SEGURO ESCOLAR

(*Continuación de la pág. 28*)

cuidado de la salud de los escolares, y, que en el estado actual del conocimiento, no es posible ignorarlo.

Se propone la integración de un equipo de "Psicólogos o Consejeros Escolares", con formación científica seria y responsable, que dependerán directamente de la autoridad psiquiátrica de Sanidad Escolar. Estos asistentes psicológicos desarrollarán su acción en las escuelas primarias y secundarias, de acuerdo con un plan de ideas esbozado.

La inadaptación escolar debe ser encarada como síntoma de desviación de la personalidad y con proyección de futuro. Debe hacerse en la escuela el diagnóstico precoz de la inadaptación, como base de la Higiene Mental. Las causas de orden emocional son el origen de la mayor parte de las dificultades escolares.

De la manera propuesta, o de otra. Pero el ocuparse de la salud mental de nuestros niños y adolescentes es una tarea impostergable, frente a la alternativa de "ser o no ser", en que se encuentra el hombre moderno.

LA HIGIENE MENTAL

(*Continuación de la pág. 29*)

Este Seguro Escolar que en principio parecería de complicado mecanismo podría ser facilmente dirigido desde la escuela por los maestros y respaldado por: Los aportes de escolares y estudiantes; el aporte del Estado en la misma proporción que el alumno; el importe de los seguros que no se cobrarán por cualquier causa; donaciones y legados, rentas e intereses por inversión de los fondos del Seguro Escolar.

CONCURSO EN LA DIRECCION NACIONAL DE SANIDAD ESCOLAR

De acuerdo a las disposiciones legales (Ley Nº 14.747 del Estatuto del Docente), en la Dirección de Sanidad Escolar se procedió a realizar los concursos que tuvieron por objeto seleccionar los profesionales que debían ocupar los cargos vacantes en diversas dependencias de la repartición.

Es así que, separadamente, se efectuaron las pruebas de concurso para las designaciones de Jefe y Sub-jefe del Departamento de Odontología, cargos vacantes por jubilación de los Dres. Guillermo Ries Centeno y Simón Cicinelli, respectivamente, para siete Inspectores Médicos y para once Odontólogos Escolares.

Ajustándose con toda estrictez a las disposiciones estatuarias la Junta de Clasificación para Docentes Profesionales procedió a dar publicidad por los periódicos y otros medios de difusión del llamado a concurso con tal objeto.

De inmediato una numerosa inscripción demostró interés por los cargos, pues en pocos días varios centenares de profesionales requirieron las condiciones y programas y procedieron a su inscripción.

De las inscriptos, la Junta de Clasificación procedió a efectuar la selección, clasificando los antecedentes, títulos y trabajos de los aspirantes y, de acuerdo siempre a las disposiciones mencionadas, confeccionó las listas de quince profesionales Médicos y de veintitres Odontólogos. De inmediato designó los delegados de la misma para presidir los Jurados. Para el de Médicos recayó en el Doctor Héctor J. Mollard, para el de Jefe de Odontología en el Doctor Osvaldo Tiscornia, y para el de Odontólogos en el Doctor Alfredo Bove Arregui. Los Jurados fueron integrados después por los profesionales sorteados entre los primeros del "ranking" por los aspirantes de cada categoría. Es así que las designaciones recayeron: para integrar el Jurado de Médicos, en los Doctores Antonio Retto y Dalmiro Boto, para las jefaturas de Odontología, en los Doctores Juan Carlos Bozzini y Pastor Florit y para el de Odontólogos en los Doctores Nazario C. Lepre y Santiago Lanfri.

Una vez integrados los Jurados y efectuada la clasificación de antecedentes, títulos y trabajos por la Junta, las listas de los concursantes fueron expuestas en las carteleras de la Dirección de Sanidad.

El día 27 se realizó la prueba oral, cuya clasificación fué promediada con la de antecedentes y prueba escrita, de cuyo promedio salió la clasificación final.

Después de efectuados todos los requisitos y realizados los cómputos finales, fueron seleccionados para ser propuestos para las correspondientes designaciones los profesionales siguientes: para la Jefatura y Sub-jefatura

del Departamento de Odontología, los Doctores Abraham Rapoport y Vicente Puig, respectivamente; para Inspectores Médicos, los Doctores María Clelia Soregaroli, Luis A. Arata, Norberto S. Carnovali, Enrique Dameno, Norberto González Torres, Edgardo L. Armando Celesia y Mario O. Tiffemberg. Y para Odontólogos Inspectores: los Doctores Myriam E. Morales, Rubén Raccagni, Mauricio Garfinkel, Olga Solla Reyes, Daniel Pujo, Juan Carlos Sugasti, Raúl María Chuchurru, Ofelia Gamarra de Chiesa, Horacio L. Tettamanti, Néstor E. Sar y Blanca Estrada.

Dichos nombres fueron elevados por la Dirección al Ministerio de Educación y Justicia con el objeto de que sean efectuadas allí las designaciones oficiales.

Una vez realizados los nombramientos el señor Director de Sanidad ha resuelto que la entrega de los mismos sea efectuada en acto público en el próximo mes de marzo de 1960, al iniciarse el año lectivo correspondiente.

AMIGO MAESTRO:

¿QUE PODEMOS HACER POR UD.?
ESTA SECCION ESTA POR ENTERO A SU SERVICIO
NUESTROS PROPOSITOS SON:

RESPONDER EN FORMA CONCRETA A PREGUNTAS DE CARACTER MEDICO SANITARIO FORMULADAS EN NO MAS DE VEINTE LINEAS.

QUE DICHAS PREGUNTAS DEBEN SER DE INTERES GENERAL.

QUE DAREMOS ACLARACIONES Y ORIENTACIONES PERO NO DIAGNOSTICOS NI TRATAMIENTOS.

LOS PADRES Y MAESTROS DEBEN RECORDAR QUE:

Los niños en su insaciable curiosidad tienen derecho a hacer preguntas sobre cuestiones sexuales.

—Que es obligación de no dejar sin respuesta sus preguntas.

—Que en esta forma se encausa al niño en el conocimiento de la verdad.

—Que así el niño no recurrirá a fuentes de información que falseen el concepto cabal de las cosas.

—Que el satisfacer su curiosidad no es más que parte de la educación integral del niño en el que debe existir un principio moral tal que lo aparte de la concupiscencia y depravación.

—Que esa curiosidad al ser natural no debe ser sofocada con respuestas fuera de tono.

—Que ese ambiente de verdad hará que el niño no trepide en comunicar sus inquitudes y ansiedades a sus padres y maestros.

- MISCELANEA -

Si queréis entrar en el número de los espíritus científicos, los únicos que cuentan, es preciso que os desembaracéis de las ideas y los razonamientos a priori, y que os atengáis a las deducciones de los hechos comprobados, sin acordar más confianza de la debida a las deducciones de puras hipótesis.

LUIS PASTEUR

Es cierto que no existe una inmunidad contra el error, pero una razonable incredulidad es el mejor preservativo. El temor a errar se convierte en un daño que sí llega a impedir la acción, pero es menos dañino que la credulidad excesiva, que es una tendencia opuesta que no nos permite la intervención del razonamiento.

A. MURRI

Hacia la edad de 6 años, aparece el primer gran molar, diente definitivo, sumamente importante; con demasiada frecuencia se da el caso de que se abandonen las caries de dichos dientes a su triste suerte por ignorancia o por descuido.

F. NIDERGANG

Alguien ha dicho que es preferible dejar nueve delincuentes en libertad, que guardar entre rejas a un inocente. Este mismo criterio se podría aplicar al síndrome apendicular: es preferible sacar nueve apéndices sanos que descuidar un apéndice que mata.

MANUEL DEL SEL

El único procedimiento terapéutico seguro y eficaz en la cura de la alergia alimentaria, está representado por las dietas de eliminación de la sustancia provocadora, y todos los demás, hasta ahora, no son sino paliativos o sustitutos que nos dan un elevado porcentaje de fracasos en comparación con los éxitos verdaderos y persistentes de aquél.

PEDRO A. TAPELLA

CANJE - ECHANGE - EXCHANGE

Solicitamos en canje el envío de libros, folletos, revistas, estadísticas, etc.; en particular aquellos que contengan leyes, decretos, estatutos, o que traten los problemas del niño en sus aspectos de higiene, asistencia médico-social, de enseñanza, etc.

Nous prions de nous envoyer en échange des livres, brochures, revues, statistisques, etc.; en particulier ceux contenant des lois, décrets, statuts, ou s'occupant des problèmes de l'enfant sous ses aspects hygiéniques, d'assistance, médicaux, sociaux, d'enseignement, etc.

In exchange we request the remittance of books, pamphlets, magazines, etc.; particulary those containing statistics, laws, constitutions and regulations treating the child problem from its different aspects of hygiene, protection, education, medical, social, etc.

Wir bitten um Austausch von Büchern, Broschüren, Zeitschriften, Statistiken, u.. s.. w: im besonderen von solchen die Gesetze, Dekrete, Statuten, enthalten welche Schulsanitäre Probleme regeln, und solche die Probleme des Kindes vom Standpunkt der Hygiene, der medizinischen aud sozialen Fürsorge und der Erziehung behandeln.

REVISTA DE SANIDAD ESCOLAR

Publicación Autorizada por Expte. Nº 64.933|52

AÑO IV — Enero de 1960 — Nº 8

Sumario

Pág.

Acotaciones referentes a las vacunaciones más comunes, por el doctor Alberto Urribarri 1

Poliomielitis en los EE.UU. — Extracto del informe preparado por la "Poliomyelitis Surveillance Unit", U. S. Department of Health, Education and Welfare. Atlanta. Georgia. 16

La higiene mental, por el doctor Héctor Grimozzi .. 20

El seguro escolar, por el doctor Mario D. Quiroga .. 29

Sífilis. — Enfermedades infecto contagiosas. División de Educación Sanitaria de la Dirección Nacional de Sanidad Escolar 30

¿Sabe Ud. qué? 34

Primeros auxilios. Hemorragias. — División Educación Sanitaria de la Dirección Nacional de Sanidad Escolar 35

Entrega del Premio "Gregorio Aráoz Alfaro" y discursos pronunciados por los doctores Angel S. Ardáiz, Héctor Mollard, Mario D. Quiroga y Julio César Giordano 37

Concursos 46

Los padres y maestros deben recordar. — Miscelánea 48

REDACCION: División Educación Sanitaria. Dirección Nacional de Sanidad Escolar

SAAVEDRA 15, 3er. Piso — T. E. 48 - 8071 — BUENOS AIRES — REPUBLICA ARGENTINA

TARIFA REDUCIDA

CONCESION 4994

I.2798

MINISTERIO DE EDUCACION Y JUSTICIA
DIRECCION NACIONAL DE SANIDAD ESCOLAR

ESCUELA JUAN LARREA
BIBLIOTECA
1235

REVISTA DE SANIDAD ESCOLAR

AÑO 4 - Nº 9

Marzo de 1960

00157754

MINISTRO DE EDUCACION Y JUSTICIA

Dr. LUIS R. MAC'KAY

DIRECTOR NACIONAL DE SANIDAD ESCOLAR

Dr. ANGEL S. ARDAIZ

SUBDIRECTOR NACIONAL DE SANIDAD ESCOLAR

Dr. RAUL H. ITURRIOZ

Director de la "Revista de Sanidad Escolar": Dr. HECTOR J. MOLLARD

Jefe de Redacción: Dr. MARIO CACERES BERTODANO

COMITE DE REDACCION

Prof. Dr. Eduardo E. Casterán
Dr. Carlos A. Corominas
Dr. Mariana Etchegaray
Dr. Julio César Giordano
Dr. Alberto L. Merani
Dr. Ignacio A. Varela
Dr. Diego León Perazzo
Dr. J. A. Ganduglia Pirovano
Dr. Efraín Laurnagaray Urquiza
Dr. Jorge A. Machado
Prof. Dr. Carlos A. Marchese
Dr. Raimundo A. Tártari
Dr. Alberto Urribarri
Dr. Alfredo C. Vidal Freyre
Dr. Alberto Furze
Dr. José A. Mancusi

REVISTA DE SANIDAD ESCOLAR
Publicación Autorizada por Expte. Nº 64.933/52

AÑO IV | Marzo de 1960 | Nº 9

La Crisis de Deshumanización y Urgencia de una Educación Integral

NUEVO ENFOQUE, DE ALCANCE SOCIAL, PARA EL PROBLEMA DE LA INFANCIA IRREGULAR

"La calidad de la vida es más importante que la vida misma".

ALEXIS CARREL (La conducta en la vida)

Dr. RAMON P. MUÑOZ SOLER
ENCARGADO DEL CENTRO DE ORIENTACION EDUCATIVA

1. — Un "niño difícil" no es solamente un problema individual sino un problema social.

Cuando un niño viene a la consulta por problemas de comportamiento, si se realiza un estudio integral del mismo, se advierte que detrás de los factores orgánicos determinantes o de las situaciones anímicas conflictivas, se desenvuelve toda una problemática social, con derivaciones individuales y colectivas que requiere una detenida consideración.

En otras palabras —y en un caso más que en otro— el "mal" que observamos en un niño desarmónico, agresivo, inadaptado al hogar o a la escuela, aparte de las implicaciones médicas y psicológicas, no es solamente un mal individual sino un mal social: si profundizamos nuestra mirada comprensiva veremos que las causas o motivaciones somáticas o psíquicas tienen raíces profundas que surgen del seno mismo de la sociedad.

No es que neguemos importancia a los factores endógenos constitucionales,

orgánicos o psicológicos, para fundamentar la patología de la conducta en factores ambientales, sino que hacemos notar que en la serie de causas generadoras de dicha patología hay factores aún más profundos, gérmenes patógenos que anidan más o menos disimulados en todas las capas de la sociedad.

Cuando revisamos los antecedentes de un "niño difícil" y comprobamos que sus padres viven en la miseria, que todos los miembros de la familia conviven en una misma habitación, que los hermanos duermen con las hermanas en la misma cama... indudablemente nos predisponemos a considerar que los factores económicos tienen gran importancia (y no es que no la tengan) en la génesis de tanta perturbación anímica y conductual como se ve en los hogares sumergidos.

Pero cuando analizamos la biografía familiar de "niños difíciles" de padres pudientes, con trastornos del carácter semejantes a los primeros, que siempre tuvieron su propia habitación, su patio de juego, su jardín de infantes, etc., atenuamos entonces el predominio de los factores económicos y acentuamos el de otros factores que pueden intervenir en la constelación vital: sobreprotección o abandonismo, dificultades en las relaciones de los padres entre sí, etc.

Pero hay factores sociales, "males sociales", que van más allá de la economía y de las relaciones afectivas de los padres y los hijos; hay "males" que calan hondo en el alma de la sociedad y de los individuos que la integran, males que parecen acentuarse en estos últimos tiempos en todos los países del mundo y que se objetivan luego en la patología de la conducta que vemos luego en nuestros consultorios o en las clínicas de conducta.

2. — Crisis de deshumanización.

Estas raíces profundas de desarmonía individual, familiar y social están más allá de los "complejos anímicos" a los cuales se pretende reducir con demasiada simpleza buena parte de los trastornos de conducta de niños y adultos. Se trata de gérmenes negativos, que no son propios de una clase social o de una condición de vida sino que afectan a la médula del individuo y de la sociedad y configuran un pronóstico sombrío para el porvenir de la raza.

No se puede agotar la comprensión de la persona humana a través de un enfoque organicista o psicologista; es necesaria una comprensión tridimensional que abarque lo somático, lo psíquico y el fondo esencialmente espiritual del hombre.

Desde este punto de vista antropológico, que integra las concepciones organicistas y psicologistas, es posible advertir el peso de factores o raíces de desarmonía que afectan a la persona espiritual del hombre y cuya extensión y resonancia social se hacen cada vez más evidentes en nuestros días.

Se trata de una quiebra de la integridad del hombre mismo, de su condición de individuo consciente y responsable en la sociedad, para transformarse en una "máquina humana", sin un centro espiritual que controle el dinamismo somático y psíquico y desconectada de sus semejantes con quienes conser-

va, a lo sumo, una relación de cosa entre cosas.

Y ésta es una enfermedad, no nueva, pero que aparece con caracteres alarmantes en el mundo de hoy: es la "enfermedad de deshumanización".

¿Qué hijos se pueden esperar de la unión de padres deshumanizados?

¿Qué extraño puede resultar que surjan en la sociedad hogares desarmónicos, desequilibrados, e hijos psicópatas, neurópatas o con los más diversos "complejos" de inferioridad, de superioridad, de celos, de inadaptación, etcétera?

Un hombre deshumanizado no solamente es un enfermo sino que es un peligro social y tanto más peligroso cuanto que es muy difícil reconocerlo: su condición se oculta bajo las más atractivas apariencias: intelectualidad, posición social, belleza física...; es el germen de las graves deformaciones de la vida familiar y social; es el padre o la madre de la mayoría de los niños psicópatas y anormales del carácter que vemos en las clínicas de conducta.

3. — Un nuevo enfoque para el problema de la infancia irregular.

Todos nos alarmamos, hoy en día, del creciente número de niños y adolescentes inadaptados a la familia y a la sociedad, delincuentes, psicópatas y desarmónicos del carácter: médicos, psicólogos, pedagogos, juristas y asistentes sociales, se reúnen en todo el mundo en congresos para tratar estos problemas y reclamar de las autoridades la concreción de medidas urgentes para la asistencia y tratamiento de los mismos.

Yo soy un convencido de que en nuestro país hacen falta muchas escuelas de educación diferencial para atender a los miles de niños que no aprenden en la escuela común; y que hacen falta también múltiples Centros de Orientación Educativa para la orientación y tratamiento de los cientos de miles de niños y padres con problemas de comportamiento, pero creo que ha llegado la hora de detenernos un instante y hacernos una pregunta:

¿Vamos a dedicar nuestros mejores técnicos especializados en problemas educativos y psicológicos al tratamiento de la "infancia irregular"?

Es curioso comprobar que la mayoría de los jóvenes que siguen los doctorados de filosofía y letras, psicología, ciencias de la educación, cursos de especialización psicopedagógica, etc., quieran dedicarse a los niños anormales.

Todo esto está muy bien, pero no deja de ser una acción sobre los efectos de un mal social, cuyas raíces quedan sin atacar y cuyos frutos de anormalidad se reproducen constantemente.

Al día de hoy es tan grave la crisis de deshumanización y desarmonía individual y colectiva que habrá que elegir entre dos caminos:

O empleamos lo mejor de nuestra ciencia, de nuestros técnicos especializados, y de nuestra economía para sostener cientos de escuelas de educación diferencial y de centros de reeducación para atender a los cientos de miles de inadaptados sociales, o nos decidimos de una vez por todas a formar una nue-

va generación de niños y de hombres, plenamente humanizados, que nos den el fruto de una sociedad más armónica que requiera menos clínicas de conducta, menos reformatorios y menos escuelas para infradotados.

¿No habrá vocaciones de maestros y de psicólogos que apliquen la experiencia recogida en el campo de la patología para formar a niños vigorosos, anímica y espiritualmente? ¿No habrá vocaciones para atender mejor a la infancia normal, para evitar que nuestros niños caigan en la crisis de deshumanización que avanza como una sombra sobre la sociedad actual?

¿No habrá una generación de Maestros que devuelva a las escuelas normales y a las facultades llamadas de humanidades la formación realmente humana que reclama la hora presente; que forme maestros y profesionales no de una "cultura intelectual humanista" sino de "substancia humanista" que sean quienes den a nuestros niños la formación integral de la persona social y espiritual?

Cuando estos niños lleguen a ser hombres-humanizados habrá menos familias desarmónicas, menos neurópatas, psicópatas y anormales del carácter, menos delincuentes y antisociales.

Con la experiencia que hemos recogido en el campo de la psicopatología queremos llamar seriamente la atención de nuestros amigos, los maestros: ya no es posible que la formación del niño en la escuela se limite al desarrollo racional, devocional o de actividades prácticas; hace falta una formación integral que debe comenzar por los maestros mismos. Hay que formar una nueva generación de niños; de lo contrario seremos responsables de haber visto los males y de no haber puesto remedio a su debido tiempo.

Conclusiones

Este trabajo tiene la pretensión de ser un llamado de alerta del médico especializado en psicopatología, al maestro.

Plantea la nacesidad imperiosa de afrontar el grave problema de la deshumanización del hombre y su secuela de desarmonías bajo el doble enfoque asistencial y preventivo.

Señala que la cultura intelectualista que recibe el maestro en las escuelas normales es totalmente insuficiente para la difícil tarea de formar los niños y hombres integrados que reclama la sociedad actual.

Finaliza manifestando que hace falta una nueva generación de maestros que pueda formar una nueva generación de niños.

Cardiopatías Congénitas

COMENTARIOS ESTADISTICOS EN LA DIRECCION NACIONAL DE SANIDAD ESCOLAR

DUCTUS ARTERIOSO PERSISTENTE PRESENTACION DE CINCO CASOS

Dr. Z. EDUARDO GUTIERREZ LAVIN
JEFE INTERINO DE CARDIOLOGIA

Los avances de la técnica quirúrgica en el tratamiento de las anomalías congénitas, que estaban abandonadas hasta hace diez años a su evolución espontánea y desfavorable, ha obligado a los clínicos cardiólogos a un mejor conocimiento y a un diagnóstico exacto.

Ello es posible merced a la constelación del estudio clínico, radiológico, electrocardiográfico, cateterismo y angiocardiográfico.

Conviene recordar que estos métodos objetivos son auxiliares del juicio clínico y del razonamiento diagnóstico.

La cardiopatía congénita es una anormalidad estructural del corazón ya existente desde el nacimiento. Es de hacer notar que ciertas anomalías, aunque reconocidas desde los primeros meses de vida, no asumen características patognomónicas hasta después del año de edad, como sucede con la persistencia del Ductus arterioso y la coartación de la aorta. Estos defectos sólo se descubren a raíz del examen clínico realizado por el médico inspector escolar, cuando el niño concurre por primera vez a la escuela, y otras veces cuando el facultativo examina prolijamente al niño a más temprana edad.

Existen pruebas convincentes de que las cardiopatías reumáticas han ido declinando en estos últimos años, de acuerdo con estadísticas, en los Estados Unidos de N. A., de la "Metropolitan Life Insurance", el "Toronto Cardiac Registry" y el "Children's Medical Center of Boston". En nuestro país ocurre lo mismo; la Dirección Nacional de Sanidad Escolar, año 1958, *registra cardiopatías congénitas cincuenta y una,* y *cardiopatías reumáticas treinta y siete.*

No puede afirmarse si estos cambios se deben a los antibióticos, o a otros factores, pero hay un hecho de suma importancia: "la prevención de las infecciones estreptocócicas, sobre todo del istmo de las fauces, por medio de la antibioterapia elimina la recurrencia de la fiebre reumática". Otro factor es que se diagnostican mejor, porque los adelantos en la fisiopatología y hemodinamia han predispuesto a los médicos a su estudio.

Las cifras del "Toronto Cardiac Registry" del año 1951 indican más del doble de niños con congénitas que con reumáticas y Alexander Nadas, del Hospital de Niños de Boston dice: ingresan anualmente diez veces más, de nuevos pacientes con anomalías congénitas que de enfermos con cardiopatía reumática.

En cuanto a la frecuencia de las diferentes anomalías, las cifras son variables de acuerdo con la forma en que se han hecho los estudios. Algunas son a base de necropsias como la de Maude Abbot, del año 1936; otras en base a estudios clínicos, como la de Paul Wood, del año 1950; en ambas las más comunes son: 1º) La estenosis pulmonar con tabique interventricular abierto; 2º) Defecto del tabique interauricular para Wood y persistencia del conducto arterioso para Abbot. En la del Hospital de Niños de Boston, año 1958, figura en primer término la persistencia del Ductus arterioso.

El fichero de la Dirección Nacional de Sanidad Escolar confiesa el siguiente orden de frecuencia sobre un total de 200 anomalías congénitas diagnosticadas:

1.	Defecto del tabique interventricular	86
2.	Ductus arterioso persistente	44
3.	Defecto del tabique interauricular .	30
4.	Estenosis pulmonar pura	18
5.	Coartación de la aorta	6
6.	Tetralogía de Fallot	5
7.	Dilatación idiopática de la pulmonar	4
8.	Complejo de Eisenmenger	2
9.	Dextrocardia	2
10.	Atrioventricularis	1
11.	Cayado aórtico a la derecha	1
12.	Síndrome de Wolff-Parkinson-White	1
	TOTAL	200

Obvio es decir que la sección Cardiología ha registrado casi exclusivamente anomalías acianóticas. Que tiene probabilidad de examinar al niño a su ingreso a la escuela (5-6 años de edad) y luego periódicamente en la pubertad y adolescencia. Que aconseja a los padres y luego deriva a los centros quirúrgicos, a los niños, para su corrección, que como en los casos de Ductus arterioso persistente típico, permite resultados tan brillantes, tan retributivos, que hacen de esta malformación una de las más gratas de la corrección quirúrgica. En el fichero figuran un cierto número de niñas intervenidas con espléndido resultado.

Etiología:

Conocemos cada malformación, pero las causas por las cuales se detiene o altera la ontogénesis se basan en hipótesis.

Factor hereditario:

Es bien conocida la incidencia de anomalías congénitas en hermanos. Taus-

sig describió el caso de una familia en la que el padre y cuatro hijos mostraban persistencia del Ductus, y Alexander Nadas refiere el caso de una familia en que la madre y la hija presentaban Ductus arterioso y ambas operadas con feliz resultado.

En el mongolismo suele observarse la persistencia del ostium primum o del canal atrioventricular.

De lo dicho deducimos que la herencia cromosómica por anomalía familiar del gérmen individual, o adquirida por infecciones o intoxicaciones de los padres, pueden perturbar la calidad cromosómica y una alteración de la ontogenia del feto. Hay que hacer notar la influencia de ciertas enfermedades eruptivas, como la rubeola, en el caso que la madre adquiera esta enfermedad dentro de los tres primeros meses del embarazo. Experiencias hechas sobre animales indican que la anoxia trae malformaciones, en especial defectos septales.

En la Revista Peruana de Cardiología del año 1952, Alizamon, Castro y otros, publican un trabajo sobre la influencia de las grandes alturas en la determinación de algunas anomalías cardíacas, y dicen: "...la incidencia, en especial el Ductus arterioso persistente, es más frecuente en grandes alturas y con bajas tensiones de oxígeno, que en aquellos nacidos en regiones a nivel del mar".

Conducto arterioso persistente:

Concepto:

Consiste en la persistencia de la permeabilidad funcional del Ductus arterioso después del nacimiento, la cual se considerará patológica cuando se encuentra después del año de edad.

1º) El conducto arterioso, del mismo modo que el agujero oval de Botal, es una estructura necesaria para la circulación fetal normal.

2º) Los pulmones carecen de función específica, pues la circulación pulmonar es sólo nutritiva, puesto que la funcional se establece después del nacimiento. El oxígeno se obtiene de la placenta por intermedio de la vena umbilical.

3º) La sangre oxigenada se vacía en la aurícula derecha por la vena cava inferior, de donde se traslada a la aurícula izquierda atravesando el agujero oval de Botal, predominando la sobrecarga funcional del ventrículo derecho sobre el izquierdo.

4º) El Ductus arterioso lleva sangre de la arteria pulmonar a la aorta (siendo un shunt de derecha a izquierda en la circulación fetal).

¿Qué sucede después del nacimiento?

Al hacer las primeras inspiraciones y por la acción de la presión atmosférica, se produce la súbita expansión de los pulmones que estaban atelectasiados y desciende bruscamente la presión en la arteria pulmonar, debido a la gran cantidad de sangre absorbida por la circulación pulmonar y la llegada de mayor cantidad de sangre a la aurícula izquierda, eleva su presión y produce el cierre funcional del agujero de Botal al empujar un repliegue endocárdico llamado válvula de Vieussens.

Se ha producido la reversión hemodinámica al nacer, al anularse la circu-

lación de la vena umbilical por ligadura del cordón umbilical.

El Ductus conecta la arteria pulmonar en su punto de bifurcación, con la aorta, inmediatamente después del nacimiento de la subclavia izquierda. Normalmente se cierra después del nacimiento, al establecerse la circulación pulmonar, tal vez por espasmo, cierre funcional, el cual, seguido de isquemia parietal, se sigue de proliferación endoarterial, hiperplasia de la íntima con infiltración de colágeno y de fibrosis, transformándose en ligamento arterioso.

El Ductus arterioso persistente puede presentarse como un conducto cilíndrico de uno a tres centímetros de largo; puede dilatarse y puede estar parcialmente obliterado.

El Ductus arterioso persistente lo clasificamos en dos tipos acordes con la fisiopatología y hemodinamia.

Conducto arterioso persistente típico:

Fisiopatología:

Desde el punto de vista hemodinámico se caracteriza por un shunt arteriovenoso, o sea de aorta a la pulmonar, por ser superior la presión en la aorta que en la pulmonar, dando como resultado un aflujo de sangre desde el circuito general hacia el pulmonar de una cuantía de dos a cuatro litros por minuto, del veinte al cincuenta por ciento del volumen minuto sistémico; sangre que se mezcla con la pulmonar, aumentando su volumen sistólico, sobrecargándolo funcionalmente y que una vez que ha pasado el lecho pulmonar y desembocado por las venas pulmonares en la aurícula y ventrículo izquierdos, sobrecarga la diástole ventricular izquierda, dilatándose las cavidades izquierdas y la pulmonar, por los repetidos embates sistólicos del cortocircuito.

Además, debido a la desviación de la sangre de la aorta a la pulmonar, la presión diastólica es baja y la diferencial es mayor, dependiendo de la cuantía del shunt.

Incidencia:

Es una anomalía importante. En la estadística de la Dirección Nacional de Sanidad Escolar, ocupa el segundo lugar: 44 casos en 200 cardiopatías congénitas diagnosticadas.

Sintomatología clínica:

Es asintomático y en muchas oportunidades es el médico inspector escolar quien descubre el soplo y lo envía a la sección cardiología.

Signología:

Se palpa frémito sistólico o sistólico diastólico en 2º espacio intercostal izquierdo y escotadura supraesternal. El impulso cardíaco es hiperdinámico en la punta.

Se ausculta soplo "continuo" "sistólico-diastólico" llamado de Gibson, ruido de túnel, en "maquinaria" intenso de grado IV - V - en el mismo lugar del frémito, foco máximo de auscultación, con propagación al hombro, cuello y fosa supraespinosa izquierda. Soplo constante que comienza enseguida del primer ruido y sigue en "Crescendo"

hasta el segundo ruido, tras lo cual toma una configuración en "Descrecendo", desvaneciéndose un instante antes del primer ruido. Este soplo continuo con refuerzo sistólico demuestra que se trata de una comunicación arteriovenosa producida por el choque de dos corrientes sanguíneas a diferente presión. Los ruidos cardíacos suelen estar oscurecidos por el soplo "continuo".

Cuando existe un "shunt" amplio, con gran aumento del caudal pulmonar, suele auscultarse también un soplo apical diastólico de baja frecuencia.

Las pulsaciones son rebotantes (pulso saltón), hay descenso de la presión diastólica y una alta diferencial, como en la insuficiencia aórtica; pero estos signos dependen del "shunt", del grado del cortocircuito. Signo y prueba de Bohn son positivos cuando tras un esfuerzo, como es el de realizar quince flexiones de piernas, la tensión diastólica cae en el primer momento.

Signos radiológicos del Ductus típico:

Depende de la cantidad de sangre que pasa por el Ductus, es decir, su diámetro.

Un "shunt" pequeño puede dar una imagen normal.

Un "shunt" de mayores proporciones tiene las características del aumento del volumen sanguíneo en aurícula izquierda, ventrículo izquierdo y arteria pulmonar, es decir: prominencia de la arteria pulmonar (Capelo de Zinn).

Agrandamiento ventricular izquierdo y de aurícula izquierda.

Danza hiliar. Dilatación de las ramas de la pulmonar, en especial la izquierda.

Latido hiperactivo y vasos pulmonares congestionados.

Todo el borde izquierdo de la silueta cardíaca presenta hiperpulsabilidad bien demostrada en el radioquimograma.

El aortograma retrógrado, inyección de la sustancia de contraste en la humeral izquierda, opacifica la aorta, el Ductus y la pulmonar como también las ramas pulmonares, siendo la oblicua anterior izquierda la mejor para ver el Ductus. En esta posición es posible visualizar una saliencia o prominencia opaca en la unión del cayado con la aorta descendente por opacificación del Ductus en su entrada a la aorta, llamado espolón de Süsmann.

Signos electrocardiográficos del Ductus típico:

1º) Puede ser normal (Ductus pequeños).

2º) En el shunt grande, se revela en una hipertrofia ventricular izquierda con voltajes altos en las derivaciones izquierdas. Puede presentar sobrecarga diastólica ventricular izquierda (ondas T elevadas y acuminadas en las precordiales izquierdas).

Cateterismo:

Para sentar el diagnóstico del Ductus arterioso típico no se necesita la cateterización. Revela: 1º — El contenido de oxígeno de la arteria pulmonar está aumentado en por lo menos

un volumen por ciento con respecto al del ventrículo derecho. 2º — El caudal de la circulación pulmonar tiene un mínimo dos veces superior al de la circulación general y este aumento es proporcional al volumen del "shunt". 3º — El cateter pasa de la pulmonar a la aorta descendente por el Ductus. 4º — Saturación arterial dentro de lo normal.

Tratamiento curativo:

Es quirúrgico. La edad mejor, desde los 3 a los 15 años. Se prefiere la sección y ligadura para evitar la recanalización.

Después de la intervención el corazón disminuye de tamaño, desaparece el soplo. A veces queda un discreto soplo que al cabo de un año no se aprecia más. El trazado electrocardiográfico y balistocardiográfico se normaliza luego de un tiempo de adaptación.

Conducto arterioso atípico o con hipertensión pulmonar:

Estos niños presentan síntomas de diferente grado, dependiendo su sintomatología y signología de la dinámica circulatoria, es decir: 1º —Si la elevación de la presión arterial pulmonar es por aumento de volumen o incremento del caudal sanguíneo pulmonar. 2º — Si la hipertensión pulmonar es por aumento de la resistencia de las arteriolas pulmonares con un caudal variable. 3º — ¿A qué edad se presenta el Ductus atípico?

Hay un grupo de niños que recién en la primera o segunda década de su vida hacen hipertensión pulmonar: han convertido el Ductus típico que sobrellevaban en Ductus atípico. Existen otros que de entrada, desde su primera infancia, presentan hipertensión pulmonar (los más graves), porque las arteriolas pulmonares de pequeño y mediano calibre tienen las características fetales, con engrosamiento de la íntima y la media y con disminución del lumen.

Fisiopatología

Cuando por la hipertensión pulmonar congénita primitiva o secundaria a la arterioesclerosis pulmonar de sobrecarga, la presión pulmonar se eleva en diferentes grados y a veces se equilibra, o supera a la aórtica, el shunt que antes era de izquierda a derecha, es reemplazado por un doble shunt cruzado, apareciendo cianosis, y otras veces llega a producirse la inversión del cortocicuito. En consecuencia se agrandan el ventrículo derecho y el tronco de la pulmonar, en proporción a la presión endocavitaria.

Los ductus atípicos son en un número reducido de casos y están incluídos todos los que tengan hipertensión, pulmonar, desde el más simple con hipertensión de volumen o caudal hasta el más grave con gran resistencia arteriolo pulmonar.

Estos son los ductus donde es necesario saber si la hipertensión pulmonar es leve, moderada o grave de acuerdo a los índices tensionales en la arteria pulmonar y endocavitaria del ventrículo derecho.

Sintomatología clínica del ductus atípico

Son niños, o adolescentes con signos de cianosis, en accesos, o bien con discreta cianosis en manos y pies. Tienen fatiga y están propensos a infecciones respiratorias.

Impulso cardíaco palpable en la punta y apéndice xifoides.

Se palpa frémito en 2º espacio intercostal izquierdo, borde esternal.

A la auscultación llama la atención el ruído de cierre de la pulmonar "explosivo", "violento".

Soplo sistólico audible en el mismo lugar del frémito. También existe el soplo "continuo" en "maquinaria". Deja de tener las características del soplo del ductus típico.

Este soplo sistólico-diastólico de ductus atípico tiene un carácter de "vaivén", "oscilante".

Signos radiológicos:

Revela una silueta muy anormal.

Agrandamiento biventricular y de la arteria pulmonar.

Congestión de los vasos pulmonares como en todo shunt de izquierda a derecha, pero en los casos con gran obstrucción vascular pulmonar puede existir el contraste entre los campos pulmonares periféricos disminuídos o isquémicos y los vasos hiliares congestionados.

Signos electrocardiográficos

Traducen los signos de sobrecarga del ventrículo derecho, e hipertrofia ventricular izquierda. Hipertrofia biventricular, predominando a veces la hipertrofia derecha.

Signos hemodinámicos

1º — El contenido de oxígeno en la pulmonar es superior en por lo menos un volumen de oxígeno por cien al del ventrículo derecho.

2º — Hay una hipertensión arterial pulmonar y ventricular derecha de grado variables.

3º — La presión "capilar pulmonar" está elevada.

4º — El caudal pulmonar es mayor que el sistémico y hay un aumento de la resistencia pulmonar total de grado diverso.

5º — Suele haber una discreta insaturación arterial en los "ductus invertidos" que llevan sangre de la pulmonar a la aorta, y cuando la muestra de sangre de la arteria femoral es inferior en por lo menos un volumen de oxígeno por cien, con respecto a la sangre saturada de la arteria braquial, el diagnóstico de "Ductus inverso" es evidente.

Planteamiento clínico cardiológico y tratamiento

Debe realizarse la valoración de los signos clínicos, electrocardiográficos y

del cateterismo para demostrar los índices de presiones.

1er. caso: Ductus con hipertensión pulmonar de volumen, o de caudal circulatorio con shunt de izquierda a derecha, índice tensional leve.

Debe intervenirse, y son muy beneficiados por la intervención quirúrgica.

2º Caso: Ductus con hipertensión pumonar de volumen, shunt de izquierda a derecha, índice tensional mediano y resistencia pulmonar leve.

La intervención quirúrgica debe realizarse ya que la estadística está repleta de brillantes resultados, pues después de la operación y desaparecer la hipertensión de caudal circulatorio, disminuye la presión endocavitaria derecha y evita que se torne grave la resistencia arteriolar pulmonar leve.

3er. caso: Ductus con hipertensión pulmonar por alta resistencia arteriolar, y con caudal mediano o elevado con "shunt" cruzado, índice tensional grande. Pronóstico severo, gran riesgo quirúrgico, resultados mediocres y malos.

Observaciones presentadas a los MEDICOS INSPECTORES

Obs. Nº 1: D. L. A. de *quince años* de edad, alumna de tercer año de la Escuela Normal Nº 8. Padre falleció de diabetes. Madre sana, única hija. Nació de parto normal.

No se obtienen antecedentes de enfermedad reumática. Dice no tener disnea. No hay cianosis. Buena coloración de piel y mucosas. Bien constituída y nutrida.

A la exploración: Soplo, continuo, diastólico y sistólico muy intenso, grado cinco. Tensión arterial Mx 130 Mn 50. Electrocardiograma tipo sobrecarga ventricular izquierda con voltajes altos en las derivaciones izquierdas y alteraciones de la onda T en V5, V6 y en VL. Telerradiografía: Agrandamiento del ventrículo izquierdo. Ingurgitación hiliar, ramas de la pulmonar dilatadas, y resalte del arco de la pulmonar.

Diagnóstico: Ductus arterioso persistente típico. Fué intervenida en el Hospital Italiano en julio de 1959. Ha concurrido nuevamente a la sección Cardiología de Sanidad Escolar y al examen clínico presenta cicatriz de incisión submamaria. El soplo tremante continuo ha desaparecido y se había normalizado la tensión arterial mínima o diastólica. Mx. 130, Mn. 80. Examen afectuado el 9|X|1959.

Obs. Nº 2: A. L. R., argentina de *seis años,* cursa el primer grado. Padres viven, dicen ser sanos; tiene una hermana. Madre con facies mongoloidea. La niña fué amigdalectomizada; tuvo sarampión y varicela. Tiene facies mongoloidea y es oligofrénica.

Cardiológico: se palpa frémito en tercer espacio, intercostal izquierdo y fosa supraesternal.

Soplo en maquinaria que se propaga a cuello y espalda.

Tensión arterial: Mx. 130, Mn. 30.

Electrocardiografía: saliencia del arco medio izquierdo, prominencia de la pulmonar. Hilios ingurgitados; se observó también en fluoroscopia, vasos pulmonares con fuertes pulsaciones, latido hiperactivo.

Diagnóstico: Ductus arterioso persistente.

Es operada en el Hospital de Niños. En la actualidad no hay soplo y la tensión arterial se normalizó.

Obs. Nº 3: W. M. C., argentina, nacida el 12 de febrero de 1952, *siete años,* cursa el primer grado.

Padres y cuatro hermanos, viven y sanos.

Coqueluche, sarampión y parotiditis. Dice tuvo congestión pulmonar seria y propensa a los resfríos.

Cardiológico: soplo continuo, sistólico, diastólico, en maquinaria. Tensión arterial: Mx. 100, Mn. 45.

Electrocardiograma: eje eléctrico a la derecha. R. S. hasta V6. Telerradiografía: acentuación del arco medio izquierdo con aumento del diámetro longitudinal.

Diagnóstico: Ductus arterioso.

Obs. Nº 4: A. D. Q. H., nació el 24 de febrero de 1946, *quince años,* cursa sexto grado en la Escuela Normal de San Fernando. Padres sanos. Hijo único. Amigdalectomizado. Exploración: soplo sistólico y diastólico en 2º y 3er. espacios intercostales izquierdos, borde esternal con frémito.

Tensión arterial: Mx. 130, Mn. 60.

Electrocardiograma: normal.

Telerradiografía: saliencia del arco medio izquierdo, "prominencia de la pulmonar". Congestión hiliar.

Diagnóstico: Ductus arterioso.

Se aconseja a los padres la intervención quirúrgica curativa, para evitar la descompensación o la ductitis bacteriana que puedan presentarse en futuro.

Obs. Nº 5: V. M. E., argentina, nacida el 2 de noviembre de 1952, *siete años.* Cursa el primer grado.

Cardiológico: soplo continuo en maquinaria, sistólico y diastólico, grave, grado cinco, que propaga a clavícula, hombro, cuello y con menor intensidad a toda el área cardíaca. Se ausculta también soplo diastólico en punta. No cianosis. Pulso femoral + +.

Tensión arterial: Mx. 110, Mn. 45. Prueba de Bohn: Mx. 110, Mn. 25.

Electrocardiograma: eje eléctrico a la derecha con posición eléctrica vertical y R. S. hasta V5.

Telerradiografía: prominencia de la pulmonar, agrandamiento ventricular izquierdo. Ventrículo derecho con discreto agrandamiento. Ingurgitación hiliar.

Diagnóstico: Ductus arterioso.

Se aconseja a los padres la intervención curativa y profiláctica de una futura descompensación, o de una ductitis bacteriana como también operar a tiempo para evitar la transformación del Ductus típico que sobrelleva, en un Ductus atípico con el pasar de los años.

CONDUCTO ARTERIOSO PERSISTENTE

1. — *Caracteres anatómicos*

a) Persistencia de la comunicación entre la aorta descendente y la arteria pulmonar, después del período de recién nacido.

b) Congestión de la circulación pulmonar.

c) Hipertrofia del ventrículo izquierdo.

d) Dilatación ocasional de la aurícula izquierda.

2. — *Dinámica circulatoria*

a) Derivación de sangre saturada desde la aorta a la arteria pulmonar, con congestión de la circulación pulmonar; ocasionalmente, hipertensión pulmonar secundaria.

b) Aumento del volumen minuto del ventrículo izquierdo y sobrecarga del mismo.

c) Rara vez, derivación inversa (como en la vida fetal) desde la arteria pulmonar a la aorta descendente.

3. — *Fisonomía clínica*

a) Pueden faltar los síntomas.

Caso típico, 2º espacio intercostal izquierdo: Frémito continuo con reforzamiento sistólico. Ruido de maquinaria (soplo continuo con refuerzo sistólico, grave o intenso. 2º ruido pulmonar + +.

Caso frecuente. Frémito-soplo sistólico 2º espacio intercostal izquierdo. 2º ruido pulmonar + +.

Ocasionalmente: Frémito y soplo sistólico 2º espacio intercostal izquierdo, soplo suave diastólico de insuficiencia de la pulmonar.

c) Disnea de esfuerzo.

d) Fácil fatigabilidad.

4. — *Caracteres radiológicos*

a) El corazón puede ser de tamaño normal.

b) Constituyen signos precoces la prominencia del segmento de la arteria pulmonar, con congestión de los campos pulmonares y danza hiliar.

c) Puede apreciarse dilatación del ventrículo y de la aurícula izquierda.

d) Dilatación del infundíbulo del arco aórtico descendente.

5. — *Datos electrocardiográficos*

a) De ordinario existe un electrocardiograma normal.

b) Hipertrofia ventricular izquierda, si la desviación es grande.

6. — *Evolución*

a) Endocarditis bacteriana.

b) Insuficiencia cardíaca.

7. — *Hallazgos de laboratorio*

Recuento de glóbulos rojos, hemoglobina y hematocrito normales.

8. — *Procedimientos diagnósticos especiales de elección*

a) El aortograma retrógrado a través de la arteria braquial puede opacificar el conducto y la circulación pulmonar, procedimiento preferible en lactantes.

b) La cateterización puede revelar derivación extracardíaca de izquierda a derecha, con aumento de la oxigenación de la sangre de la arteria pulmonar. Es posible pasar directamente el catéter a través del conducto al interior de la aorta descendente.

c) El angiocardiograma no tiene de ordinario valor diagnóstico, puede confirmar el gran tamaño de la aurícula y ventrículo izquierdos y rara vez el conducto opacificado.

9. — *Tratamiento quirúrgico*

a) Ligadura del conducto persistente: curativo. (Pero preferible el 2º procedimiento).

b) Sección del conducto persistente: curativo.

THE AMERICAN JOURNAL OF THE AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION
Vol. 171, Nº 7. Oct. 59, p. — 105.869

Reacciones a la Vacuna Antipoliomielítica

Por: Charles N. Christensen. — Indianápolis
DE LA DIV. MEDICA DE LOS LABORATORIOS DE INVESTIGACIONES ELI LILLY

La vacuna antipoliomielítica es única entre los productos biológicos inmunizantes en razón de que produce muy poca reacción. Este informe está basado en los datos recogidos sobre reacciones redactado por Eli Lilly & Co. con respecto a la aplicación de más de 184.000.000 de ml. de vacuna antipoliomielítica.

Reacciones anticipadas

Al principio, cuando la vacuna fué puesta en circulación, se hicieron diversas recomendaciones sobre las posibles reacciones derivadas de su aplicación. Encefalitis, meningoencefalitis, neuritis y otras enfermedades neurológicas, eran posibilidades consideradas sobre la base de la experiencia de reacciones producidas por otros inmunizantes biológicos. Tales reacciones han sido registradas después de la administración de vacunas contra pertusis, viruela, toxoide diftérico, antitoxina tetánica y muchos otros.

Debido a que el virus era preparado en células de riñón de mono, teóricamente la vacuna podría contener antígeno Rh. y proteína renal. Por lo tanto se consideraba posible la enfermedad hematológica por sensibilización con proteína renal.

También se anticipó que podrían ocurrir manifestaciones alérgicas debido a que en la preparación de vacunas, además de utilizar proteínas de riñón de mono, se empleaba penicilina, estreptomicina, virus poliomielíticos, fenolsulftaleína y un medio sintético: la vacuna antipoliomielítica Lilly, que se prepara con la técnica Maitland (riñón de mono desmenuzado) contiene thimerosal (Mertiolato) y sodio etilenediamine tetraacetato. Otros laboratorios usan una o más de una variedad de sustancias en la producción de su vacuna: polimyxina, tripsina, benzetonio, metilparaben, propilparaben y suero de ternera o de caballo.

Con esta impresionante lista de posibles alergéticos, las reacciones alérgicas eran consideradas con toda razón como un peligro en potencia.

A pesar de que la lista es larga, la concentración de los varios elementos enunciados es extremadamente pequeña. La concentración final del nitrógeno total (del medio mismo, del virus poliomielítico, del riñón de mono y posiblemente de otras proteínas producidas durante el crecimiento viral) es de 0,35 mg. por milímetro. El medio sintético contiene 0,25 mg. de nitrógeno por mililitro.

Exhaustivos estudios han demostrado que la penicilina contenida en la vacuna antipoliomielítica de Lilly es menos de 0,001 unidades por mililitro. Es interesante hacer constar que si la vacuna de un lote contiene una cantidad dosable de penicilina y es agregada a una vacuna que no tiene penicilina dosable, en el término de 24 horas, la penicilina no puede ser detectada en la mezcla. Esto sugiere la presencia en la vacuna de cantidades rastro de una substancia destructora de la penicilina, tal como penicilinasa.

Incidencia de las reacciones

Varios investigadores han dejado constancia de las reacciones provocadas por la vacuna antipoliomielítica. En el primero de estos estudios, hecho durante la preparación para las campañas en gran escala de 1954, fueron inoculados 7.507 niños con vacuna comercialmente preparada; la única reacción encontrada fué un caso de urticaria. En las campañas mismas, fueron observadas reacciones menores (debilidad, mareos, náuseas, leve rash y chuchos) en un 0,6 % de los niños inoculados y reacciones mayores (rash intenso, fiebre, dolores intensos en los brazos y piernas y enfermedad del sistema nervioso o renal) en el 0.004 % de los casos, es decir, en 1 por 25.000.

Solamente en gran escala fueron empleados controles. La incidencia de síntomas alérgicos después de las inyecciones fué entonces similar en los que recibieron vacuna, en los placebos y en los que no recibieron ninguna aplicación pero fueron observados.

Un estudio que llega a la conclusión de una incidencia del 2,51 % es difícil de evaluar, dada la falta de sujetos de control y la norma de informar separadamente los síntomas de cada persona.

Más recientemente fueron registradas las reacciones que siguieron a la administración de 138.528 inyecciones. Hubo irritación local y dolor en el lugar de la inoculación en un 15 % de las personas. El cansancio generalizado y los dolores de cabeza fueron relativamente comunes en los adultos; más específicamente, fiebre, urticaria, rash epidérmico, asma, poliartritis, debilidad en el brazo inoculado, parálisis flácida transitoria en el brazo y meningoencefalitis como complicaciones, en un total de 82 veces —una incidencia de menos 0,1 %—.

Informe de reacciones

La información presentada en esta reseña ha tenido su origen en las observaciones recibidas de los médicos por Eli Lilly & Co., referentes a las reacciones a la vacuna antipoliomielítica. En las tablas han sido incluídas todas las observaciones y ni se ha intentado eliminar aquellas reacciones que pueden no haber obedecido a la vacuna. En muchos casos los mismos médicos destacaban que personalmente no creían que una reacción dada estuviera relacionada con la vacuna, pero

que lo informaban para su conocimiento o por si en el curso de una investigación se repitieran circunstancias similares.

La clasificación es arbitraria y los trastornos mencionados podrían haber sido ubicados en una u otra categoría, o aún en varias. Sin embargo, para simplificar, cada síntoma está registrado sólo una vez. Se han registrado 284 trastornos, que no representan la totalidad de las reacciones que han ocurrido con el uso del producto. Por lo tanto la incidencia de reacciones no puede ser computada de estos datos. Como el producto es nuevo, se han registrado lo más graves. Agregado a ello, es probable que el laboratorio haya recibido notificaciones de un porcentaje mayor de reacciones menos importantes que las producidas por otros productos biológicamente más controlados.

Esto ha surgido en cierta medida del hecho de que aproximadamente la mitad (138) del número total de reacciones se ha relacionado con ardor y dolor provocado por la inyección. Excluyendo éstos, quedan aún 146 posibles trastornos importantes, relacionados con el empleo de 184.000.000 de dosis de vacuna: da una tasa de intolerancia de 1 por 1.200.000.

En 6 casos, después de la inyección, se informaron de cuadros clínicos semejantes a la poliomielitis. Paresias transitorias de las extremidades, no diagnosticadas como poliomielitis, fueron registradas tres veces en dos pacientes; un hombre adulto, presentó debilidad de la pierna izquierda después de la segunda inyección y mayor debilidad aún después de la tercera.

La irritación meníngea incluye todos los trastornos en los que la rigidez de la nuca es síntoma prominente. En varios pacientes se revelaron dolores de cabeza, de espalda o de piernas, fiebre y vómitos. En ninguno de los pacientes con encefalitis hubo pruebas de laboratorio como para identificar el agente etiológico. Se registraron cuatro casos de convulsiones, tres de los cuales se produjeron inmediatamente después de la inyección; en el cuarto hubo 17 convulsiones 7 días después de la inoculación de la segunda dosis de vacuna.

Los síncopes estaban aparentemente relacionados con los estímulos emocionales derivados de la inyección. En tres casos se informó de neuropatías del nervio facial (Parálisis de Bell) que aparecieron entre los 5 y los 10 días después de la administración de la vacuna. En los dos pacientes con paresias, la recuperación fué total en el término de 24 horas.

Hubo 4 casos de reacciones anafilactoideas. De dos de ellos no pudieron obtenerse mayores detalles. En los otros dos había una historia previa de alergia y las evidencias prueban que la vacuna puede haber sido la causante de las reacciones. En todos los cuatro, la recuperación fué completa. Un test dermatológico subsiguiente en uno de los pacientes, indicó sensibilidad a la vacuna; estas reacciones quizá podrían haber sido evitadas haciendo el test dermatológico antes de la inoculación. Estas reacciones anafilactoideas son las más graves informadas como consecuencia de la vacunación.

Hubo urticaria entre las cuatro primeras horas y los 10 días posteriores a la administración de la vacuna. Ocurrió en personas con y sin historias de alergia, así como en personas conoci-

das como sensitivas y en otras conocidas como no sensitivas a la penicilina. Los casos de rash de piel, generalmente estuvieron relacionados con lesiones eritematosas maculares, o máculopapulares, pero incluyeron también a dos pacientes que tenían dermatitis exfoliativa. Incluídos en reacciones alérgicas varias, se encontraron ejemplos de reacciones locales observadas en pacientes conocidos como sensibles al mercurio; de dos pacientes que tenían síntomas similares a la enfermedad del suero, uno de ellos desarrolló edema periorbitario y conjuntivitis 24 horas después de la administración de la vacuna; un adolescente con una historia de alergia grave, presentó un eritema local en el sitio de la inoculación. Además, en nueve ejemplos, los médicos comprobaron que los pacientes tenían reacciones alérgicas, pero no hubo descripción de la reacción o de las circunstancias en que ella se desarrolló.

Los pacientes que habían tenido reacciones febriles, presentaron también varias otras manifestaciones, incluyendo dolor de cabeza, crup, adenitis, dolor de garganta, mialgias, conjuntivitis y, en algunos casos, un rash. Las reacciones locales consistieron en eritema, induración e hinchazón en el lugar de la inoculación, con o sin fiebre.

Otras reacciones varias incluían una variedad de trastornos que no podrían haber sido clasificados bajo ninguno de los otros encabezamientos. El hecho de que cada médico informó sólo de uno o dos casos en conexión con esta amplia cantidad de vacunaciones, es una evidencia concluyente de que fueron accidentes coincidentes, pero que no tenían relación con la vacuna.

Comentario

Desde la introducción de la vacunación antipoliomielítica, siempre ha existido la preocupación de que la vacuna pudiera precipitar o, por contener virus vivos, causar poliomielitis. La evaluación de este punto está obstaculizada por el hecho de que cuando son inmunizadas millones de personas, casi seguro que algunas son infectadas con el virus en el momento de la inyección, o bien adquieren la infección poco después de haber sido administrada la vacuna.

La poliomielitis adquirida por inyección de virus vivos, tiene tres características: a) la aparición ocurre de 4 a 14 días después de la inyección; b) la parálisis tiende a localizarse en el miembro inoculado; c) el lote sospechoso de vacuna producirá más casos que los que normalmente pueden temerse de una infección coincidente.

Los datos del Poliomyelitis Surveillance Unit, del U. S. Public Health Service, destacan el hecho de que nunca el uso de un lote de vacuna discutido ha sido seguido de enfermedad paralítica con estas tres características. Agregado a ello, nunca se ha visto lote comercial de esta vacuna que contenga virus poliomielíticos vivos, pues están asegurados con meticulosos cultivos de tejidos y tests de seguridad en monos. Sobre esta base, parece que los casos de poliomielitis ocurridos después de la inyección de la vacuna, eran meramente coincidentes con la misma.

Es difícil establecer el significado de las otras manifestaciones neurológicas. Tales trastornos han estado relacionados con otros agentes inmunizantes, y en la evaluación final, puede ser que la vacuna antipoliomielítica esté implica-

da en algunos de ellos. Con una incidencia tan baja de trastornos, es muy posible que la enfermedad intercurrente sea la responsable de la mayoría de ellos.

Parece que el riesgo de sensibilización a la proteína de riñón de mono o el antígeno Rh, si es que existe, es muy pequeño. En un caso, un niño sensible al tejido de mono, desarrolló asma después de la vacunación. Existe además un caso de anemia entre la "dolencias varias", pero las evidencias demostraran que la vacuna no era responsable de ella.

Se han publicado varios artículos sobre reacciones alérgicas que han seguido a la administración de la vacuna antipoliomielítica. Si la incidencia es tan baja, resulta difícil saber si fué la vacuna misma la responsable de ellas. Wolf y Pinsky observaron reacciones típicamente alérgicas después de la administración de placebos.

La penicilina ha sido incriminada como causante de las reacciones alérgicas. Los antibióticos no pueden ser omitidos en los procesos de preparación de la vacuna antipoliomielítica. Son esenciales para prevenir la contaminación bacteriológica de los cultivos de tejidos. En los procesos de preparación las células de riñón de mono son cultivadas durante 6 días en un medio nutritivo al cual se han agregado penicilina y estreptomicina. Luego el medio es quitado y reemplazado por un medio fresco, conteniendo también penicilina y estreptomicina. En este momento se le agrega el virus poliomielítico al que se lo cultiva durante cuatro días a 37º C. El medio cargado de virus es separado de las células de riñón de mono y sometido a inactivación con formaldehido durante 13 días a 37º C. Así, después del agregado final de penicilina, el medio de cultivo de tejido es incubado a 37º durante 17 días. Al final de este tiempo, generalmente la penicilina ya no es dosable. Con tantos otros alergéticos en la vacuna, es necesaria una considerable evidencia para confirmar la existencia de la asociación de una manifestación alergética dada y la penicilina.

Ciertamente, debería existir un grado muy alto de sensibilidad a la penicilina, tan alto como rara vez se le encuentra, si la penicilina de la vacuna fuera la causante de las reacciones. En las grandes campañas de prueba, la vacuna fué administrada sin dificultad a niños sensibles a la penicilina. Agregado a ello, Sigal administró penicilina a personas conocidas como sensibles a ella y llegó a la conclusión de que no existía peligro en la administración de la vacuna a esa clase de personas. Desde que una cantidad infinitesimal está presente probablemente en todas las vacunas antipoliomielíticas, se ha sugerido agregar penicilinasa a la vacuna, antes de ser administrada a personas sensibles a la penicilina. Si se decide usar penicilinasa, hay que reconocer que ella también es una proteína extraña y que también, debido a ella, se han producido reacciones alérgicas.

Para lograr una visión más perfecta para el futuro, estos datos deberán ser comparados con los accidentes ocurridos con otros procedimientos de inmunización. En 1947 ocurrieron 45 casos de encefalitis y 4 muertes, en una vacunación de alrededor de cinco millones de personas con vacuna antivariólica, en la ciudad de New York. Berg

recopiló la casuística de complicaciones neurológicas en la inmunización contra pertusis. Encontró 107 casos con 15 muertes desde 1933. Si los millones de dosis de vacuna antipoliomielítica son comparados con estos datos, la seguridad de la vacuna parece bastante demostrada.

Sumario

La Eli Lilly Co. ha recibido información de reacciones en conexión con más de 184 millones de dosis de su vacuna antipoliomielítica.

De un total de 284 enfermos, 138 referían ardor y dolor en el lugar de la inoculación misma. Hubo 37 casos neurológicos, 56 alérgicos, 11 febriles, 17 locales, 17 varios y 8 no especificados, o sea un total de 146 posibles reacciones significativas; esto da una "tasa de enfermedad" de 1 por 1.200.000 dosis. Debido a una información incompleta, los datos no permiten evaluar la incidencia de las reacciones, pero ellas indican que las reacciones son extremadamente infrecuentes y que las reacciones alérgicas no son un problema serio.

Traducción por: L. B. de Roese.

NORMAS Para el Cumplimiento del Plan de Profilaxis Contra la Poliomielitis y Distribución de la Vacuna

Resolución Nº 1.975. — Agosto 21 de 1959.

Vista la necesidad de que se cumpla, completa y eficientemente, el *plan de profilaxis* antipoliomielítico mediante la *aplicación de las tres dosis* fijadas (protección básica) a la población susceptible;

Que los hechos vienen demostrando que la casi totalidad de los afectados por el mal no han sido vacunados o no completaron la serie de tres dosis;

Que cierta cantidad de público pierde interés en la protección antipoliomielítica, luego de aplicada la 1ª ó 2ª dosis, las que se consideran insuficientes para lograr un nivel inmunobiológico conveniente;

Que resulta muy importante que los organismos e instituciones que aplican la vacuna antipoliomielítica colaboren en los grandes programas de educación sanitaria, ampliando e intensificando, por todos los medios a su alcance y dentro de su esfera de influencia, la difusión de los principios sanitarios que hacen tan necesarios ese profilaxis; y

CONSIDERANDO:

Indispensable precisar y extender lo establecido en la R. M. Nº 1.94158, determinando puntos y obligaciones a que deberán ajustarse los institutos y organismos que aplican la vacuna tipo Salk, en consonancia con lo expuesto, el Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública resuelve:

Artículo 1º — Todas las instituciones y organismos(oficiales y privados) habilitados por el Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública para efectuar la vacunación antipoliomielítica, deberán llevar un registro en el que conste: nombre y apellido del vacunado, domicilio, número de teléfono, si lo poseyere, dosis aplicada, nombre y apellido del padre o tutor.

Art. 2º — Los centros de vacunación utilizarán los procedimientos adecuados y agotarán las instancias para reclamar o hallar al niño que debe completar su inmunización antipoliomielítica.

Art. 3º — Se otorgará certificado de vacunación a todas las personas comprendidas en las edades y situaciones contempladas en el plan oficial de vacunación antipoliomielítica, *debiendo reclamarse éste cuando se repita la aplicación de nuevas dosis.*

Art. 4º — Los organismos e instituciones que se señalan en el artículo 1º recibirán nuevas dosis de vacuna Salk una vez cumplidas las exigencias establecidas en la R. M. Nº 1.941/58 y la presente, que obligan a remitir a la Dirección de Enfermedades Trasmisibles los resúmenes correspondientes a las vacunaciones realizadas de conformidad con las mismas.

Art. 5º — Regístrese; publíquese en el BOLETIN DEL DIA; comuníquese a quienes corresponda; cumplido, archívese. — NOBLIA.

DISTRIBUCION DE VACUNA SALK

Resolución Nº 1.941. — Diciembre 2 de 1958.

Vista la necesidad de dar normas sobre la distribución de la vacuna Salk, y

CONSIDERANDO:

Que en la reunión convocada por el Consejo Nacional de Salud Pública a la que asistieron representantes de la Dirección Nacional de Sanidad Escolar del Ministerio de Educación y Justicia, de la Inspección Técnica de Higiene de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, del Ministerio del Salud Pública de la Provincia de Buenos Aires y funcionarios técnicos de este Departamento de Estado, se convinieron principios rectores para la distribución de la vacuna Salk en todo el país;

Que es de urgencia poner en conocimiento de los Delegados Sanitarios Federales las citadas normas para que, a su vez, sean comunicadas a las autoridades sanitarias provinciales;

Que las normas de distribución de la vacuna son las bases principales para una adecuada utilización de la misma, de acuerdo con la información epidemiológica que posee este Ministerio y lo sugerido por el Comité de Peritos en vacunación contra la poliomielitis de la Organización Mundial de la Salud, el Ministro de Asistencia Social y Salud Pública resuelve:

Artículo 1º — Aprobar lo dispuesto por la reunión convocada por el Consejo Nacional de Salud Pública a los fines de enumerar los principios rectores de la distribución de la vacuna Salk.

1º — Centros urbanos (por el mayor riesgo de brotes).

2º — Poblaciones con bajo índice de mortalidad infantil. Se infiere de ese hecho que están expuestos a una mayor incidencia de casos de poliomielitis por no haberse inmunizado naturalmente.

3º — Niños, desde los tres (3) meses de edad hasta los catorce (14) años, inclusive, que no hayan recibido ninguna dosis. De las mismas edades los que necesiten completar la serie de tres (3) dosis.

4º — Embarazadas que no hayan recibido ninguna dosis. Se aconseja la aplicación para su protección.

5º — *En ningún caso se aplicarán más de tres dosis.*

6º — El suministro de vacuna a cada organismo encargado de su aplicación no estará vinculado al número de su población respectiva, sino a la capacidad real de su aplicación y conservación. De ese modo se evitará pérdida de potencia en la vacuna y su distribución parcial estará ajustada a esas posibilidades. Se estimulará la creación o ampliación de la organización destinada a vacunar con material conservado en condiciones técnicas adecuadas, de modo de alcanzar a subvenir los requerimientos de toda aquella población respectiva.

7º — Es necesaria la remisión de resúmenes o listas de vacunados y, con ellas, nuevos requerimientos de vacuna, los que se cumplirán de inmediato. Es conveniente que tales pedidos se hagan por períodos de quince (15) días.

8º — Por cuerda separada, recibirán las Delegaciones Sanitarias Federales las instrucciones correspondientes a esa profilaxis (exigencias mínimas, contraindicaciones, etc). Estas deberán ser igualmente puestas en conocimiento de las autoridades sanitarias provinciales.

Art. 2º — El Consejo Nacional de Salud Pública tomará las providencias necesarias para el inmediato conocimiento de las autoridades de lo dispuesto en el artículo 1º.

Art. 3º — Regístrese, publíquese en el BOLETIN DEL DIA; comuníquese a quienes corresponda; cumplido, archívese (Permanente).

NOBLIA.

TRATAMIENTO DE LAS HEMORRAGIAS

POR PRESION DIGITAL

Para contener una hemorragia la presión digital debe ejercerse colocando los dedos por encima de la arteria, apretando siempre contra un plano sólido, como es el hueso subyacente. Nunca debe hacerse contra un elemento elástico como es el músculo.

Repetimos, que cuando la hemorragia es de origen arterial, la presión debe hacerse por encima del punto que sangra; en la hemorragia venosa, por debajo, y en la hemorragia capilar la presión debe efectuarse sobre la herida.

ARTERIA TEMPORAL

No olvidemos que la arteria debe ser apretada contra el hueso subyacente.

Si el paciente ha sufrido una herida en el cuero cabelludo, para detener la hemorragia que suele ser profusa, debe buscarse la arteria en la región temporal por delante del oído. Una vez localizado el latido arterial, comprímase fuertemente.

ARTERIA FACIAL

Si la hemorragia corresponde a la mejilla, a los labios, o bien es debida a una extracción dentaria, la presión digital debe ser hecha sobre la arteria facial. Para ello la compresión de la arteria se hace en la siguiente forma:

1º — Localizar el ángulo del maxilar inferior.

2º — Sobre el borde inferior del maxilar y a unos 2 1/2 cm de su ángulo, se palpará el latido arterial.

3º — Comprímase a este nivel.

Si la hemorragia, pese a esta maniobra, no se detuviera, deben apretarse ambas arterias faciales.

Si la hemorragia es debida a una extracción dentaria, debe introducirse en el alvéolo una pelotilla de algodón y, por encima de ésta, una almohadilla más gruesa, ordenándose al enfermo que muerda fuertemente.

Si a pesar de todo la hemorragia continuase, debe consultarse inmediatamente a un dentista.

ARTERIA OCCIPITAL

Para controlar la hemorragia localizada en la parte posterior de la cabeza, hay que apretar la arteria occipital para lo cual se la aprieta contra el plano óseo. Para ello determinamos cuál es el centro del pabellón de la oreja y, por detrás del mismo, a unos cuatro centímetros aproximadamente, se hace la compresión.

ARTERIA CAROTIDA

Irriga esta arteria, el cuello, la boca y la lengua.

Para detener la hemorragia debe procederse en la siguiente forma:

1º — Medir aproximadamente 6 cm por debajo del pabellón de la oreja y buscar el latido arterial.

2º — Obtenido éste, se colocan los pulgares en el punto ya establecido.

3º — Se aprieta fuertemente hacia atrás, haciendo presión contra las vértebras cervicales. Para facilitar la maniobra,

y que la presión sea fuerte y pareja, los otros dedos se colocarán por detrás de la nuca.

ARTERIA SUBCLAVIA

Irriga el brazo.

La presión digital es difícil en razón de la existencia de músculos potentes que existen en la región y que dificultan la maniobra.

1º — Determinar la parte media de la clavícula.

2º — La persona que trata de cohibir la hemorragia debe colocarse frente al hombro del herido, apoyando los dedos de una mano sobre el pecho y los dedos de la otra mano sobre la espalda.

3º — Colocar el pulpejo de un dedo pulgar sobre el otro y apretar firmemente por detrás de la parte media de la

clavícula sobre la arteria subclavia que, a este nivel, pasa por encima de la primera costilla. Por lo general, esta maniobra produce dolor, debido a que esta zona está ricamente inervada.

La compresión puede hacerse más efectiva si, en vez de ejercer la presión en forma directa, con los pulgares, empleamos un objeto duro, como puede ser una llave, una madera de volumen adecuado, etc., a las que se arrollará un pañuelo o un trapo cualquiera para evitar en esta forma las lesiones de los tejidos circundantes.

ARTERIA AXILAR

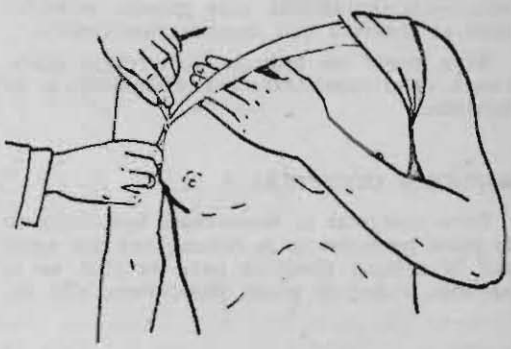
Controlar la hemorragia de una arteria axilar que sangra es muy difícil, por lo que, en caso de que las maniobras que se explican a continuación no dieran resultado, se comprimirá la arteria subclavia, con lo que el aporte de sangre al brazo se suprime.

1ª maniobra

1º — Colocar una compresa que se prepara con uno o varios pañuelos limpios sobre la herida en la axila.

2º — Se confecciona un vendaje triangular en forma estrecha, colocándose el centro del mismo sobre la compresa.

3º — Los extremos de la compresa se llevan hacia arriba, cruzándose por en-



cima del hombro, llevándolos a continuación a través, uno, del pecho, otro, de la espalda.

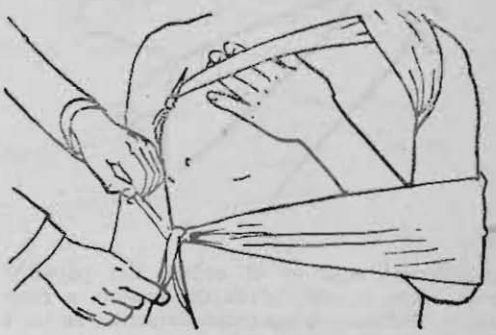
4º — Se atan en el lado opuesto.

5º — Se flexiona el brazo del herido en forma tal que los dedos de la mano queden por debajo del vendaje que cruza el pecho.

2ª maniobra

1º — Peparar un vendaje triangular ancho.

2º — Atar fuertemente el brazo flexionando sobre el costado del cuerpo.



3º — El nudo del vendaje debe estar en el lado opuesto del tórax.

Como complemento de compresión puede colocarse una almohadilla grande y dura en la axila, atándose con fuerza el brazo al tórax.

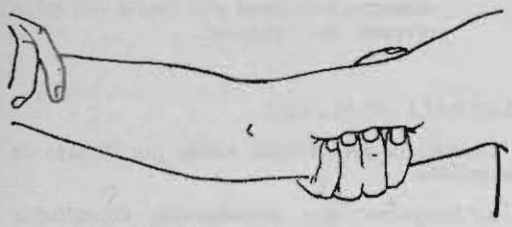
ARTERIA HUMERAL

La herida de la arteria humeral provoca la hemorragia del brazo o de la mano.

Para detenerla se procederá como se indica a continuación:

1º — El que presta el auxilio se colocará por detrás del paciente.

2º — Buscará en la parte interna del brazo su punto medio.



3º — Localizará en el espacio de las dos masas musculares del brazo el latido arterial.

4º — Comprimirá la arteria humeral contra el hueso (extremo superior del húmero).

Si la maniobra es ejecutada correctamente, no se debe palpar el pulso radial en la muñeca.

ARTERIAS CUBITAL Y RADIAL

Hemorragia de la parte media del antebrazo.

Dada la posición profunda de los vasos y que transcurren entre los huesos, es difícil ejercer una presión directa sobre las mencionadas arterias, por lo que para detener la hemorragia debe procederse de la siguiente manera:

1º — Aplicar un torniquete por encima del codo o bien

2º — a) Preparar una almohadilla gruesa (paños limpios, 2 ó 3 pañuelos, etc.)

b) Colocarlos en la flexura del codo.

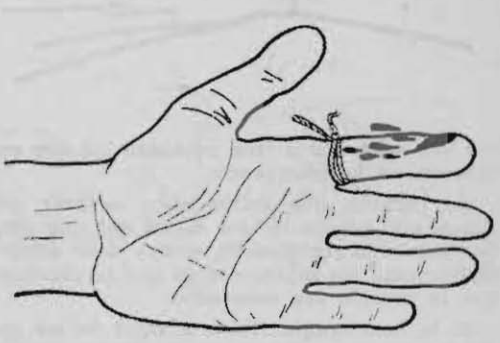
c) Doblar el antebrazo sobre el brazo y atar fuertemente.

HEMORRAGIA DEL ARCO PALMAR

Este depende de las arterias cubital y radial.

Se debe presionar con fuerza sobre las arterias radial y cubital a nivel de la muñeca (cara palmar). La primera se reconoce fácilmente por el pulso.

Si este procedimiento no diera resultado, preparar rápidamente una almohadilla dura,



colocar en la palma de la mano y ordenarle al paciente que la apriete con fuerza.

Si la hemorragia radica en un dedo, puede hacerse una compresión circular que se aplicará en la raíz del mismo, empleando para ello una banda de goma elástica, una liga, un cordel, etc., los que se irán apretando hasta que la hemorragia cese.

ARTERIA FEMORAL

Hemorragia de la pierna.

Para controlar la hemorragia de los miembros inferiores provocada por una herida de la arteria femoral, debe aplicarse el siguiente método:

a) Acostar al paciente en posición decúbito dorsal, con el muslo ligeramente flexionado;

b) Localizar la arcada crural. Por debajo de ella, a uno o dos traveses de dedo, en la parte media del muslo, cara anterior. Buscar el latido de la arteria femoral;

c) Ejercer en este lugar una compresión dirigida hacia atrás, contra el fémur.

Como esta maniobra provoca en el que presta el auxilio una gran fatiga, es necesario que sean dos o tres personas las que colaboren en la emergencia.

La persona que releva debe deslizar sus dedos por debajo de los dedos del que está realizando la compresión, el que debe aflojar suavemente los suyos, con lo que se consigue que la presión sea constante.

Si la hemorragia reside a nivel de los genitales en la mujer, o en la región inginal por herida de las ilíacas o de la femoral en su posición alta, se aplicará el método de Macewen, que consiste en:

1º — Desnudar al paciente en la región donde se hará la compresión (abdomen). El operador se colocará a la izquierda del paciente.

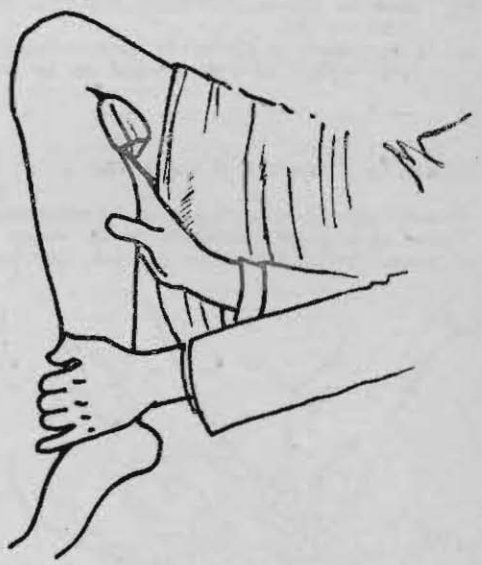
2º — Localizar el ombligo y a la izquierda del mismo y por fuera de la línea media colocar el puño cerrado.

3º — Apoyar el peso del cuerpo contra la columna vertebral por medio del puño cerrado del operador.

ARTERIA POPLITEA

Cuando la hemorragia reside por debajo de la rodilla:

a) Preparar una almohadilla constituida por una compresa doblada, pañuelos, etcétera;



b) Colocarla en el hueco poplíteo;

c) Flexionar la pierna sobre el muslo.

EL TORNIQUETE

Forma de prepararlo:

Lo más práctico es hacerlo de un tubo de goma en razón que la compresión es firme y puede ser regulada.

Si no se pudiera conseguir este elemento, se puede preparar, en un caso de emergen-

cia, empleando para el caso, un pañuelo, una corbata, una venda, un trozo de tela cualquiera, etc., que se atará alrededor del miembro donde la hemorragia está presente. Luego se pasa un lápiz, madera pequeña, bastón, por debajo, ejerciendo en esta forma una torsión continuada hasta obtener el cese de la hemorragia. Deben llenarse ciertos recaudos, por lo que se aconseja:

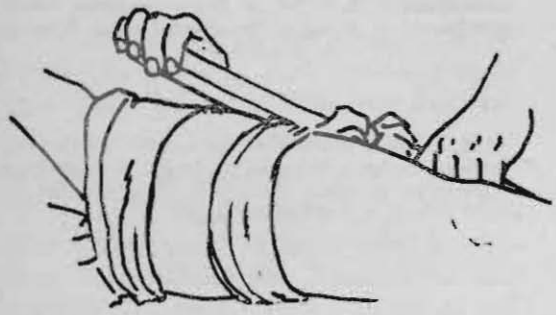
a) No colocar nunca sobre la piel desnuda, a fin de no traumatizar la piel, evitando además molestias y dolores innecesarios.

b) El período de compresión no debe ser mayor de una hora;

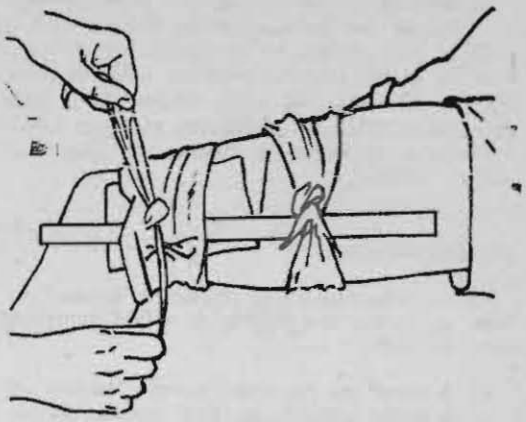
c) La presión debe ser suave, firme, sostenida, hasta la detención de la pérdida de sangre;

d) Si la hemorragia es provocada por una herida arterial, colocarlo por encima de la lesión; si es venosa, por debajo;

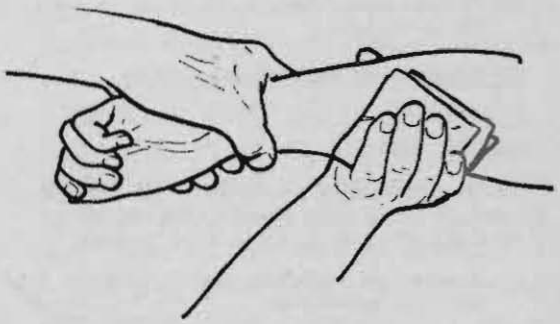
e) Si la hemorragia es del antebrazo o de la pierna, el torniquete deberá colocarse por encima del codo o de la rodilla, en razón de la disposición anatómica profunda de los vasos;



f) La posición del miembro que sangra es fundamental, debiendo estar siempre elevado;



g) Debe mantenerse el bastón o lápiz que ejerce la torsión, fijo al miembro, para lo cual se atará por medio de otro vendaje.



Si la hemorragia es muy copiosa, en napa o por lesión de arteriolas, venas o arterias que sangran profusamente, puede hacerse una cura temporal, de primera intención, aplicando un apósito sobre la herida y apretándola en forma sostenida, o bien colocar un vendaje triangular que no apriete demasiado.

EPISTAXIS

Se denomina epistaxis a la hemorragia nasal. Para detener una epistaxis debe procederse de la siguiente manera.

a) Sentar al paciente en una silla;

b) Ordenarle que extienda su cabeza hacia atrás;

c) Efectuar una compresión digital de la nariz, la que debe ser sostenida y firme;

d) Aplicar un paño embebido en agua helada en el dorso de la nariz y en la nuca;

c) Mantener los brazos del enfermo elevados por encima de su cabeza.

Si la hemorragia no se detiene, puede procederse al taponamiento de las fosas nasales con un algodón con agua oxigenada o bien con una solución de adrenalina al 1 por 1.000, comprimir fuertemente hasta que llegue el auxilio médico.

HEMATEMESIS

Es la hemorragia de estómago, presentándose en forma de vómito de color oscuro o poso de café.

a) Acostar al paciente, manteniéndolo en decúbito dorsal, en una habitación en penumbra, bien abrigado, tranquilo, sin mucha gente que lo rodee, si es posible, una sola persona es la que debe cuidarlo, en tanto el médico concurre;

b) No administrar nada por boca;

c) Colocar una bolsa de hielo en la boca del estómago;

d) Llamar con urgencia al médico.

HEMOPTISIS

Es la hemorragia proveniente del pulmón. La sangre es de color rosado vivo, espumosa, y es expulsada con la tos o a borbotones.

a) Acostar al enfermo con la cabeza y hombros levantados;

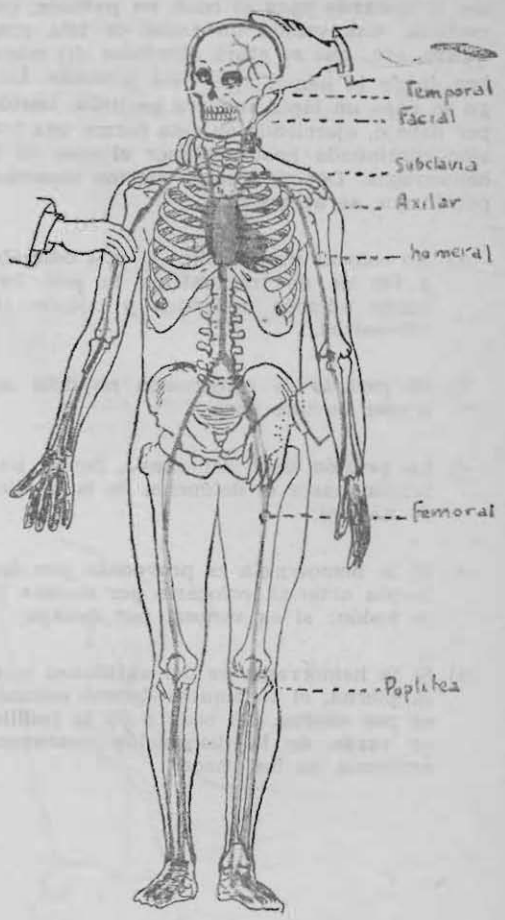
b) Reclinar la cabeza hacia un costado, a fin de que la sangre no pueda ahogarlo;

c) Abrigarlo bien; calentarlo con bolsas de agua caliente;

d) Mantenerlo tranquilo; que no hable;

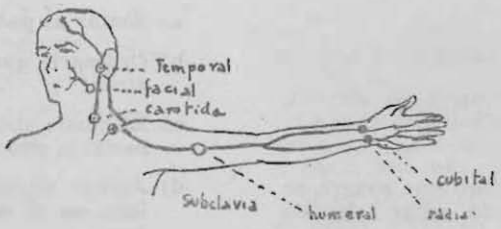
e) Enjuagar su boca con agua, dándosele un trozo de hielo para que chupe.

f) Llamar con urgencia al médico.



Distribución arterial y lugares donde debe efectuarse la compresión digital para detener la hemorragia.

(Abajo) *Distribución esquemática de los vasos que irrigan la cabeza, cuello y miembros superiores y lugar en donde debe efectuarse la compresión.*



Cursos a Dictarse en el Período Lectivo de 1960

Siguiendo el amplio plan de divulgación sanitaria a todos los ámbitos del país que realiza la Dirección Nacional de Sanidad Escolar, durante el transcurso del año 1960 se dictará una tanda de cursos y se propalarán por las redes de radiotelefonía y televisión una serie larga de comentarios y consejos destinados a la población de toda la República y, cursos dedicados a los profesores y maestros primarios y secundarios y a la población en general, dentro de los cuales se han incluído también algunos dedicados a padres de familia especialmente.

El primero de los cursos del presente año se inició el 4 de enero. Fué el Curso de Verano de Primeros Auxilios y Vacunación, destinado a maestros y profesores de la capital y del interior. Su duración fué de un mes, siguiendo el plan trazado, con carácter teórico práctico, desarrollado por Inspectores Médicos especializados en cada uno de sus temas. Las pruebas de competencia se tomaron los últimos días del mes, después de las cuales se otorgó un Certificado de Capacitación y Asistencia.

El interés que despiertan estos cursos en el ambiente docente y en general en variados círculos de la población hizo que para el curso mencionado del mes de enero se limitase la inscripción cuando ella llegó a 350 inscriptos.

La reducida capacidad del aula de clases ha obligado a la División Educación Sanitaria, contra sus propósitos y su voluntad, a tomar dicha medida.

El mismo curso con iguales características de Primeros Auxilios y Vacunación, se dictará con carácter de Curso de Invierno en el mes de julio y otro de Primavera en el mes de octubre.

Las inscripciones para ambos se hallan permanentemente abiertas en la Jefatura de la División Educación Sanitaria de la Dirección de Sanidad, calle Saavedra 15, 3er. piso, de lunes a viernes y de 8 a 20 horas.

El 1º de abril dará comienzo el Curso de Educación Sanitaria dedicado también a profesores y maestros de ambos sexos que se dictarán durante todo el año, con clases 3 veces por semana, de 18 a 20 horas, ajustados a un programa completo de Anatomía, Fisiología, Biología General, Patología Médica, Higiene y Profilaxis.

En el mismo mes darán comienzo los cursos destinados a la preparación de maestros y profesores para la enseñanza de Educación Diferencial, destinado

también a todos los docentes del país que tengan interés en la materia.

Dicho curso se desarrolla en dos años, sus clases son dictadas diariamente de 18 a 20 horas, durante todo el año lectivo, con trabajos prácticos que se efectúan en las 4 Escuelas Diferenciales repartidas en toda la capital, prácticas que son dirigidas por profesores especializados. Las pruebas finales se realizan en el mes de noviembre, después de las cuales se les otorga, una vez cursados los dos años, el Certificado de Capacitación en tal enseñanza que habilita a los graduados a ejercer la docencia en las escuelas destinadas a niños infradotados; de número reducido en la actualidad, pero a crearse en mayor cantidad en el futuro, pues así lo exigen las circunstancias.

El detalle de los programas de las materias que integran sus bolillas se encuentra expuesto en las carteleras de la División Educación Sanitaria.

—O—

En el mes de abril el profesor Doctor Elier Gómez inicia también su tarea docente anual con su curso sobre Fisiología de la Respiración e Higiene de la Voz, dictado en dicho mes para el público en general y docentes en particular, con concurrencia libre, en el Salón Biblioteca de la Dirección de Sanidad, todos los miércoles de 18 a 20 horas.

La duración del mismo es de dos meses, después de los cuales se le otorga, sin examen, un Certificado de Asistencia a quien lo solicite.

El mismo profesor Gómez repetirá el curso, con las variantes que el auditorio exija, destinado especialmente a profesores de Música y Canto, durante los meses de julio y agosto.

En septiembre y octubre el doctor Gómez realizará otro curso sobre Higiene de la Respiración e Impostación de la Voz a profesores de Educación Física, entre los cuales dichas enseñanzas han despertado enorme y justificado interés. Como la asistencia de alumnos a las últimas clases dictadas ha sido tan numerosa se ha dispuesto que en el presente año él se desarrolle en el Anfiteatro de la Cátedra de Higiene de la Facultad de Ciencias Médicas, cedido gentilmente por el profesor titular de la materia, doctor Guido Ruiz Moreno, o en un gran salón de una escuela pública vecina a la Dirección de Sanidad Escolar.

—O—

La tarea docente patrocinada y dirigida por la Dirección Nacional de Sanidad Escolar es efectuada íntegramente por los profesionales escolares que dependen de ella, en el interior es efectuada por funcionarios médicos perteneciente a la División Sanidad del Interior de la misma, destacados en ciudades y pueblos de todas las provincias. Sus programas de Educación Sanitaria son los mismos a que se ajustan los médicos de la Capital Federal.

—O—

Dado el interés despertado por los cursos que dicta el doctor Elier Gómez en la capital y siguiendo nuestro programa de llevar la acción profiláctica a todas las provincias, dicho profesional dictará, durante el año 1960, conferencias y cursos en las ciudades de Santa Fe, Paraná, Corrientes, Córdoba, Tucumán, Salta, San Juan, Santa Rosa, Tres Arroyos y otras, que se irán agregando de acuerdo con las posibilidades de tiempo. Es de hacer notar

en estas circunstancias el enorme y justificado interés de las enseñanzas de la Fisiología Respiratoria, Higiene de la Voz y Prevención de las Afecciones Vocales Profesionales, despiertan entre los docentes de diversas categorías y de todo el país.

La Dirección Nacional de Sanidad Escolar, pulsando las necesidades de la divulgación de enseñanzas sobre Profilaxis, Vacunación, Exámenes Médicos periódicos de los alumnos y Afecciones Profesionales de los docentes y, celosa del cuidado de la salud confiada a ella de los millones de niños argentinos puestos bajo su custodia trata dentro de sus mayores posibilidades de llevar y sembrar hasta los ámbitos más remotos de nuestro dilatado país la semilla educativa que al mejorar la salud contribuirá a mejorar el trabajo y la producción en todas sus enormes fuentes de riqueza.

—O—

En el mes de junio y con una duración de 6 meses el profesor doctor José A. Ganduglia Pirovano, Jefe de la Sección Bioestadística Médica de la Dirección de Sanidad, iniciará el curso sobre Bioestadística Médica, dedicado a todos los médicos y profesionales que deseen perfeccionarse en dichas disciplinas. Al final del mismo se otorgará un Certificado de Asistencia y Capacitación.

Dada la categoría del mismo y el enorme interés que él despierta, se ruega a los interesados anotarse con tiempo en la Sección Bioestadística Médica de la Dirección de Sanidad, todos los días hábiles, de 13 a 19 horas; calle Saavedra 15, 3er. piso.

AMIGO MAESTRO:

¿QUE PODEMOS HACER POR UD.?

ESTA SECCION ESTA POR ENTERO A SU SERVICIO

NUESTROS PROPOSITOS SON:

RESPONDER EN FORMA CONCRETA A PREGUNTAS DE CARACTER MEDICO SANITARIO FORMULADAS EN NO MAS DE VEINTE LINEAS.

QUE DICHAS PREGUNTAS DEBEN SER DE INTERES GENERAL.

QUE DAREMOS ACLARACIONES Y ORIENTACIONES PERO NO DIAGNOSTICOS NI TRATAMIENTOS.

PARTICIPACION DE LA DIRECCION NACIONAL DE SANIDAD ESCOLAR EN LA EXPOSICION A REALIZARSE CON MOTIVO DE LOS FESTEJOS DEL SESQUICENTENARIO DE LA

REVOLUCION DE MAYO

Entre los numerosos e interesantes festejos a realizarse con motivo de la celebración del sesquicentenario de la Revolución de Mayo de 1810, el señor Presidente de la Comisión de Festejos ha comunicado al Ministerio de Educación y Justicia que se ha adjudicado una dependencia en el amplio local de la exposición a instalarse con el objeto de mostrar las variadas actividades del país en los diversos sectores de su producción.

Con tal motivo, la Dirección Nacional de Sanidad Escolar ha sido invitada a integrar parte de dicha dependencia, lo que le permitirá exhibir en forma completa la diversidad de sus actividades, que ha realizado y realiza desde su creación en la Capital Federal y en todas las provincias del país. Es así que podrá contemplarse en dicha muestra su reciente organograma de la planta orgánica funcional completa de la Dirección, los detalles gráficos de su acción sanitaria en todos los Estados argentinos y la forma como se han reorganizado sus nuevos servicios en la Capital y en el Interior. Podrán observarse los gráficos detallados de sus campañas de vacunación en masa y las tareas permanentes de protección y vacunación. Cada uno de los Departamentos, Divisiones y Secciones de la Repartición mostrará sus planes de labor y las tareas efectuadas. La Sección Bioestadística Médica presentará, en forma clara y bien documentada, detalles de las formas como han sido consignadas las afecciones más frecuentes en los millones de niños argentinos que son vigilados y contraloreados por la Dirección de Sanidad Escolar.

También la forma como ellos son protegidos por dos de sus Divisiones que trabajan en forma intensa y coordinada como son la División de Profilaxis y la de Educación Sanitaria. La división Colonias de Vacaciones presentarán una interesante y amplia información gráfica. La División Educación Física hará lo propio de su eficiente y variada tarea.

La Sección Nutrición y Endocrinología pondrá en evidencia la utilidad de una sección rectora en los problemas de la alimentación de los escolares que se educan en todos los establecimientos en calidad de externos o pupilos y la utilidad, también, de las observaciones realizadas en su nueva sub-sección de Efebología.

Los consultorios de las diversas especialidades mostrarán también sus observaciones de las dolencias que más se presentan en la enorme masa de estudiantes argentinos de las diversas regiones del país.

Las escuelas dedicadas a Educación Diferencial, las de Continuación y los Institutos de Sordomudos, exhibirán también interesantes detalles de su desarrollo y organización actual y planificación futura.

El Departamento de Odontología estará representado por una documentación gráfica de su misión y amplia labor, en forma interesante y completa.

La exhición de películas, microcine, discoteca, disertaciones radiotelefónicas y televisión, y un enorme material gráfico de revistas, libretos, carteles murales y sueltos y cartillas de naturaleza variada, pondrán en evidencia todos los elementos de divulgación y propaganda que usa en forma habitual la División Educación Sanitaria en su continuada y proficua labor, que propala a toda la República.

DIFTERIA

Es una enfermedad infecto contagiosa producida por el bacilo de Klebs-Löeffler conocida desde muy antiguo, ya que Sócrates la describió en los niños. En Egipto y Siria se la estudió con el nombre de úlcera de Egipto o Siria; en los siglos XVII y XVIII se consideraba como dos enfermedades distintas a la angina maligna y el crup. El concepto bacteriológico es el que aclara, totalmente, el conocimiento de esa enfermedad y, con el descubrimiento de la toxina secretada por el bacilo, se define la patología de la difteria. En esto se basan los trabajos de Behring sobre la sueroterapia de la difteria.

Las epidemias diftéricas presentan rasgos característicos que siempre se repiten; su extensión es muy lenta, nunca invaden bruscamente; las epidemias tienen primero un carácter local, pero aparecen simultáneamente en regiones muy alejadas. Esta propagación lenta y discontinua da lugar a ondas planas y prolongadas en las gráficas de las epidemias.

El cuadro clínico de la difteria varía extraordinariamente; puede localizarse en amígdalas, istmo de las fauces, faringe, fosas nasales, laringe, conjuntiva, vulva y piel.

La intoxicación general afecta a casi todos los órganos: corazón, sistema vascular, sistema nervioso vegetativo y central, órganos endocrinos y riñón.

En los adultos puede presentarse sólo una ligera inflamación de garganta, con algo o nada de membranas.

Las infecciones inaparentes de las vías respiratorias altas exceden al número de casos identificados.

Desde el principio hay molestias faríngeas leves, limitándose a una discreta disfagia. El examen, al comienzo de la enfermedad, da los signos de una angina catarral. Pronto aparecen puntos blancos o grises que se forman en las criptas de las amígdalas, de donde se extienden y confluyen formando un exudado que cubre las amígdalas o la mucosa circundante.

En las formas leves el exudado se circunscribe a una amígdala, en los de mediana gravedad, a ambas amígdalas, y en los graves, se extiende a los pilares palatinos, envuelve la úvula, cubre el velo palatino e, incluso, puede avanzar por todo el paladar.

El anillo linfático perifaríngeo, las amígdalas, la úvula y el velo del paladar se presentan edematosos ocluyendo la rinofaringe. En los casos graves despide un olor característico, comparable al de la cola de carpintero.

Los ganglios están infartados y los ganglios yugulares son dolorosos.

En las formas graves edematosas y hemorrágicas necrosantes, es frecuente la participación de la mucosa nasal en el proceso diftérico. Se observa la tumefacción edematosa de la nariz hallándose la pituitaria cubierta de costras, con secreción flúida o hemorrágica que macera las fosas nasales y el labio superior. La difteria nasal se presenta con cierta frecuencia en lactantes, pasando a me-

nudo inadvertida en razón de que los síntomas locales se limitan a un coriza rebelde. El estado general se perturba; hay disminución de peso con trastornos intestinales y fiebre. El no diagnosticar a tiempo la difteria nasal puede provocar la muerte súbita por lesiones cardíacas.

Las manifestaciones generales tóxicas, aún en la formas leves, son de observación frecuente. Durante el curso de la enfermedad, pueden faltar los signos objetivos de la intoxicación, no siendo raro comprobar colapsos y lipotimias, que indican una perturbación en el aparato circulatorio, cuando los enfermos abandonan precozmente el lecho.

La muerte cardíaca, repentina, en la convalecencia, es uno de los accidentes más temidos de la difteria.

Sorprende la palidez del enfermo, sus profundas ojeras y la frialdad de sus extremidades. El pulso es pequeño, blando y taquicárdico. Hay un aumento del área cardíaca y del hígado.

Como la toxina diftérica tiene marcada predilección por el sistema nervioso, las parálisis motoras pueden presentarse afectándose primero y a menudo, de un modo exclusivo, los nervios próximos al foco patológico.

Así se ven parálisis del velo del paladar; parálisis de la acomodación; parálisis de los músculos externos del ojo (la más frecuente es la del nervio motor ocular externo); parálisis leve de la musculatura faríngea que se manifiesta al ingerir líquidos; parálisis de los músculos del cuello, en las que el enfermo se muestra incapaz de mantener la cabeza erguida; parálisis de los músculos respiratorios, intercostales y del diafragma, que implica la muerte por parálisis de la respiración.

También aparecen trastornos de la sensibilidad, quejándose el enfermo de hormigueo y sensación de acorchamiento en las manos y pies. En períodos tardíos de la enfermedad, puede presentarse albuminuria intensa por nefropatía tóxica.

El agente etiológico es el Corynebacterium diphteriae o bacilo de Klebs-Löeffler.

La fuente de infección y el reservorio del bacilo, reside en las lesiones que presenta el enfermo en la mucosa del rino-farinx, piel, etc. El contagio es directo de un enfermo a un sano; o de un portador a un sano; o en forma indirecta por artículos contaminados por secreciones de la persona infectada. A veces la leche ha servido de vehículo.

El período de incubación es corto; oscila entre los dos y los cinco días; su transmisibilidad es variable, durante el tiempo que los bacilos permanecen en las secreciones y lesiones diftéricas.

Los hijos de madres inmunes son relativamente inmunes hasta los seis meses, en que desaparece. Un ataque de difteria da una inmunidad persistente, aunque no definitiva, y es frecuente en aquellos enfermos que han padecido la enfermedad por infecciones no bien reconocidas.

La enfermedad con manifestaciones clínicas es más frecuente en las zonas templadas que en los trópicos, aunque los índices son semejantes.

METODOS DE CONTROL

Medidas preventivas

El único control efectivo de la difteria está en la inmunización activa de toda la población. Los niños deben ser inoculados con el toxoide diftérico. Esta vacunación es obligatoria por Ley Nº 12.670, promulgada en el año 1941.

El material es un toxoide simple o toxoide activado (precipitado con hidrato de alúmina). El valor de toxoide diftérico se mide en L. f. (Substractum específico).

Se considera que 30 L. f. es una buena dosis vacunante. En general las vacunas suelen tener 30 L. f. por centímetro cúbico.

Para hacer la inyección puede usarse la jeringa y aguja común. El lugar o sitio a inyectar será la región interescapular, si es toxoide precipitado y si el toxoide es simple, puede inyectarse en cualquier zona.

Puede inocularse a partir de los tres meses de edad, aunque nuestras leyes obligan a hacerlo a los 6 meses.

La vacunación comprende tres estímulos separados entre sí por un mes; el primer estímulo se hará con ½ c.c., y los dos subsiguientes con 1 c.c.

Cuando por razones epidémicas sea indispensable acelerar la vacunación debe usarse el toxoide simple y abreviar los lapsos haciendo el 2º estímulo a los 22 días del primero y el 3º a los 8 días del 2º estímulo.

Cuando se emplee el toxoide floculado, los plazos entre los estímulos nunca serán inferiores al mes.

Debe revacunarse al año de la vacunación; la 2ª revacunación a los dos años de la 1ª y, después, revacunar cada tres años, hasta cumplir los 13 años de edad.

La revacunación se hará con un solo estímulo de 1 c.c., tanto se utilice el toxoide simple como el floculado. La vía a utilizar para el toxoide simple, es la intramuscular; la del toxoide floculado la subcutánca, en forma exclusiva.

Es conveniente identificar a las personas susceptibles por medio de la prueba de Schick, que consiste en inyectar por vía intradérmica 0,1 c.c., conteniendo 0,001 L. f. substractum de toxina estabilizada no fenolada. A fin de que sirva como control adecuado de la prueba de Schick y reducir el peligro de reacciones locales y constitucionales graves, se recomienda una prueba intradérmica de reacción al toxoide (0,1 de c.c. de una solución del toxoide flúido al 1:100 en solución salina).

Se puede administrar toxoide en las dosis usuales a quienes no reaccionan a esta prueba y son positivos a la prueba de Schick; a las personas que sí reaccionan y además son susceptibles, se les administrarán pequeñas dosis de toxoide purificado, adecuadamente diluido y que contenga una cantidad mínima de alumbre.

No deberá ingerirse leche, si ésta no está pasteurizada o hervida. Deberá instruirse al pueblo con campañas intensivas, destinadas sobre todo a los padres de los niños pequeños y en las que se recalcará acerca de los peligros de la difteria y de la necesidad y ventajas de la inmunización activa.

El control de los infectados se hace con la notificación a las autoridades sanitarias locales. (Ley Nº 12.317, grupo B).

Se procederá al aislamiento del enfermo, aislamiento que debe durar hasta que dos exudados de la garganta y dos de la secreción nasal, efectuados con intervalos de 24 horas, den resultados negativos. La aplicación local o general de antibióticos o agentes quimioterapéuticos invalida la utilidad del examen bacteriológico.

Cuando no sea posible efectuar los cultivos, el aislamiento puede terminarse, con relativa seguridad, a los 14 días de iniciada la enfermedad.

La desinfección concurrente será de rigor; serán desinfectados los artículos que hayan estado en contacto con el paciente o hayan sido contaminados por sus secreciones. Al término de la enfermedad se lavarán con agua y jabón y algún desinfectante del tipo de la creolina, con aislamiento y asoleamiento de la habitación que ocupara el paciente durante la enfermedad.

Toda persona que haya estado en contacto íntimo con el enfermo, deberá quedar en cuarentena, bajo vigilancia médica, sobre todo si se comprueba que es un portador o si hay padecimiento de garganta o una excesiva secreción nasal.

A los adultos que por sus tareas tengan que manipular alimentos o estar en íntimo contacto con los niños, se les debe prohibir este tipo de trabajo hasta que el examen bactereológico de los exudados bucal y nasal den resultado negativo.

Es indispensable realizar la investigación de los contactos, con la encuesta epidemiológica, buscando aquellos casos no notificados, los casos atípicos y el de los portadores.

No olvidar que la leche contaminada con el bacilo de Klebs-Löcffler es un excelente medio de propagación.

En lo que respecta a medidas epidémicas, debe realizarse el máximo de esfuerzo para inmunizar activamente a la población afectada, dándose prioridad a los lactantes y a los niños de edad preescolar.

DOCTOR RAUL HERNAN ITURRIOZ

SU DECESO

Dr. Raúl Hernán Iturrioz

El 2 de marzo del corriente se produjo en forma inesperada el deceso del doctor Raúl H. Iturrioz. Subdirector en ejercicio de la Dirección Nacional de Sanidad Escolar. La noticia produjo una justa sensación de pesar en todos los círculos médicos y docentes en donde actuó en forma activa el doctor Iturrioz.

Aunque su permanencia en la repartición fué breve, su acción se manifestó en forma activa y eficaz, lo que hizo que cosechara intensa simpatía y admiración en todos los sectores de la casa.

En conocimiento del fallecimiento, el señor Director Nacional de Sanidad, doctor Angel S. Ardáiz, decretó en adhesión al duelo las siguientes honras:

1º Declarar asueto en todas las tareas de la Dirección de Sanidad el jueves 3 de marzo, día de las exequias.

2º Designó una Comisión de Profesionales para que representara a la Dirección en el velatorio.

3º Nombró a un grupo de profesionales para que acompañaran los restos en el acto del sepelio.

4º Designó al doctor Héctor J. Mollard para que despidiera los restos del colega en nombre de su Excia. el señor Ministro de Educación y Justicia, en nombre de la Dirección de Sanidad, quien lo hizo a su vez por la Asociación Médica de la Dirección Nacional de Sanidad.

5º Dispuso también que el señor Jefe del Departamento de Odontología, doctor Abraham Rapoport, hablara en nombre de su Departamento.

6º Nombró al señor José Iglesias para que lo hiciera en nombre del Departamento Administrativo.

7º Dispuso se enviara una nota de pésame a la familia del extinto y una ofrenda floral.

Insertamos los discursos pronunciados en el acto del sepelio, pues ellos reflejan el sentido pesar por la desaparición del destacado colega y amigo.

Los mismos fueron cerrados con sentidas palabras por el Presidente de la H. Cámara de Diputados profesor don Federico Fernández de Monjardín,

amigo personal y profesor que fuera del extinto, exaltando las virtudes del colega desaparecido.

Discurso del doctor Héctor J. Mollard

Corría el año 1928 y nos hacíamos cargo de la Inspección Médica del Distrito Escolar 2º. Al visitar una de sus importantes escuelas, la Nº 6, Martín Rodríguez, tuvimos oportunidad de ver actuar en ella y conocer a un joven profesor, maestro de 6º grado, estudiante de Medicina, que gozaba en el ambiente del establecimiento de singular prestigio. Ese joven estudiante, ya maestro y profesor, de mirada vivaz, de gesto atrayente, amable y de actividad singular era el futuro doctor Raúl H. Iturrioz, que contaba entonces sólo veinte años.

Lo vimos repetidas veces y admirábamos su dedicación y entusiasmo, actuaba frente a su grado, frente y a cargo de un grupo numeroso de jóvenes escolares, entrando casi en la pubertad, que habían sido confiados a sus directivas y enseñanzas. Su clara inteligencia, su corazón bondadoso y siempre abierto a las acciones buenas en la vida hizo que desde muy joven se inclinara en sus estudios a la docencia, rama de la cultura que practicó durante largos años con marcado acierto, gran efectividad y en forma ejemplar. Solamente con la nobleza de alma que orientó y dirigió siempre los caminos de su vida pudo haber abrazado las dos disciplinas principales en ella: la de la docencia, en el sentido más amplio del término y la del profesional médico en su apostolado.

Frente al grado, frente a esos púberes que inician sus estudios llenos de optimismo y de ilusión, con vehemencias desenfrenadas de llegar pronto a adultos y ser hombres completos, útiles a su familia, a la patria y al mundo civilizado, llenó su papel en forma amplia y acabada. Allí en ese ambiente de paz, en ese ambiente de templo de trabajo, que era la Escuela Martín Rodríguez llenó y cumplió Iturrioz una importante y destacada etapa de su noble vida. Allí mostró a sus alumnos lo que es un caballero y un hombre de bien, allí les predicó con el ejemplo y en ese ambiente y en esos grupos que se repetían año tras año sembró en forma continuada y permanente la simiente de la amistad y de la caballerosidad y recién después las nociones y conocimientos que las circunstancias le imponían. Estos jóvenes lo apreciaban y valoraban, lo admiraban y trataban de imitarlo; ejercía sobre ellos una verdadera influencia paternal. Hoy una falange grande de sus ex-alumnos informados de la infausta nueva habrán descubierto su cerviz, se habrán inclinado ante tan sorpresivo como inusitado dolor, habrá asomado a sus ojos una amarga lágrima de pena, algunos lo habrán encomendado al Gran Dios, pero todos, a no dudarlo, impregnados por la pena y el dolor se habrán sumergido en la congoja que les produjo el alejamiento definitivo y eterno de su querido consejero y maestro.

Ese joven maestro y estudiante llegó a médico, otra de sus grandes aspiraciones, y fué así que se incorporó entonces al Cuerpo Médico Escolar, siempre atraído por esa corriente de simpatía y afinidad especial que le producía la juventud estudiosa de su patria. Con el entusiasmo de siempre y con la competencia dados por el continuado estudio y la vida desempeñó su cargo de médico escolar con toda eficiencia; pues actuaba en un medio y ambiente que le era familiar! y es allí donde recibió por vez primera, siendo muy joven aún, la primera estocada que comprometió seriamente su salud. Este golpe movió los cimientos de su salud física y psíquica. El fué tan serio que las circunstancias lo obligaron a un alejamiento casi completo de sus múltiples y humanas tareas de maestro, médico, filántropo y hombre de consejo.

Esa herida profunda y grave que lo lesionó seriamente y que lo amargó y preocupó sobremanera cortó sus alas y menguó las energías de este bravo titán. Esa noble carrera de docente, médico y político a la vez se vió en parte tronchada. Sin embargo, el amor a su familia, a su profesión, a sus semejantes y a su país estimularon y acicatearon en forma constante esa llama trémula pero viva y fuerte que encendía su espíritu y sus ansias de trabajo, de brindar su larga y eficaz experiencia y de hacer el bien siguiendo siempre las inclinaciones generosas y primitivas de su espíritu. Su temperamento bueno y amable no se había empañado y una fuerza invencible y

una puja constante dominaban ese espíritu inquieto y daban energía a ese cuerpo que lo sabía desfalleciente e inseguro.

Después de unos años, ya un poco más recobrada su salud, es que lo vemos llegar nuevamente a la Dirección Nacional de Sanidad Escolar y ocupar en ella el honroso cargo de Subdirector. Designación con que las altas autoridades nacionales premiaban esta noble vida, llena de méritos y con aquilatados valores para ocupar el segundo cargo en esta importante repartición oficial.

En una ceremonia del mes de octubre de 1958, en que la Casa recibía también a su actual Director, dábamos en nombre de la Asociación Médica de la Dirección de Sanidad la bienvenida a los dos funcionarios que ocupaban los cargos cúspides de la dependencia. Allí expresamos el acierto con que las autoridades habían resuelto premiar a uno de los profesionales de la Casa de destacada actuación, que lamentablemente no ha podido permanecer frente a ella sino por escasos dieciocho meses.

Hoy la Dirección de Sanidad ha detenido su ritmo habitual de trabajo, ha entornado sus puertas, su bandera azul y blanca viste de luto, el personal de la misma en todos sus sectores se halla impregnado de un profundo dolor y la congoja aprieta los pechos y gargantas sofocando las lágrimas y los sollozos arrancados por la ida del compañero y amigo. Sus familiares lo lloran amargamente, pero Raúl H. Iturrioz se presenta ante Dios y frente al Juicio Divino, con la frente en alto, pero sin orgullo, con su cuerpo erguido pero lleno de modestia da cuenta en él de su cometido en la vida, en esa corta vida ejemplar, de labor, de estudio y de trabajo en la que hizo y sembró mucho bien, predicó con su ejemplo y llenó de obras imperecederas y eternas que le sobrevivirán y serán vivos modelos y ejemplos exponentes de un caballero capaz, activo y de bien.

En nombre de su Excelencia el señor Ministro de Educación y Justicia de la Nación, de la Dirección Nacional de Sanidad Escolar y de la Asociación Médica de la misma volcamos hoy nuestras lágrimas sobre esta tumba recientemente abierta para recibir los despojos mortales de nuestro colega, compañero de trabajo y amigo Raúl H. Iturrioz le decimos nuestro último adiós, e invocamos al Altísimo implorando lo reciba en su seno y le depare cerca de Él un lugar con los buenos y los

Palabras del doctor Abraham Rapoport

Vengo en nombre de la División de Odontología de Sanidad Escolar a esta cita de honor que, más que un homenaje, más que una ceremonia ritual, más que todo es la expresión de una angustia, ante el compañero que nos deja, así, de repente, en mitad apenas del camino.

Que nos abandona y se va en raudo vuelo, hacia la ausencia, hacia la eternidad, así de repente, empujado, quién sabe por cuánta inquietud!

Que nos abandona, pero que nos deja su bagaje pleno de emoción, de lucha, de inquietudes nobles, de esperanzas.

Que no se va del todo quien tanto nos deja.

Pues, empieza la hora del recuerdo, que vivirán quienes de cerca lo tenían, quienes le acompañábamos en la Dirección Nacional de Sanidad Escolar, quienes escucharon sus clases, quienes fueron sus alumnos, quienes fueron sus pacientes, quienes fueron sus amigos.

Que por doquier brindó su hombría de bien, su gentileza, su profundo calor humano.

¡Es que fué maestro de niños y médico de niños!

¡Qué más podría decirse de un hombre para hacer su elogio!

Porque cerca del niño, adentrado como pocos en su cuerpo y en su espíritu, vivió su propia vida, construyendo su propia estructura espiritual.

Y se ensanchó en la lucha, para lograr un mañana mejor para esos niños, que eran su esperanza, su ilusión.

Porque en ellos se nutrió la esencia misma de su ser físico y espiritual.

Porque en ellos se nutrió su sonrisa bondadosa, cordial, plena.

Por eso nos deja a través del dolor, una llama viva, plena de luz y calor, porque fué alimentada por la lucha, por el amor y oreada por los vientos de ésta, su dulce ciudad de Luján.

Es dura la hora, la pena ahoga la palabra y la frase se diluye en la emoción.

Será mañana, cuando el recuerdo dulce y liberado, podrá hacer el elogio de una vida útil, consagrada al bien, al hogar, a la ciencia, a la comunidad, en descesperadas ansias de superación y en una consagración total a la causa de la libertad de la democracia que supo defender con toda su fe y entusiasmo.

Será mañana, cuando el recuerdo liberado de la emoción, de la angustia, surgirá claro y nítidamente, para grabarse, para fijarse en quienes trabajamos junto a Raúl Hernán Iturrioz, en esa casa de Sanidad Escolar, que fué tan grata a su inquietud de hombre, de médico, de maestro.

Así vivirá entre nosotros en esa casa, que contribuyó a engrandecer con su labor, su inteligencia, su fervor.

Así sea.

En nombre del Departamento Administrativo de la Dirección Nacional de Sanidad Escolar, despidió los restos del doctor Raúl H. Iturrioz, el señor José Iglesias.

El Departamento Administrativo de la Dirección Nacional de Sanidad Escolar, consternado ante el luctuoso suceso que enluta al organismo, me ha encomendado la dolorosa misión de despedir los restos mortales del doctor Raúl H. Iturrioz, en este día.

Conocimos al doctor Raúl H. Iturrioz concurriendo a nuestra Casa en la noble e infatigable brega de su labor de maestro que fuera la base de su comprensión por los problemas médico-sanitarios y pedagógicos de los escolares.

Fué Maestro Normal Nacional.

Fué profesor del Liceo Nacional de Señoritas Nº 5 y de la Escuela Nacional de Avellaneda desde 1925.

Desde septiembre de 1949 pasó a prestar servicios en Sanidad Escolar en su carácter de maestro con funciones de médico.

El 1º de julio de 1955 fué designado Inspector Médico, renunciando posteriormente al cargo para acogerse a los beneficios de la jubilación; hasta que, en mérito a sus relevantes condiciones de profesional, funcionario y hombre de bien, el P. E. lo llama nuevamente a la función pública.

Estas destacadas aptitudes del doctor Iturrioz, producto de su acendrada vocación docente y su experiencia profesional son puestas de manifiesto nuevamente en nuestro organismo al ser designado el 23 de julio de 1958 Subdirector Nacional de Sanidad Escolar, cargo que desempeñó con tacto y honradez hasta que es detenida su brillante carrera, —llamada pareciera a ocupar otras más altas funciones aún, en la administración pública—, por Aquel que juzgará justamente la rectitud de sus procederes.

El Departamento Administrativo se une al dolor de aquéllos que, protegidos por el ala firme del "pater familie" encontrarán a partir de hoy un vacío que llenará sin duda el recuerdo de los innumerables méritos de este varón cuya memoria permanecerá de hoy en más, definitivamente asociada a las mejores épocas que ha conocido la Dirección Nacional de Sanidad Escolar; para ellos nuestro recuerdo y nuestros sentimientos más solidarios de fe, unidos en la comunidad espiritual de los afectos.

En esta atrayente Villa, muchas veces histórica, consagrada por la suprema voluntad de su augusta Patrona que quiso un día dejar su carreta destiuada a otras regiones, sobre el suelo feraz de este rincón de la provincia, descansarán para siempre los restos mortales del doctor Iturrioz.

Y al despedir a aquél que fuera para el cuerpo administrativo más que un subdirector, un consejero y un amigo, en nombre del Departamento Administrativo de la Dirección Nacional de Sanidad Escolar, doctor Raúl Hernán Iturrioz, la paz del Señor sea contigo.

Fe de erratas

ACOTACIONES REFERENTES A LAS VACUNACIONES MAS COMUNES

Bajo este título publicamos en nuestro número anterior un artículo firmado por el doctor Alberto Urrîbarri, en el cual se deslizaron involuntariamente algunos errores de orden técnico. Por considerarlo de gran importancia los señalamos a continuación con las debidas correcciones:

En la página 1, columna 1ª, línea 20, tiene que decir: *A - y antiparatífica B.*

En la 2ª columna de la misma página, 2ª línea, en vez de decir *antitísica,* tiene que decir: *antitífica.*

En la página 2, columna 2ª, línea 28, tiene que decir: *...en una cámara A - 15º C° (menos 15º Centígrados).*

En la misma columna, línea 35, en vez de decir la *calificación,* tiene que decir: *la tarea.*

En la página 3, columna 1ª, líneas 24 y 25, debe leerse: *"Reacción vaccinal", o "Reacción de revacunación".*

En la página 4, segunda columna, línea 13, debe leerse: *bien y sistemáticamente.*

En la misma columna y en la línea 26, se repite: *para consolidar los efectos obtenidos con la vacunación.*

En la segunda columna de la página 5, línea 16, tiene que haber una *o,* en donde dice: *en el 8º y 9º mes* en lugar de la *y.*

En la página 8, segunda columna, línea 34, en vez de decir *floruladas,* tiene que decir: *floculadas;* y en la línea 40, tiene que leerse: *es el período de estado, de la afección vacunante.*

En la página 9, columna primera, penúltima línea debe leerse: *Polivalente con Salmonella Tiphy y Salmonella* paratiphy: A y B.

En la 2ª columna de la misma página 9, a línea 30 que dice: *Para vacunar:* 1º estímulo de 3/30, debe decir: de 3/10.

En la página 10, columna 2ª, línea 25, en vez de decir ampollas de *5 ó 10 m/s.,* tiene que decir: 5 y 10 c.c. La misma corrección tiene que hacerse en la 1ª línea de la 2ª columna de la página 11.

En la página 13, 2ª columna, 4ª línea, se lee: *para vacunación;* tiene que leerse: *para la vacunación.*

En el último párrafo de la primera columna, línea primera, página 15, en donde dice *esté,* debe de leerse: *está.*

CANJE - ECHANGE - EXCHANGE

Solicitamos en canje el envío de libros, folletos, revistas, estadísticas, etc.; en particular aquellos que contengan leyes, decretos, estatutos, o que traten los problemas del niño en sus aspectos de higiene, asistencia médico-social, de enseñanza, etc.

Nous prions de nous envoyer en échange des livres, brochures, revues, statistisques, etc.; en particulier ceux contenant des lois, décrets, statuts, ou s'occupant des problèmes de l'enfant sous ses aspects hygiéniques, d'assistance, médicaux, sociaux, d'enseignement, etc.

In exchange we request the remittance of books, pamphlets, magazines, etc.; particulary those containing statistics, laws, constitutions and regulations treating the child problem from its different aspects of hygiene, protection, education, medical, social, etc.

Wir bitten um Austausch von Büchern, Broschüren, Zeitschriften, Statistiken, u.. s.. w: im besonderen von solchen die Gesetze, Dekrete, Statuten, enthalten welche Schulsanitäre Probleme regeln, und solche die Probleme des Kindes vom Standpunkt der Hygiene, der medizinischen aud sozialen Fürsorge und der Erziehung behandeln.

REVISTA DE SANIDAD ESCOLAR

Publicación Autorizada por Expte. Nº 64.933|52

AÑO IV — Marzo de 1960 — Nº 9

Sumario

Pág.

La crisis de deshumanización y urgencia de una educación integral, por el doctor Ramón P. Muñoz Soler 1

Cardiopatías congénitas, por el doctor Z. Eduardo Gutiérrez Lavin 5

Reacciones a la vacuna antipoliomielítica, por Charles N. Christensen 15

Tratamiento de las hemorragias 22

Cursos a dictarse en el período lectivo de 1960 29

Participación de la Dirección Nacional de Sanidad Escolar en la Exposición a realizarse con motivo de los festejos del Sesquicentenario de la Revolución de Mayo 32

Difteria 33

Doctor Raúl Hernán Iturrioz. Su deceso 36

Fe de erratas 40

REDACCION: División Educación Sanitaria. Dirección Nacional de Sanidad Escolar

SAAVEDRA 15, 3er. Piso — T. E. 48 - 8071 — BUENOS AIRES — REPUBLICA ARGENTINA

TARIFA REDUCIDA

CONCESION 4994

I 2795

MINISTERIO DE EDUCACION Y JUSTICIA
DIRECCION NACIONAL DE SANIDAD ESCOLAR

ESCUELA JUAN LAPRIDA - N.º 2 D.E. 2º LAPRIDA 1235 - BIBLIOTECA

REVISTA DE SANIDAD ESCOLAR

AÑO 4 - Nº 10

Mayo de 1960

00157755

MINISTRO DE EDUCACION Y JUSTICIA

Dr. LUIS R. MAC'KAY

DIRECTOR NACIONAL DE SANIDAD ESCOLAR

Dr. ANGEL S. ARDAIZ

SUBDIRECTOR NACIONAL DE SANIDAD ESCOLAR

Dr. CARLOS L. LUCENA

Director de la "Revista de Sanidad Escolar": Dr. HECTOR J. MOLLARD

Jefe de Redacción: Dr. MARIO CACERES BERTODANO

COMITE DE REDACCION

Prof. Dr. Eduardo E. Casterán
Dr. Carlos A. Corominas
Dr. Mariano Etchegaray
Dr. Julio César Giordano
Dr. Alberto L. Merani
Dr. Ignacio A. Varela
Dr. Diego León Perazzo
Dr. J. A. Ganduglia Pirovano
Dr. Efraín Laurnagaray Urquiza
Dr. Jorge A. Machado
Prof. Dr. Carlos A. Marchese
Dr. Raimundo A. Tártari
Dr. Alberto Urribarri
Dr. Alfredo C. Vidal Freyre
Dr. Alberto Furze
Dr. José A. Mancusi

REVISTA DE SANIDAD ESCOLAR

Publicación Autorizada por Expte. Nº 64.933/52

AÑO IV Mayo de 1960 Nº 10

¿Cuántos Estímulos Requiere la Vacunación Antipoliomielítica Paraenteral?

Por el

Dr. ALBERTO URRIBARRI

JEFE DE LA DIVISION PROFILAXIS
DE LA DIRECCION NACIONAL DE SANIDAD ESCOLAR

¿Es necesario revacunar?

En realidad, antes de formular una respuesta sintética, que podría no resultar convincente, conviene hacer un repaso de los conocimientos que poseemos referente a ciertos aspectos de la reacción del organismo humano al serle inoculado un antígeno.

En este orden de ideas resulta necesario volver la vista hacia la reacción antígeno-anticuerpo.

Enumerados estos dos términos conviene fijar el significado de los mismos.

Antígeno es cualquier substancia que introducida paraenteralmente en los tejidos animales estimula la producción de anticuerpos y que, cuando es mezclada con estos anticuerpos, reacciona en una forma observable.

Anticuerpo es la sustancia que aparece en el suero o en los humores de un animal en respuesta al estímulo provocado por la introducción paraenteral de un antígeno y que reacciona frente a éste en alguna forma observable.

Debemos hacer notar que en el suero normal existe una sustancia termolábil (frente al calentamiento a 55º C, durante una hora) que es en cierto modo un "anticuerpo natural" (ya que las inmunizaciones no la acrecientan) y que tiene un nombre propio: "complemento".

El complemento (o alexina) es la sustancia, o complejo de sustancias, que se encuentra en el suero de la mayor parte de los animales, en estado normal, que está dotada de la propiedad de ocasionar la lisis de determinadas células y gérmenes, junto con los anticuerpos que actúan sobre esas células y gérmenes.

Esto se entronca con lo demostrado por Bordet que dos sustancias distintas intervienen en el fenómeno de la "Bacteriolisis": una que se encuentra en todo suero normal y otra que aparece cuando tiene lugar una inmunización. La primera termolábil y la segunda termoestable.

El mismo Bordet, en 1898, descubrió

la aparición de "anticuerpos" en el suero de los animales previamente inyectados con un "antígeno".

Vemos pues que al iniciarse este siglo estaban ya sentadas las bases de los conocimientos actuales.

Luego se comprobó que la "inmunización artificial" era esencialmente semejante a la "inmunización natural".

Se observó también que se podía transmitir la inmunidad obtenida en un animal a otro normalmente susceptible, inyectándole su suero (Inmunidad pasiva o seroprotección).

Se constató que la inmunidad de las madres se transmite espontáneamente a sus hijos en dos formas: al través de la placenta y por ingestión del calostro (inmunidad pasiva congénita).

Existe una inmunidad natural o genética que es distinta entre las diversas especies animales. En la misma especie pueden observarse diferencias en la inmunidad natural, puesto que los individuos difieren entre si en sus caracteres biológicos. Está probado que es posible aumentar o disminuir la inmunidad de una especie animal mediante una crianza selectiva, accionando en el sentido requerido.

La inmunidad adquirida es la que nos interesa particularmente en este planteo y especialmente aquellas reacciones que podemos provocar y estudiar

Se ha observado que la inmunidad ya sea natural o adquirida rara vez es absoluta o para ser más claros que existen diversos grados de inmunidad.

Entre el individuo "absolutamente susceptible" y el "completamente inmune" colocamos una "Inmunidad parcial" con una graduación arbitraria: "menor", "media" y "superior".

La "inmunidad completa" es el ideal soñado, difícilmente alcanzable. Tocante a los mecanismos de inmunidad antitóxica, antibacteriana y antivirósica no existen diferencias esenciales, pero conviene sin embargo destacar que varían en la duración.

La formación de anticuerpos está relacionada con las sero-proteínas (se trata de un conjunto de células que integran un sistema funcional, pero no estructural). Tenemos pruebas de que las células del sistema retículoendotelial intervienen en la formación de los anticuerpos.

No tenemos evidencia absoluta de que otros órganos o tejidos tengan actuación.

Las experiencias realizadas para comprobar el papel del bazo parece demostrar que los histiocitos son capaces de producir, por si mismos, anticuerpos.

Carecemos de conocimientos, basados en experiencias demostrativas, sobre la manera de formarse los anticuerpos.

Desde 1930 se ha introducido el concepto, que aún acepta actualmente la mayoría, que los anticuerpos son globulinas sintetizadas ante la influencia del antígeno.

Tenemos pruebas de que los anticuerpos una vez formados están presentes en la corriente sanguínea y se distribuyen por todo el organismo.

La concentración máxima de anticuerpos está en la sangre, pero se encuentran en la linfa y otros líquidos orgánicos, con la posible excepción del líquido cefalorraquídeo donde no han podido ser evidenciados.

Además de demostrarse la presencia de los anticuerpos en el plasma sanguíneo y los líquidos orgánicos, se ha evidenciado su presencia en diferentes

células, que se vuelven sensibles y responden a los antígenos específicos correspondientes.

Los resultados de las observaciones y experiencias realizados con respecto al "aparato formador de anticuerpos", pueden resumirse así:

1. — Los conocimientos que poseemos indican que las células del sistema retículoendotelial desempeñan un papel esencial en la producción de anticuerpos.

2. — Las células del sistema retículoendotelial eliminan de la sangre y los fluídos tisurales los antígenos inyectados.

3. — El aparato formador de anticuerpos responde de manera característica ante los estímulos específicos producidos por la introducción de un antígeno en los tejidos orgánicos.

Esta respuesta, en su aspecto general, es típica y definida, aunque pueda variar con el tiempo, extensión, o intensidad al variar el tipo de antígeno o de acuerdo con la especie animal inoculada.

4. — Cada antígeno tiene una "dósis umbral", por debajo de la cual no se produce respuesta inicial.

5. — Una dósis del antígeno que sobrepase el umbral provoca una respuesta efectiva, después de pasar un "período de inducción" o "período de latencia" que dura uno a dos días, vencido el cual aparece en la sangre el anticuerpo específico correspondiente.

6. — El título de anticuerpos en el suero aumenta después del período de inducción, rápida y progresivamente hasta llegar a su máximo, a los 21 días, después de haber inoculado el primer estímulo del antígeno.

7. — Obtenido el título máximo de anticuerpos, éste desciende primero rápidamente durante 7 días, y después lentamente hasta un nivel en el cual se mantiene, durante lapsos variables de tiempo, que oscilan entre meses y años.

8. — La cantidad de anticuerpos producida en respuesta a una sola inyección de antígeno varía en relación con la cantidad inyectada del mismo, siempre que ella esté entre la "dosis umbral" y la "dosis óptima primaria".

9. — La dosis umbral es, en general, muy pequeña; en la mayoría de los antígenos vacunantes es de 2/10 cm^3. (dos décimos de centímetro cúbico).

10. — Al elevar la dosis por encima del umbral, se obtiene un aumento de la producción de anticuerpos, que no es directa, pues un gran incremento en la dosis sólo produce aumentos pequeños en el título. Si se aumenta más todavía la dosis del antígeno, el aumento de los títulos se hace comparativamente más despacioso. Difícilmente puede llegarse a la "dosis efectiva máxima" pues generalmente el límite de toxicidad del antígeno es una dosis anterior a ella. Por estas razones cuando se hace un estímulo primario se utiliza una cantidad del antígeno vecina a su "dosis umbral" y en los estímulos secundarios una "dosis óptima secundaria" generalmente de 1 cc. que está por debajo de la "dosis efectiva máxima" y que tiene la ventaja de producir una buena inmunidad individual sin despertar fenómenos secundarios muy molestos o peligrosos.

11. — El aparato formador de anticuerpos es capaz de responder simultáneamente a la inyección de varios antígenos diferentes inoculados al mismo

tiempo y la respuesta es más efectiva que la que se hubiere obtenido inyectándolos individualmente.

12. — El aparato formador de anticuerpos da respuestas diferentes ante el estímulo primario o los secundarios de los antígenos.

13. — Los estímulos secundarios provocan una producción mayor de anticuerpos; la respuesta se produce en un tiempo menor, y el título que se obtiene, es mayor y más duradero que con el estímulo primario.

14. — Las inoculaciones repetidas con estímulos pequeños, que superan la dosis umbral, son más eficaces para aumentar el título de anticuerpos que la inyección única de una dosis fuerte, aunque ésta fuera la adición de los estímulos parciales.

15. — Hay un límite en el "título de anticuerpos" que puede lograrse con el aumento de la dosis de antígeno a suministrar en un sólo estímulo.

16. — Las inyecciones reiteradas en plazos convenientes aumenta el título de anticuerpos hasta llegar a un máximo, obtenido el cual la reiteración de nuevos estímulos cualquiera sea su dosis, es incapáz de modificarlo.

17. — La inyección de una "dosis conveniente" del antígeno a un animal que posee el anticuerpo específico, origina un ascenso del título de anticuerpos seguido de una caída y luego de un nuevo ascenso que supera el título que poseía antes del nuevo estímulo.

18. — Puede obtenerse la formación de anticuerpos mediante la administración del antígeno por vía bucal o nasal (ya sea por inhalación o por instilación). Pero la respuesta es siempre menos efectiva que suministrando el mismo antígeno por inyección en los tejidos.

19. — Aunque la mayoría de los antígenos naturales son proteínas o contienen componentes proteínicos, otras sustancias, tales como los polisacáridos son capaces de producir inmunidad activa y estimular al menos en ciertos casos la producción de anticuerpos.

20. — La estimulación no específica del aparato formador de anticuerpos puede, en determinadas condiciones, producir algún aumento en el tenor de anticuerpos, pero la respuesta es irregular, en general poco importatante y nunca comparable a la respuesta que se obtiene con un estímulo secundario del antígeno específico.

Si analizamos estos veinte puntos referentes al aparato formador de anticuerpos y sus reacciones podemos extraer las conclusiones siguientes:

a) La reacción del organismo es distinta frente a un estímulo "primario" o "secundario".

b) Después de cada estímulo se produce un "período de latencia" o período de inducción".

c) Iniciada la reacción ésta es rápida al principio, después se estabiliza y finalmente decae; al principio precipitadamente y luego en forma lenta, hasta estabilizarse en el tenor *"individual"* obtenido.

d) La reacción producida por un estímulo "primario" hasta llegar a la estabilización, del título de anticuerpos, dura aproximadamente un mes.

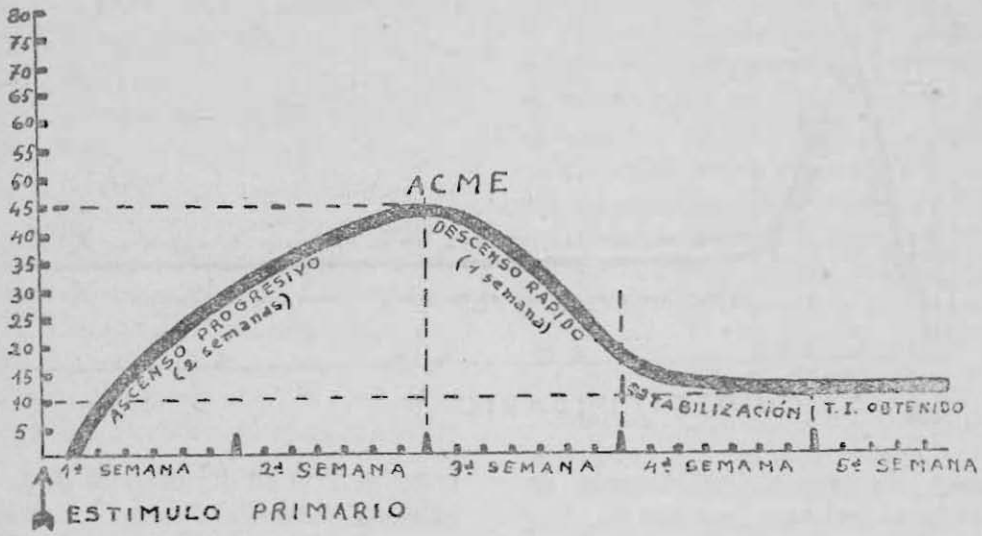
e) La reacción producida por un "estímulo secundario" hasta llegar a

la estabilización del *nuevo* título de anticuerpos se produce en una semana.

f) Los estímulos secundarios, después del período de latencia, que es más breve que en los primarios, eleva

En la línea vertical del ángulo tenemos los tenores inmunitarios expresados en unidades, desde 0 a 100.

En la línea horizontal del ángulo tenemos el tiempo consignado en días en



el título y luego tienen una caída fugaz que suele llamarse "fase negativa".

g) Los estímulos secundarios obtienen un título de anticuerpos mayor, más estable y duradero que el logrado con el primario.

Ahora bien, si en posesión de estos datos y denominando "tenor inmunitario" a lo que hasta ahora hemos estado llamando "título de anticuerpos", trasladamos esto a tres gráficos se pone en evidencia la "Parábola Inmunitaria" de los estímulos primarios y secundarios.

Para lograrlo colocamos en un sistema de coordendas cartesianas el tenor inmunitario en el sentido de las ordenadas y el tiempo en el de las abcisas, ambos factores en escala aritmética.

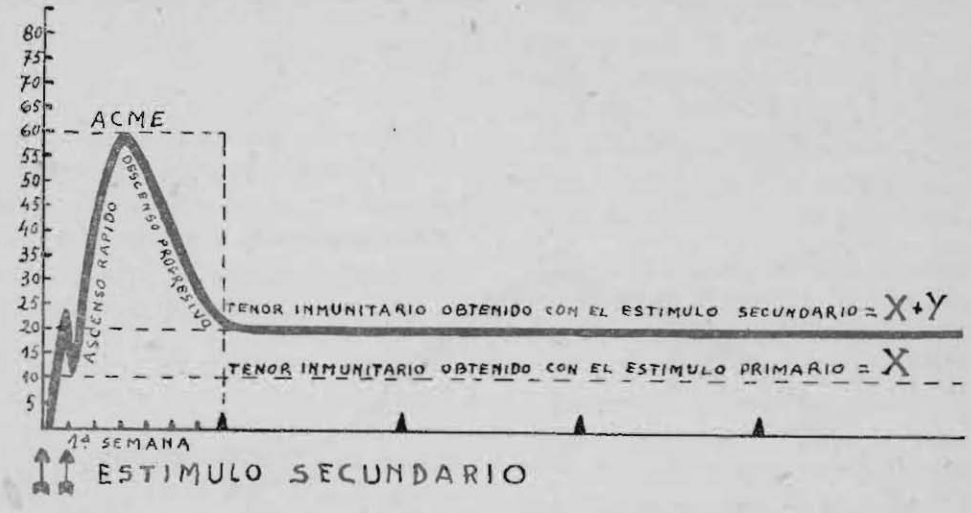
las marcas cortas y separando las semanas en las marcas más largas.

Puede observarse que después de realizado el estímulo primario hay un día donde el organismo no exterioriza reacción mensurable (período de inducción o de latencia); luego hay un ascenso progresivo y regular, que dura dos semanas, desciende luego rápidamente, durante una semana y luego sigue descendiendo lentamente hasta estabilizarse en un tenor inmunitario que en este caso ha sido graficado, arbitrariamente, en diez unidades.

El resultado que se logra con un estímulo primario es individual y está relacionado con las posibilidades que tiene el aparato formador de anticuerpos del sujeto inoculado. En general se acepta que el estímulo primario moviliza el 45 % de las posibilidades que

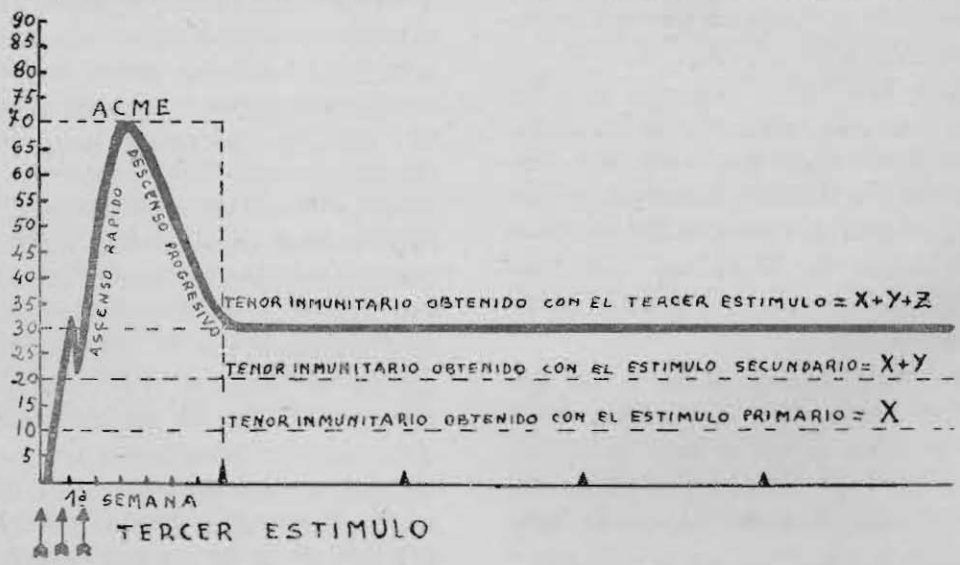
tiene el individuo al que se le ha inyectado.

Veamos ahora, gráficamente, como se comporta un estímulo secundario.



Puede observarse que después de realizado el estímulo secundario hay unas horas (alrededor de 12) donde el organismo no exterioriza reacción mensurable (período de inducción o latencia, que es más breve que ante el estímulo primario); luego hay un ascenso brusco, seguido de una caída (fase negativa) que no llega a pasar el tenor inmunitario logrado con el estímulo primario, Después de unas horas, se eleva nuevamente y alcanza el acmé entre el 3º y 4º día después de la inoculación y comienza luego a descender más lentamente hasta que se estabiliza a los siete días, dejando un tenor inmunitario individual superior al logrado con el estímulo primario.

En general se acepta que el estímulo secundario moviliza el 75 % de las pro-



babilidades que tiene el individuo al que se ha inyectado.

Este fenómeno se vuelve a producir ante un tercer estímulo, con la única diferencia de que se alcanza un tenor inmunitario mayor que el logrado con el estímulo secundario, como se evidencia en el gráfico siguiente:

Puede observarse que al igual que ante el estímulo secundario hay unas horas (alrededor de 8) donde el organismo no exterioriza reacción mensurable (período de inducción o latencia, que es más breve que ante el estímulo secundario), luego hay un ascenso brusco, seguido de una caída (fase negativa que no llega a pasar el tenor inmunitario logrado con el estímulo secundario). Después de unas horas se eleva nuevamente y alcanza el acmé.

Entre el 2º y 3er. día de la inoculación comienza a descender lentamente hasta que se estabiliza a los siete días, dejando un tenor inmunitario individual superior al logrado con el estímulo secundario.

En general se acepta que el tercer estímulo moviliza el 95 % de las posibilidades que tiene el individuo al que se ha inyectado.

La repetición de las inyecciones del antígeno no conseguirán sino repetir el fenómeno, pero no conseguirán sobrepasar sino muy levemente el tenor inmunitario obtenido, pues está demostrado que la repetición de la inyección de un antígeno después de un cierto número de ellas (generalmente tres) produce cada vez menos respuesta. Cuando se ha estimulado la formación de anticuerpos llegando a un título determinado resulta imposible obtener un aumento.

En cambio, cuando se ha logrado un "título de anticuerpos" o un "tenor inmunitario" con una "serie vacunante de tres estímulos" y este cae, en lo mensurable, con el andar del tiempo, "un estímulo revacunante" consigue rápidamente el "título o "tenor" logrado con "los tres estímulos vacunantes" e incluso lo sobrepasa en algo, dentro de ese margen de 5 % que la vacunación no alcanza a cubrir. Este fenómeno se repite en las sucesivas revacunaciones, siempre que éstas no se hagan en lapsos inferiores al año, hasta llegar un momento en que no se modifica y éste es el "tenor inmunitario individual óptimo". Los valores de este tenor difieren de un sujeto a otro.

Además la rapidez de reaccionar del organismo no siempre está relacionada con el tenor inmunitario mensurable, pues se observa comúnmente que un "tenor bajo" reacciona rápidamente frente al peligro y un "tenor alto" no reacciona en la misma proporción. Esto se explica fácilmente si consideramos que medimos con métodos matemáticos y el organismo reacciona con procedimientos biológicos.

Estos hechos que hemos pasado en revista, considerando al antígeno como estímulo vacunante, tienen algunas variaciones según se trate de antitoxinas, vacunas bacterianas o vacunas virósicas. En efecto, está demostrado que el tenor inmunitario logrado con las antitoxinas cae con bastante rapidez y que el obtenido con vacunas bacterianas aunque algo más duradero también cae. En cambio, tanto en el mecanismo de la inmunidad natural virósica, como en el tenor inmunitario logrado con las vacunas a base de virus la capacidad de defensa lograda por el or-

ganismo es duradera y generalmente persiste para toda la vida.

Después de esta larga y seguramente fatigosa exposición (para la mayoría de los lectores) estamos en condiciones de responder a las preguntas del acápite.

1º) ¿Cuántos estímulos requiere la vacunación antipoliomielítica paraenteral?

— Para vacunar se requieren tres estímulos.

— Como la parábola inmunitaria frente a un estímulo primario se desarrolla en un lapso que dura 3 a 4 semanas, el segundo estímulo se hace, normalmente, al mes del primero.

— Como el máximo de protección del vacunado se produce después de inocularle el tercer estímulo, normalmente, conviene hacerlo al mes del segundo.

— Cuando razones epidemiológicas lo requieren podrá hacerse el 2º estímulo pasados 21 días de haber inoculado el 1º y el 3º pasados 7 días de haber inyectado el 2º. Procediendo así se obtiene la máxima protección individual, en el mínimo de tiempo, requerido por el organismo para actuar eficazmente.

— Aquí se evidencia que la llamada "4ª dosis vacunante" no es necesaria, pues el máximo de inmunidad que es capaz de lograr el organismo se obtiene con tres estímulos y por consiguiente "vacunar" presupone hacer tres estímulos del antígeno inmunizante.

Por otra parte la introducción del término "Dosis" presupone un error, pues no siempre los estímulos vacunantes son de igual dosis. Hay quienes hacen el 1er. estímulo por vía intradérmica, en dosis muy inferior a la de los dos estímulos subsiguientes de cc., por vía subcutánea. Incluso hay quienes usando la vía subcutánea, para los tres estímulos vacunantes, hacen el 1er. estímulo de ½ cc. y los otros dos de 1 cc.; este temperamento técnicamente no es objetable. Por consiguiente "ni 4ª" "ni dosis" deben repetirse al hablar de vacunación antipoliomielítica.

Toda vacunación paraenteral presupone la inoculación de tres estímulos, que pueden ser o no con igual dosis.

En el caso de la vacunación antipoliomielítica paraenteral, lo más frecuente es hacer tres estímulos con dosis uniforme (1 cc.) y este procedimiento está ajustado a nuestro actuales conocimientos.

Entraremos a la segunda pregunta del cuestionario elegida para título.

¿Es necesario revacunar?

— De acuerdo a la concepción teórica, si consideramos que en la vacuna los virus deberían haber perdido su poder patógeno conservando toda su capacidad antigénica la respuesta tendría que ser rotundamente negativa.

Ocurre sin embargo que, en la práctica, no tenemos la seguridad absoluta de que ello ocurra.

Los trabajos de Salk evidencian que ninguna de las vacunas comerciales tienen el poder antigénico de la preparada por él, en pequeñas cantidades.

El control de los vacunados experimentalmente, en 1953 y 1954, con la vacuna original de Salk evidencia que mantiene el tenor inmunitario obtenido con tres estímulos en la dosis uniforme de un cc. cada uno.

Por otra parte sabemos que la vacuna paraenteral si bien disminuye la morbilidad de la afección y protege, en cierta medida, de la presentación de formas paralíticas no impide la in-

fección natural. Este hecho obliga a pensar en la conveniencia de una revacunación con virus vivos atenuados y tipificados.

Es posible que en un futuro, no lejano después de lograr la inmunidad "básica" con la vacunación paraenteral, con tres estímulos, se revacune, por vía oral, con las vacunas con gérmenes vivos, actualmente en experimentación.

Las experiencias realizadas con las vacunas orales, con gérmenes vivos, evidencian que no se ha logrado aún atenuarlos y tipificarlos, conservando el poder antigénico, en forma absolutamente segura.

Personalmente creo que tratándose de una enfermedad invalidente aún con los resultados más alentadores que puedan lograrse con la orovacuna convendría siempre asegurar la "inmunidad básica" con la vacuna paraenteral, cuya inocuidad ha sido evidenciada en forma concluyente.

En la actualidad los servicios sanitarios revacunan en dos casos:

a) embarazadas y b) lactantes que iniciaron su vacunación antes de los seis meses. A las embarazadas se les hace la vacunación con 3 estímulos en un embarazo y, luego, en los sucesivos, se las revacuna con un estímulo.

Si hay epidemia la embarazada que debe vacunarse, se inocula en el 2º, 3º y 4º mes. Si no hay epidemia las inoculaciones vacunantes se hacen al 6º, 7º y 8º mes.

Las revacunaciones se hacen en el 8º mes, con un sólo estímulo.

Este temperamento se funda en las razones siguientes:

a) Como frente a la epidemia, el embarazo presupone un riesgo mayor que el de las otras mujeres de la misma edad, se trata de hacer la protección lo más rápidamente posible.

b) La embarazada que ha sido vacunada en una gesta anterior se revacuna con el objeto de elevar su tenor de anticuerpos circulantes que trasmite al producto de la concepción.

En lo referente a los lactantes se considera que la maduración normal del "aparato formador de anticuerpos" se produce en el niño nacido a término a los seis meses. Por otra parte, en algunas epidemias, se han comprobado casos por debajo de los seis meses y sabiendo que con un estímulo artificial el organismo crea anticuerpos desde los tres meses meses, se ha iniciado la vacunación de los mamones a partir de esta edad. Considerando que se "fuerza" al organismo a crear una resistencia cuando todavía no ha desarrollado al máximo sus posibilidades se estima conveniente reestimularlo, con una revacunación al año de finalizada la vacunación para que con una mayor capacidad de reacción alcance el mejor resultado que pueden producir.

Médicos, particularmente los pediatras y especialmente los que se dedican a la clínica de la poliomielitis, aconsejan la revacunación al año, de todos los niños vacunados. El niño revacunado en estas condiciones no tiene ningún inconveniente y tampoco los tendrá si se le hacen nuevas revacunaciones; ello no implica sin embargo que obtengan grandes beneficios.

Con posterioridad se sancionó la Ley Nacional Nº 15.010 de vacunación antipoliomielítica obligatoria que fue reglamentada por el Ministerio Nacional de Asistencia Social y Salud Pública y el de Educación y Justicia. Desde entonces la revacunación al año, o más, de haber vacunado, se extendió hasta los 14 años

Estadísticas Escolares, Organización y Educación Sanitarias (1)

Por el Profesor

Dr. JOSE A. GANDUGLIA PIROVANO

JEFE DE LA SEC. BIOESTADISTICA MEDICA
DE LA DIRECCION NACIONAL DE SANIDAD ESCOLAR

La oportunidad de los Seminarios Escolares, nos permitió acercarnos con este aporte, al cuerpo docente, que desde las diferentes regiones del país, coopera en la formación cultural de nuestras juventudes.

Era nuestra aspiración que del trabajo surgiera la convicción en las esferas educativas, de toda la importancia que revisten los elementos informativos recolectados, y la experiencia alcanzada, por la Dirección Nacional de Sanidad Escolar, que a través de su Sección Bioestadística ofrece en forma elaborada, a los ejecutores de la labor educativa, datos indispensables para el mejoramiento de la acción pedagógica, sobre la realidad sanitaria escolar.

La función de la Bioestadística en las tareas de organización, es un hecho que no creemos necesario demostrar, ella colabora eficazmente para la obtención de una labor de más en más ajustada a la realidad.

Los acontecimientos en el rápido pasar del tiempo se vuelcan en historia, y ésta se reconstruye, para ejemplo de las generaciones futuras, sobre la base de los datos que registran las generaciones presentes. El avance de la técnica pone nuevas vallas a la enfermedad; ayer fueron las epidemias bacterianas, hoy, las epidemias a virus, mañana, se anuncia casi como un presente, las epidemias por radiaciones de pequeñas partículas mortales de Estroncio-90 y Cesio-17, y nuevos isótopos escapados de los reactores atómicos, contaminando por siglos el ambiente que rodea al hombre; siempre se tratará de la lucha de una comunidad, en un escenario cambiante, y contra un peligro, para el cual, el espíritu de sacrificio, el sentido del deber y la vocación de virtud, deberán mantenerse constantes. No es menor pues el valor histórico de la tarea de recopilación de datos, base de la Estadística, que representa el eslabón que her-

(1) Trabajo leído y aprobado el 5-VIII-59 en el Seminario de la D. N. de S. E. (Ponencias elevadas a los Seminarios Regionales de Educación).

mana a los hombres, en una gran fraternidad sin limitaciones en el espacio ni en el tiempo.

No negamos que dentro de una metodología estadística estricta, el análisis de los datos puede llevarse a un extremo poco menos que exhaustivo, particularmente cuando se trata de una labor de investigación, donde la significancia tiene una importancia extraordinaria para concluir acerca de la eficacia probable de una droga, en un tratamiento, por ejemplo.

Pero a los fines del presente trabajo, respetando los principios metodológicos de la estadística de servicios, buscamos hacer rápidamente una entrega de información útil destinada a los encargados de conducir la tarea pedagógica, dejando sentada claramente la existencia de una nueva conciencia de responsabilidad sanitaria-social, para la cual es de gran ayuda, la divulgación mediante técnicas de educación sanitaria, por medio de nuevos métodos, en los que las cifras quedan reducidas al mínimo, para evitar la aridez.

Es un hecho comprobado que para poder medir la eficiencia de una labor debe usarse de valores numéricos, que expresen lo más exactamente posible el desarrollo de la misma.

La importancia creciente de los servicios sanitarios escolares, en un país joven como el nuestro, cuya productividad futura se apoya en la esperanza de una juventud sana y vigorosa, siendo precisamente esta espectativa la base de su crédito internacional, justifica señalar la necesidad de una planificación adecuada de la Sanidad Escolar en el orden nacional, y la conveniencia de dar dentro de esa planificación, un lugar destacado a las estadísticas que puedan proporcionar los organismos dependientes del Ministerio de Educación y Justicia, sin las cuales toda administración de los recursos disponibles resulta un problema azaroso e improvisado.

Las responsabilidades crecientes de la Sanidad Escolar producirán cada vez más abundante información. Las diferentes campañas de seroprevención y vacunación antipoliomielíticas son un ejemplo cabal de la importancia de la estadística escolar.

No habrían podido ser estimadas adecuadamente sin la tabulación y análisis, que luego de las experiencias iniciales efectuamos, como sistema de rutina, mejorando con los datos obtenidos la labor subsiguiente.

Para quienes estamos empeñados en desarrollar la Medicina Preventiva en todos sus aspectos, la Sección Permanente de Bioestadística Médica en la Sanidad Escolar, nos parece un paso adelante en la marcha hacia su objetivo fundamental que es precisamente, hacer Medicina Preventiva, y servirse de su propia labor como ejemplo, para hacer Educación Sanitaria, a un nivel en que los hábitos pueden aún modificarse favorablemente, es decir, en la edad escolar.

Para tales fines la información básica que una sección de bioestadística puede elaborar permanentemente, es indispensable para medir los problemas, jerarquizarlos, y luego medir los resultados alcanzados.

En la labor sanitaria hay un trabajo progresivo de integración de equipos,

que no sólo consiste en armarlos y hacerlos funcionar, sino en criticar la labor que producen, lo que es un proceso muy difícil y aleatorio, sin la ayuda de buenas estadísticas.

Surge en consecuencia, la necesidad de correlacionar la doctrina estadística y la estructura que ha de caracterizar a la sección, acordando unidad a la misma, con la acción específica que compete a la Dirección Nacional de Sanidad Escolar, a través de la labor desarrollada por cada una de sus partes, para satisfacer objetivos mediatos e inmediatos.

La organización actual de la Sección Bioestadística Médica de la Dirección Nacional de Sanidad Escolar, se orienta a satisfacer los objetivos de la Sanidad Escolar en relación con el bienestar físico, mental y social del escolar, el docente, y el personal técnico, administrativo y auxiliar, a través de los métodos estadísticos aplicados a las ciencias biológicas en general y a las ciencias pedagógicas en particular.

A los efectos de tales fines hemos considerado cuidadosamente la vigencia en la organización propuesta del concepto moderno de estadística, métodos estadísticos, bioestadística en su más amplia acepción de estadística vital, y bioestadística médica.

El plan mínimo, durante un curso lectivo, comprende las siguientes actividades:

a) Tabulación, análisis e interpretación de los datos estadísticos de las campañas desarrolladas por la Dirección Nacional de Sanidad Escolar.

b) Recepción de la información mensual de las dependencias de la Dirección Nacional de Sanidad Escolar y preparación de la memoria anual.

c) Actualización y estudio de los ficheros de las dependencias de la Dirección Nacional de Sanidad Escolar.

d) Informaciones y asesoramiento, preparación del material numérico y gráfico para divulgación sanitaria.

e) Desarrollo de clases y trabajos, mostraciones y visitas, en relación con los cursos programados por la División Educación Sanitaria de la D. N. de Sanidad Escolar y con los programas docentes.

Con la experiencia adquirida a través de las diferentes etapas de nuestra labor, que hemos tratado de presentar resumidamente y atentos a los fundamentos que hemos anunciado y al plan mínimo inicial que las circunstancias aconsejan, finalizamos el presente trabajo, esperando contribuir con nuestro estudio, a esclarecer las medidas que perfeccionen, amplíen e intensifiquen la función docente asignada a los profesionales de esta Dirección Nacional de Sanidad Escolar.

En lo que se refiere específicamente a Bioestadística Médica: se desarrolla con carácter oficial un curso especializado; dicho Curso está destinado en nuestro concepto a llenar una sentida falta en el medio docente, de formación en las modernas técnicas de la Organización, Estudio de las probabilidades, de las Frecuencias, Demogenética, Es-

tadísticas Vitales y fundamentos de la Cibernética.

Los países más desarrollados orientan la labor técnica de acuerdo al conocimiento probabilístico, base de la Investigación Operativa. Es deber del profesor trasmitir no solamente el conocimiento clásico y la ciencia sino también aquellos elementos del arte y de la técnica, que es el lenguaje de la civilización contemporánea.

El Curso de Bioestadística Médica, ofrecido por la Dirección Nacional de Sanidad Escolar anualmente a los educadores interesados en su ciclo teórico-práctico, ha logrado ya la aprobación de S. E. el Sr. Ministro de Educación y Justicia, Dr. Luis R. Mac'Kay, quien ha resuelto (Resolución Nº 2538, Expte. Nº 57.687-13-V-59), 1º) aprobar sus programas; 2º) autorizar a la Dirección Nacional de Sanidad Escolar para otorgar al final del curso respectivo el correspondiente certificado oficial.

En conclusión, estimamos que los objetivos fundamentales de la Bioestadística Médica en relación con la Organización y Educación Sanitaria, son:

1º) Desarrollar agentes u órganos capacitados para la aplicación de la Bioestadística en el medio escolar.

2º) Solicitar todos los antecedentes disponibles, que ayuden a comprender las etapas a cubrir y los medios y recursos a emplear adecuándolos a las condiciones de tiempo y lugar para el cumplimiento del punto anterior.

3º) Correlacionar la labor numérica y gráfica con los objetivos de la Educación Sanitaria en el medio escolar.

4º) Intensificar los cursos destinados a la formación de una cultura básica en materia de Organización y Bioestadística, especialmente dirigidos a la comunidad escolar con sentido sanitario y pedagógico.

BIBLIOGRAFIA

1. — *Becherelle B. M. A. y Almaraz Ugaldi:* Organización de un programa nacional de Salud. Bol. O.S.P. - Vol. XLIII - Nº 3 - Setiembre de 1957 - P. 260.
2. — *Urribarri Alberto:* "Instrucciones para los Directores de las Escuelas de la Cap. Federal". Publicación mimeografiada - D. G. de S. E. - 1956.
3. — *Rhodes E. C.:* Estadística Elemental. Fondo de C. E. - México - Ed. 1950.
4. — *Dunham George:* Preventive Medicine. Third Edition - Ed. Harrisburg 1940.
5. — *Comité de Expertos en Servicios de Higiene Escolar:* Informe 1º. Reunión Nº 30 - O.S.P. - O.M.S.
6. — *Trucco Sixto E.:* Análisis Estadístico - Aplicado a los trabajos de Investigación - El Ateneo - Ed. 1950.
7. — *Santone Adolfo:* Organización Estadística Argentina - Ciencia e Investigación - T.M. Nº 12 - P. 561.
8. — *Santone Adolfo:* Promoción de la Estadística - Ciencia e Investigación - T. 13 - Nº 1 - P. 34.
9. — Estudio Crítico del sistema actual de encuestas para enfermedades de declaración obligatoria - *P. T. Eduardo Sarvé.* Tesis de Especialización en Salubridad. Santiago de Chile, 1955.
10. — *Moroder Juan:* La Representación Gráfica, su aplicación en Salud Pública - Edit. Beta. Ed. 1950.
11. — *Bradford Hill A.:* La estadística en la Investigación Médica - Triángulo - Vol. II - Nº 6 - Sept. 1956. P. 208.
12. — *López Ruiz Rafael:* Sistema de Estadísticas y Nomenclaturas. Rev. de la Confederación Médica Panamericana - La Habana. Vol. III. Nº 7 - Julio 1956.

SEMINARIOS DE EDUCACION

DEL MINISTERIO DE EDUCACION Y JUSTICIA

Tema II — El Educando

b) Educación y Asistencia

Por el

Dr. BASILIO A. RAYMUNDO

FUNCION DE LOS SERVICIOS SANITARIOS ESCOLARES

¿SISTEMA PROFILACTICO EXCLUSIVO O SISTEMA PROFILACTICO ASISTENCIAL?

1º) *Cuatro etapas en la orientación de nuestra sanidad escolar.*

El desarrollo de nuestra sanidad escolar está jalonado por cuatro etapas fundamentales en lo que respecta a su orientación.

1ª Etapa: comprende desde sus comienzos en 1886, hasta 1916. Las funciones de los médicos escolares se limitaban a inspección sanitaria de las escuelas, vacunación antivariólica de los alumnos y vigilancia de los infectocontagiosos.

Es evidente que el objetivo principal era la defensa de la institución escolar, en plena expansión en ese momento. Se quería que los padres enviaran a sus hijos a la escuela sin ninguna prevención con respecto a los riesgos que corría su salud.

2ª Etapa: Se inicia en 1916, bajo el impulso fervoroso de Genaro Sisto, quien justamente alarmado por el alto índice de tuberculinización de los escolares y por el gran número de anémicos y escrofulosos, pone su acento en el cuidado del niño débil, en la higiene preventiva y en la medicina social.

3ª Etapa: A partir de 1924, durante la Dirección del Dr. Olivieri se da a la función de la Inspección Médica Escolar una amplitud que desborda cada vez más los principios proclamados en Wiesbaden, de profilaxis exclusiva, y se desarrolla la tendencia mixta, profiláctico-asistencial, creándose las clínicas escolares, destinadas a la asisten-

cia médica y odontológica de los niños.

El Dr. Olivieri pregona la profilaxis por el tratamiento, considera que la escuela ofrece la mejor oportunidad para controlar la salud de todos los niños en edad escolar, período durante el cual el médico puede ir en busca del enfermo, le es fácil vigilarlo y someterlo a tratamiento, sin esperar que los padres decidan llevarlo espontáneamente al hospital, cosa que a menudo hacen con retardo.

4ª Etapa: Se vuelve al sistema de Wiesbaden.

En mayo de 1945 la Dirección dirige una circular a los médicos inspectores estableciendo la necesidad de coordinar los servicios de la sanidad escolar con los de los hospitales. Los niños de las escuelas tendrían atención preferencial en algunos servicios y las visitadoras deberían concurrir a los mismos para controlar la asistencia de los niños y verificar la realización del tratamiento indicado.

Las conocidas deficiencias de los servicios hospitalarios y la falta de tiempo de las visitadoras para desempeñar la tarea señalada, impidieron llevar a la práctica esas disposiciones, salvo la de enviar a los niños enfermos al hospital.

En esta etapa nos encontramos hoy. Enseguida analizaremos la forma de aplicación y los resultados de la orientación profiláctica exclusiva, tal como se aprecian desde nuestro lugar de observación, el consultorio de distrito.

2º) *Aplicación del Sistema Profiláctico Exclusivo*

Estas consideraciones se apoyan en las experiencias del autor como médico inspector de la Dirección Nacional de Sanidad Escolar. En ellas no se abre juicio sobre la múltiple actividad de la institución. Se ha preferido enfocar un sector pequeño, limitado, vivido de cerca, en lugar de una visión de conjunto pero alejada de la realidad. Si bien esta limitación les resta trascendencia, contribuye en cambio a otorgarle el único valor que tienen, el de corresponder al trabajo concreto del médico escolar, en contacto directo con sus destinatarios reales: el niño, la escuela y la familia, ubicados en un medio ambiente determinado.

El escenario de estas observaciones es Villa Soldati, el barrio menos favorecido de la Ciudad en lo que respecta a condiciones de higiene, obras sanitarias, pavimento y viviendas. Su población, acrecentada en los últimos años por familias de numerosa prole, procedentes del interior en su mayoría, es de unos 68.000 habitantes, de los cuales 18.000 viven en barrios de emergencia y villas miseria.

Estimando que un 12 % de la población está comprendida entre los 6 y los 14 años, puede calcularse que hay 8.000 niños en edad escolar, de los cuales únicamente 4.000 concurrían en 1958 a alguna de las 10 escuelas asignadas a nuestra vigilancia sanitaria. Esas escuelas, 7 del estado y 3 particulares, son las únicas existentes en el barrio, deduciéndose en consecuencia que 4.000 niños en edad escolar no concurrían a la escuela.

No hay hospital. Un Centro de Salud, con consultorios externos de clínica médica, niños y ginecología y un Dispensario Municipal, son las únicas instituciones sanitarias de la zona. El médico inspector, con la colaboración de una visitadora de higiene escolar tiene la responsabilidad de las siguientes tareas: vacunaciones antivariólicas y antidiftérica; confección de la ficha sanitaria de los que ingresan a 1º inferior y de los que cursan 3º y 6º grados (comprendiendo antecedentes familiares y personales, examen clínico, talla, peso, agudeza visual y auditiva,

reacción de V. Pirquet y abreugrafía de los tuberculino positivos; evicción de los contagiosos por enfermedad infecciosa o parasitaria; readmisión de los que faltaron a clase tres o más días consecutivos; visitas de inspección a las escuelas, llevando como principal objeto la educación sanitaria mediante clases o conversaciones con los alumnos, los maestros o los padres; selección de los niños que concurren a las colonias de vacaciones; eventualmente, participación en campañas profilácticas que abarcan grandes masas de la población infantil, tales como la aplicación de la gamma-globulina y la vacuna Salk, campañas que evidenciaron el alto grado de organización y la capacidad de nuestra Sanidad Escolar para una movilización de urgencia, llevada a cabo con la colaboración del magisterio.

Después de examinar a los niños de los tres grados mencionados, que alcanzan a sumar entre 1.600 y 1.800, de los 4.000 a nuestro cuidado, se informa a las madres sobre la salud de sus hijos, y si presentan algún estado patológico sin su debido tratamiento se les aconseja recurrir a un servicio hospitalario. Lo mismo se hace con los escolares que se presentan a consultar por algún padecimiento, enviados por los maestros o descubiertos por el médico o la visitadora en sus visitas a la escuela, o llevados por sus padres espontáneamente.

Cuando se ha orientado al niño hacia el lugar de asistencia y los padres cumplen las indicaciones pertinentes estamos en el mejor de los casos. Suele ocurrir que los padres no acompañan a sus hijos al consultorio y no se presentan al ser citados o no cumplen con la indicación de llevarlos al servicio asistencial correspondiente. En estos casos las razones que con mayor frecuencia se aducen son: que la madre trabaja, o que tiene que cuidar hijos menores y no puede abandonar su casa durante una mañana para concurrir al hospital y menos aún para hacerlo periódicamente, cuando el caso lo exige.

En ocasiones los padres llevan rápidamente al niño al servicio hospitalario indicado, con la tarjeta que acredita su condición de escolar, convencidos de la necesidad de una extirpación de vegetaciones o de un estudio completo del hijo para aclarar el origen de un padecimiento y son despachados con una medicación sintomática, o se les asigna fecha para ser estudiados o intervenidos dentro de algunos meses. El médico escolar supera esta falta de correlación con los servicios asistenciales enviando al niño a un especialista de su personal conocimiento, aunque trabaje en un hospital alejado de su zona, lo cual crea otros inconvenientes a los padres.

Claro que nada de esto ocurre en aquellos casos que por su gravedad o por lo llamativo de sus síntomas preocupan a sus padres, que entonces allanan cualquier inconveniente para encontrar la asistencia adecuada. Pero no son éstos, los casos que hacen necesaria la intervención del médico escolar. Su objetivo es el hallazgo precoz de las alteraciones de la salud del niño, ya de aquellas cuya prolongación repercutirá en el estado general o en las funciones intelectuales, ya de las que pasibles de tratamiento adecuado en su comienzo, se hacen definitivas si se deja pasar la oportunidad, o bien exponen a complicaciones o, simplemente, sin ser graves, invalidan para el pleno goce de la vida. Entre ellas están los vicios de refracción, estrabismo, blefaritis, vegetaciones nasofaríngeas, amigdalitis, trastornos de la voz,

corizas crónicas, bronquitis frecuentes, asma, cardiopatías, alergias cutáneas, parasitosis intestinales, alteraciones posturales del esqueleto, ectopías testiculares, hernias, endocrinopatías, trastornos de la nutrición, etc.

3º) *El Sistema Profiláctico Asistencial.*

Si se observan los sistemas adoptados por la sanidad escolar de otros países se confirma lo expresado por el doctor Magalhaes, médico escolar de Río de Janeiro: la tendencia exclusivamente profiláctica, preconizada en Wiesbaden, es aplicable a las colectividades que gozan de condiciones sanitarias satisfactorias y la tendencia mixta, profiláctico asistencial, es necesaria allí donde deben suplirse deficiencias en los organismos asistenciales extraescolares gratuitos, en el nivel de educación sanitaria de la población, o en sus posibilidades económicas, condiciones casi siempre paralelas.

Así, en Francia con el Seguro Nacional de Salud, en los Estados Unidos con los seguros médicos privados y en la U.R.S.S. con la medicina socializada, se brinda a la población buenos servicios asistenciales y preventivos y se ha logrado un aceptable nivel de educación sanitaria. En estos tres países la función de la sanidad escolar es estrictamente profiláctica y el asistencialismo sería una redundancia.

En Inglaterra, la característica flexibilidad de sus instituciones se revela también en este aspecto. El Servicio Nacional de Salud ofrece asistencia médica a toda la población, pero teniendo en cuenta que "un cuidado médico especial tanto preventivo como curativo es esencial para el bienestar del niño en crecimiento", el Servicio Sanitario Escolar ofrece en sus clínicas escolares, asistencia para los casos de afecciones leves y cuenta con la estrecha colaboración del Servicio Nacional de Salud.

El Brasil, cuya composición social y niveles cultural y sanitario podemos considerar muy próximos a los de nuestro país, ha adoptado el sistema mixto. Entre las Clínicas Escolares y el Instituto Médico-Pedagógico, cubren todas las necesidades médico quirúrgicas de la población escolar de Río de Janeiro, Lo mismo ocurre en San Pablo. Esta organización coincide con la que el doctor Olivieri preconizó y desarrolló en parte entre nosotros, fundándose en razones, que si eran válidas en su tiempo, lo son más en la actualidad. Es notorio el deterioro sufrido por nuestros servicios asistenciales públicos, desde entonces aquí. En cuanto al nivel cultural y por ende la educación sanitaria también han retrocedido, como lo atestigua el hecho de que en Buenos Aires, en 1938, concurrían 305.137 niños a las escuelas primarias y en 1958 con 1.200 000 habitantes más sólo concurrieron 267.728.

Estas circunstancias, a la que se agregan situaciones de angustia económica, encarecimiento de los medios de diagnóstico y tratamiento, trabajo de las madres fuera de su casa y desajustes familiares de diverso carácter, configuran las condiciones requeridas para optar por la orientación mixta de la sanidad escolar, dando a la parte asistencial una extensión cuyos alcances establecemos más adelante.

El paso de prácticamente toda la población del país por la escuela primaria y su permanencia en ella, cuando se cumple lo dispuesto por la Ley, desde los 6 hasta los 13 años, crea condiciones excepcionales para el estudio de su estado de salud, de su desarrollo físico

y psíquico y para encarar el tratamiento adecuado de sus alteraciones, en los años decisivos de la evolución del niño.

Durante esa época la infancia está prácticamente movilizada y ordenadamente registrada en las escuelas y se requiere un esfuerzo mínimo para llegar a ella y por su intermedio a los hogares. Insistimos en este aspecto porque se sabe que en cualquier campaña sanitaria lo más difícil y oneroso es atraer al sector de la población que interesa examinar, tratar o convencer. Se cuenta, por otra parte, con la colaboración del maestro, que conoce concretamente la situación ambiental y familiar de cada niño y es un intermediario insustituible en la tarea de difusión sanitaria.

Por último, en un medio cultural donde no se tiene aún conciencia plena de la importancia de la medicina preventiva, los consejos y las indicaciones adquieren mayor valor y son mejor atendidos cuando proceden de un profesional cuya función está de acuerdo con el significado ancestral de la palabra que designa su profesión (médico = el que cura).

4º) *El paso de uno a otro Sistema.*

Luego de conocer los antecedentes nacionales y extranjeros nos afirmamos en la convicción de que nuestra sanidad escolar debe orientarse hacia el asistencialismo, aunque solo en la medida que lo exigen las necesidades más urgentes, sin introducir grandes modificaciones en su actual estructura.

Prescindimos completamente de los servicios de internación, tanto clínicos como quirúrgicos, por considerar que los del Hospital de Niños, y los que funcionan en otros hospitales generales son suficientes. Por otra parte las enfermedades de la edad escolar son los que menos internaciones exigen para su atención.

En cambio, la sanidad escolar se haría cargo de la asistencia de los escolares que pueden ser atendidos ambulatoriamente en los consultorios actualmente existentes. Cuatro o cinco de estos consultorios estratégicamente elegidos, dentro de las zonas en las cuales es mayor la población de modestos recursos se transformarían en policlínicas escolares, con consultorios de las tres especialidades más necesarias: O. R. L., Oftalmología y Psicopedagogía. En la Casa Central, a los consultorios ya existentes de las especialidades mencionadas, nutrición y endocrinología, cardiología, radiología y laboratorio, se agregarían servicios de alergia y ortopedia.

Para que el actual plantel de médicos inspectores pudiera tomar a su cargo la parte asistencial sería necesario modificar parcialmente sus tareas. Una de estas modificaciones consistiría en limitar el examen sistemático a los niños que ingresan por primera vez a la escuela. Son muchos los médicos escolares que ponen en tela de juicio la utilidad del examen sistemático anual de todos los escolares, por considerar que su realización rutinaria tiende a darles carácter superficial y absorbe gran parte del tiempo disponible, a la vez que resta posibilidad de controlar con mayor frecuencia a los que por su precaria salud lo necesitan. En los EE.UU. en general no se practica el examen sistemático por el médico.

Quizá fuera de mayor provecho efectuar un examen de mayor envergadura en el momento de ingresar el niño a primer grado inferior, pesquisando el médico detenidamente los antecedentes

familiares y personales. Sabemos lo difícil que resulta, en un rápido interrogatorio, obtener confesiones relacionadas con alcoholismo, psicopatías o tuberculosis, antecedentes todos de importancia para la historia clínica del niño. A partir de ese momento, el médico examinaría únicamente a los que, de acuerdo con los resultados de ese primer examen, necesitan vigilancia periódica y también aquellos en quienes el mismo médico o la visitadora durante sus visitas a la escuela, o la maestra, o los padres, sospechen alguna alteración en la salud.

El control anual de todos los escolares en lo que respecta a talla, peso, agudeza visual y auditiva, reacciones tuberculínicas estaría a cargo de la visitadora, así como un interrogatorio sobre enfermedades sufridas desde el último examen y sobre determinados síntomas previamente especificados, tales como: cefaleas, disnea, artralgias, anginas, trastornos de la digestión, afecciones de la piel, catarros bronquiales, corizas, parasitosis, decaimiento y algunos otros de fácil comprobación, pasando al examen médico los que presenten anomalías.

El trabajo escrito, fichas, certificados, resúmenes, etc., y la aplicación de vacunas llevan mucho tiempo a las visitadoras y no es raro que el médico deba prestarles ayuda en las vacunaciones. Creemos que sin desmedro de la eficiencia y siempre que se realicen en presencia del médico, las vacunaciones podrían estar a cargo de estudiantes de medicina, tal como ocurre en los hospitales, de los cuales aceptamos certificaciones de vacunas en la sanidad escolar. En esta forma el médico y la visitadora dispondrían de más tiempo para el cuidado de la salud del escolar.

Muchos autores sostienen que un médico por cada mil niños es la proporción ideal. Es indudable que así podría llevarse a cabo el examen anual de todos los niños y vigilar y asistir a los que lo necesitan. Creemos, sin embargo, que procediendo como acabamos de exponer, un médico, una visitadora y un estudiante, pueden vigilar con eficacia el estado sanitario de los 3.300 escolares que hoy corresponden por término medio a cada médico escolar. En estas condiciones se dispondría del tiempo necesario para examinar con mayor detención a los que ingresan a la escuela y atender a los que presentan algún estado patológico, recurriendo cuando se necesite, al auxilio del laboratorio, radiología o especialidades de la Casa Central o de los policlínicos escolares y formulando las indicaciones correspondientes.

En esta forma se daría a la profilaxis por el tratamiento el importante lugar que le señalaba el doctor Olivieri en la lucha por la salud de los escolares.

CONCLUSIONES

Se considera conveniente complementar la función esencialmente preventiva de nuestra Sanidad Escolar con la función asistencial, adoptando el sistema mixto, preconizado entre nosotros por el doctor Enrique Olivieri y adoptado actualmente en Río de Janeiro y San Pablo.

Dos factores se conjugan en Buenos Aires para justificar el sistema profiláctico-asistencial: la deficiencia de los servicios asistenciales existentes y el bajo nivel cultural de educación sanitaria y económico de un sector importante de nuestra población.

Para cuidar con eficacia la salud del niño debe sumarse a las medidas profilácticas y al diagnóstico precoz, un tratamiento inmediato, vigilando de

cerca la evolución de la enfermedad y el cumplimiento de las indicaciones terapéuticas.

Este cambio de orientación puede llevarse a cabo introduciendo muy pocas modificaciones en la organización actual:

Los consultorios de distrito, además del médico y la visitadora, deberían contar con un estudiante de medicina encargado de aplicar y controlar las vacunaciones, bajo la dirección del médico escolar.

El examen sistemático por el médico se limitaría a los niños que ingresan a la escuela por primera vez.

Se prestará, en los consultorios de distrito asistencia médica a los niños que presenten algún estado patológico, indicando el tratamiento y examinándolos periódicamente hasta su curación.

Se crearán cinco policlínicas escolares adaptando al efecto otros tantos consultorios de distritos, mediante el agregado de consultorios de O. R. L., Oftalmología, Psicopedagogía y Foniatría.

En la Casa Central se agregará a los consultorios existentes otros de ortopedia y alergia.

No se considera necesario crear servicios de internación por ser suficientes los que funcionan en el Hospital de Niños y en los Hospitales generales, con los cuales deberá coordinarse el trabajo de Sanidad Escolar.

AMIGO MAESTRO:

¿QUE PODEMOS HACER POR UD.?

ESTA SECCION ESTA POR ENTERO A SU SERVICIO

NUESTROS PROPOSITOS SON:

RESPONDER EN FORMA CONCRETA A PREGUNTAS DE CARACTER MEDICO SANITARIO FORMULADAS EN NO MAS DE VEINTE LINEAS.

QUE DICHAS PREGUNTAS DEBEN SER DE INTERES GENERAL.

QUE DAREMOS ACLARACIONES Y ORIENTACIONES PERO NO DIAGNOSTICOS NI TRATAMIENTOS.

CURSOS DE ATENEO PARA EL AÑO 1960

PROPOSITOS Y OBJETIVOS

En términos muy generales, los objetivos de la División Odontologia de la Dirección Nacional de Sanidad Escolar es el control y mantenimiento de la salud bucodental de la población escolar y estudiantil. En otras palabras, las medidas que le compete aplicar son medidas de salud pública dental aplicadas a ese sector de la comunidad.

Para cumplir cabalmente esos objetivos es necesario que sus integrantes conozcan los principios básicos de la odontologia sanitaria; de otra manera, la labor que se realiza es un trasplante de la tarea asistencial que se cumple en los consultorios privados, con pacientes particulares; y perdiendo de vista que en este caso el paciente es la comunidad. De ahi pues la necesidad de un curso de odontología sanitaria aplicada a los problemas de Sanidad Escolar.

El análisis del estado bucodental de la población infantil demuestra además un acentuado déficit de atención; el tratar de irlo corrigiendo es asimismo función de la División. Para ello sus profesionales deben estar empapados de los principios más actuales de la odontopediatría; y a ello obedece la inclusión de un curso especializado para el programa de 1960.

Ambos cursos han de ser de nivel elevado, y se seleccionará para dictarlos a profesionales de la División y a valores consagrados de la profesión, que actuarán como invitados especiales.

La División considera a estos cursos como primer paso de una labor consistente de mejoramiento de sus integrantes, y planea en consecuencia hacerlos seguir por otros cursos más que se anunciarán en su oportunidad.

PROYECTO DEL PROGRAMA DE CURSO DE ODONTOLOGIA SANITARIA

1) Problemas que plantea el estado bucodental de la población a cargo de Sanidad Escolar. Ordenamiento de los mismos de acuerdo a su importancia como problemas sanitarios.

2) Elementos de medida. Indices. Para la caries. Para enfermedades periodontales. Para maloclusiones. Caracteristicas. Uso.

3) Medición de las necesidades odontológicas de la población escolar. Estudio y análisis de los problemas que se desprenden de dicha medición.

4) Métodos para resolverlos. El método preventivo. Niveles de prevención y de aplicación, aplicados a la odontología preventiva.

5) Atención odontológica en los servicios de Sanidad Escolar. Recursos necesarios y disponibles: humanos y materiales.

6) Rendimiento de la atención. Sistemas de trabajo.

7) Productividad. Análisis de los factores que la determinan. Posibilidades de aumentarla: racionalización del trabajo y delegación.

8) Límite máximo de trabajo. Posibilidades de aumentar la cobertura del servicio. Estudio, análisis y determinación de prioridades.

9) Costo de la atención. Análisis de los factores que la determinan. Formas de retribución del profesional.

10) Clases de seminario:

a) Estudio y discusión de la Ley de Asistencia Dental Obligatoria.

b) Discusión y análisis del curso.

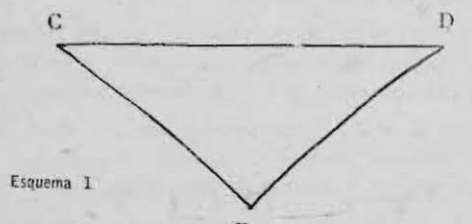
VENDAJES

Pasaremos revista a los vendajes más usuales utilizados en curas de urgencia, su preparación, material empleado para la confección de los mismos, nudos, etc.

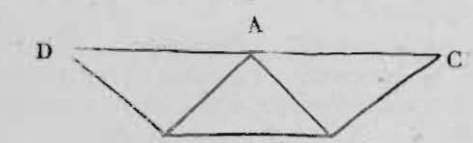
El vendaje triangular:

Tomar una tela cuadrada que mida de lado 90 cm., a la que se dobla diagonalmente y se corta siguiendo dicha diagonal.

El material debe ser de tela resistente, sin apresto, algodón, lino o seda.



Esquema 1



Esquema 2

Esquema 3

La técnica de la preparación se ejemplifica en los esquemas adjuntos.

1º) Una vez obtenido el vendaje triangular, el punto B se lleva al punto A centro de la base C. D.

2º) Doblar por la mitad para formar una venda más estrecha (esquema Nº 3).

3º) Volver a doblar por la mitad (esquema Nº 4).

4º) Los extremos se llevan al centro y se vuelve a doblar por la mitad en el sentido transversal con lo que el vendaje queda listo para ser usado.

Es de importancia, para evitar el escurrimiento del nudo, hacerlo en forma correcta para lo cual empleamos el denominado "nudo de marinero".

Se efectúa éste en la siguiente forma:

1º) Se pasa el extremo derecho por encima del extremo izquierdo y luego el izquierdo por encima del derecho.

2º) Cerrado el nudo, los extremos quedan paralelos al vendaje (esquema 1) escondiéndose debajo del mismo.

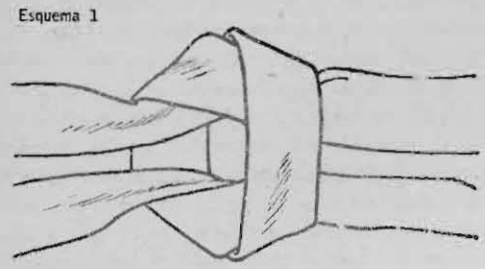
En el esquema 2, se ha ejemplificado un nudo efectuado en forma incorrecta.

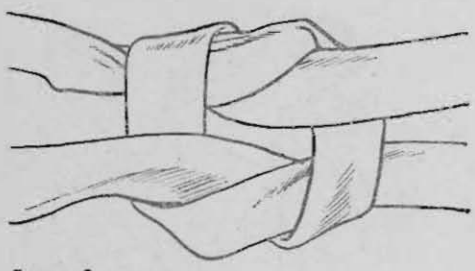
Si el vendaje triangular se emplea para sostener el miembro en cabestrillo, el nudo debe ir situado sobre el hombro con lo que se evitan molestias al enfermo cuando éste se acuesta (por lo general se coloca el nudo en la parte posterior del cuello).

Para asegurar el nudo se emplea un alfiler de gancho que se colocará horizontalmen-

te respecto al vértice del vendaje. El alfiler se hará pasar a través del tejido por lo menos dos veces.

Esquema 1





Esquema 2

Está proscripto el uso de alfileres simples y si no se pudieran conseguir los de gancho el nudo deberá coserse.

El empleo del vendaje triangular estrecho en traumatismos radicados en mano, en muñeca, en hombro o en clavícula.

1º) Un extremo del vendaje se coloca sobre el hombro sano.

2º) Ordenar al enfermo que doble su brazo en forma que la mano se dirija al hombro del lado opuesto y con una inclinación tal que esté por encima de la cintura.

3º) El otro extremo del vendaje se lleva hasta el hombro enfermo en donde se anuda con un nudo marinero.

Vendaje triangular ancho:

Este vendaje tiene la ventaja sobre el anterior de que es más cómodo para el enfermo pues sostiene todo el brazo incluso el codo.

1º) Un extremo del vendaje se lleva al hombro opuesto del enfermo.

2º) Por delante del mismo el paciente colocará su brazo el que llevará una inclinación de abajo hacia arriba, por encima de la cintura y en la dirección al hombro opuesto.

3º) Se cuidará que la mano quede incluída en el vendaje. El extremo inferior se lleva sobre el hombro enfermo en el que se anudará.

4º) El vendaje no debe ser bajo pues si así lo fuera no sostiene el brazo en forma conveniente. Se fijará el nudo con un alfiler de gancho en la forma descripta anteriormente o bien podemos doblar en escuadra al extremo inferior colocándose el alfiler en forma vertical según lo indica la figura.

El vendaje ancho lo usamos en cabestrillo cuando existe una fractura de clavícula

1º) Los tiempos son similares a lo explicado anteriormente.

2º) La mano del brazo traumatizado se dirigirá hacia la clavícula sana.

Es conveniente colocar una almohadilla de algodón en la axila correspondiente al traumatismo.

3º) Los extremos se anudarán sobre el hombro sano.

4º) La punta del vendaje se fijará con un alfiler de gancho al hombro enfermo.

Vendaje triangular ancho empleado como cabestrillo a lo "Saint John"

Se usará en la fractura de clavícula y en traumatismos de brazo, muñeca y mano.

1º) La mano del enfermo se dirigirá al lado opuesto al traumatismo.

2º) El vendaje se colocará *por encima* del brazo; uno de sus extremos va al hombro sano en tanto que el otro penderá hacia abajo.

3º) Sosteniendo el codo enfermo se toma el extremo inferior del vendaje el que se engancha al brazo llevándolo a continuación hacia arriba y atrás y en forma que se ajuste al brazo y mano del miembro herido.

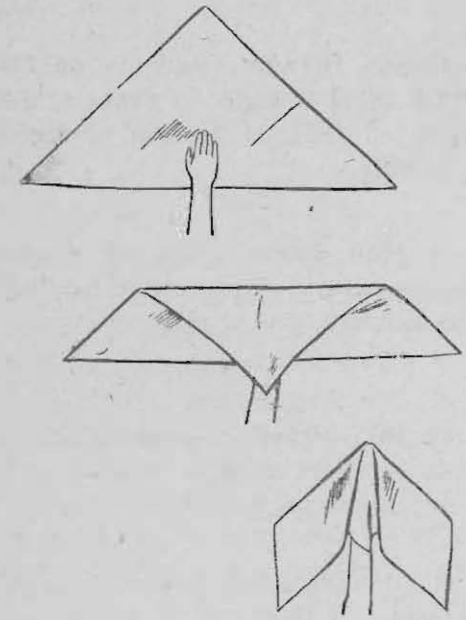
4º) El extremo cruzará la espalda y se anudará con el superior a nivel de la zona del hueco supraclavicular.

5º) Como en la parte inferior del vendaje queda una puuta, ésta se introducirá entre el veudaje y el antebrazo fijándolo con un alfiler de gancho por detrás del codo.

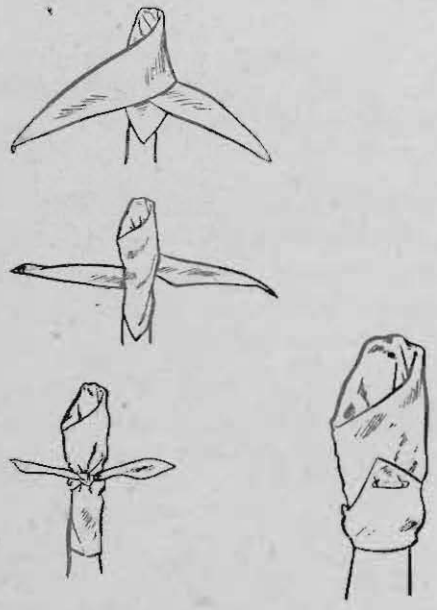
El vendaje triangular en heridas de mano

1º) Efectuada la curación de la mano se colocará una o más gasas esterilizadas sobre la superficie cruenta tomándose la precau-

ción de separar los dedos entre sí con gasas que obrarán absorbiendo la transpiración.



2º) La base del vendaje irá a la altura de la muñeca.



La extremidad se rebate sobre la mano llegando un poeo más allá de la base. Se empleará ésta más tarde para cubrir el nudo.

3º) Los costados del vendaje se doblan hacia adentro haciendo que los pliegues sean paralelos a la mano.

4º) Los extremos se cruzan entre sí alrededor de la muñeca y se atan con un nudo marinero por delante.

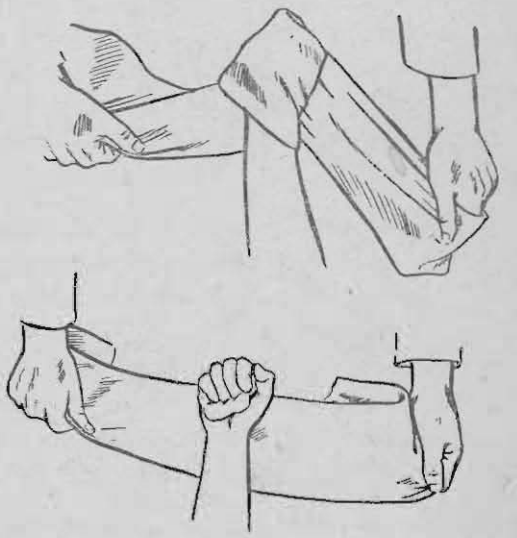
5º) El nudo se cubre con el vértice del vendaje.

6º) Se coloca un alfiler de gancho que irá aplicado transversalmente.

7º) La última maniobra será colocar la mano suspendida, en un cabestrillo estrecho.

Vendaje triangular empleado para contener una hemorragia a nivel de la palma de la mano

La hemorragia podrá cohibirse según las técnicas descriptas anteriormente y que consisten en efectuar una presión sostenida sobre



la arteria humeral o bien en la radial o cubital.

La contención se facilitará colocando en la palma de la mano una almohadilla de gasa esterilizada y ordenando al enfermo que la apriete con fuerza.

Para evitar la fatiga se ayuda al enfermo con un vendaje triangular.

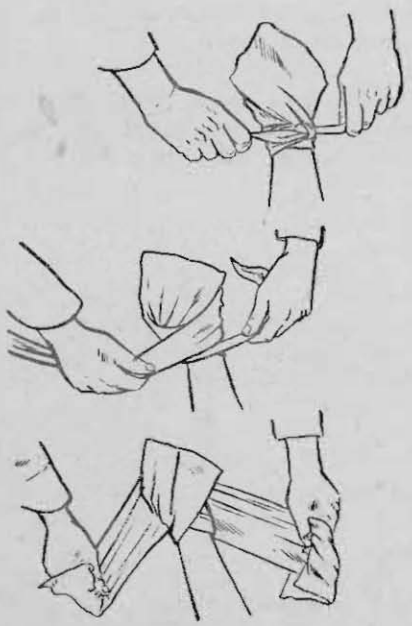
Para esto se emplea un vendaje triangular ancho.

1º) Se extiende transversalmente en forma que la parte media del vendaje corresponda al centro de la muñeca.

2º) Se ordena al enfermo que la almohadilla de gasa aplicada en la palma se apriete fuertemente.

3º) Uno de los extremos del vendaje se dobla oblicuamente por delante de la cara anterior de la mano.

4º) El otro extremo se dobla en igual forma y en dirección opuesta.



5º) Ambos extremos dan la vuelta por la cara posterior de la muñeca y vuelven a la cara anterior en donde se cruzan de nuevo para anudarse finalmente en la parte posterior de la muñeca.

6º) El vendaje debe ser muy apretado y una vez terminado éste, el brazo del enfermo se suspenderá en un cabestrillo.

Dibujos de ALBERTO ELAZAR

¿Sabe Ud. que...?

...Claude Bernard, suplente de Magendie en el Colegio de Francia, descubrió, en 1851, la función glucógena del hígado.

...en 1810, Laennec inventó el estetoscopio para la auscultación. En 1829, John Elliotson fué el primero en usarlo en Inglaterra.

...en 1677 Francia reconoció oficialmente la teoría de la circulación de la sangre, expuesta por Harvey.

...la adrenalina fué preparada sintéticamente en 1906.

...el clima ideal para el reumático es el cálido, luminoso y seco.

...en 1921, Sazerac y Levaditi demostraron la acción específica del bismuto en el tratamiento de la sífilis.

...en 1795, James Latta, de Edimburgo, Escocia, usó por primera vez el término "shock", que pasó a ser "choc" en francés y "choque" en español.

...Harrington y Barger, en 1927, consiguieron realizar la síntesis de la tiroxina, principio activo de la glándula tiroidea.

...la primera descripción anatómica de la próstata fué hecha, en 1856, por Nicolás Massa, en su magno Opus Introductio Anatomicae.

VIRUELA

La viruela se encuentra entre las plagas más extendidas y peligrosas que azotan a la humanidad, interviniendo en su destino durante siglos y haciéndose presente en migraciones de pueblos o colectividades (cruzadas, guerras).

Se la cree originaria de la China, India, o Indostán de donde se extendiera al Norte y a Europa.

Durante la Edad Media, las Cruzadas, los viajes de los peregrinos, monjes y discípulos y por último los vagabundos a los que se sumara la mala alimentación, el hacinamiento y el olvido total de reglas de higiene, hizo que la enfermedad saltara de sitio en sitio, de territorio en territorio.

En el continente americano se inicia con la conquista española apareciendo en 1517 en las Antillas, de donde pasa a Méjico, Brasil y Perú.

Hacia el año 1660 hace su aparición en Buenos Aires y sus cercanías extendiéndose el contagio a las tribus indígenas que poblaban La Pampa las que contagiaron a su vez a otras tribus; la mortalidad alcanza cifras muy altas por la falta de aseo y desnudez a la que se suman la predisposición para contraer la enfermedad.

Según Rosenau en Méjico, en un corto período murieron de viruela 3,5 millones de seres a más de 6 millones de indígenas.

En el territorio del Virreinato del Río de La Plata desde 1590 a 1610 pasaría de 2 millones el número de muertos por viruela.

En el siglo XIX comienza a disminuir en forma paralela al uso de la vacunación, llegando a desaparecer prácticamente en aquellos países en que la inoculación de Jenner se efectúa sistemáticamente.

La susceptibilidad a la viruela es muy grande en forma tal que nadie goza de inmunidad natural: pero, la falta de individuos contagiantes obtenida por las medidas profilácticas adoptadas, en especial la vacuna, hacen a esta enfermedad de aparición muy rara.

Allí donde hay contagio y personas susceptibles no vacunadas, la enfermedad aparece, y por el contrario, desaparece a medida que aumenta el de los que la pasaron (inmunidad adquirida por enfermedad) o el número de vacunados con resultado positivo (inmunidad adquirida por vacunación). Es una

enfermedad infecciosa aguda que se inicia con temperatura elevada, escalofríos, cefaleas, dorsalgia severa y postración muy marcada que dura alrededor de cuatro días. Pasado este período disminuye la fiebre y aparece una erupción de la que cada uno de sus elementos pasa por los estados de mácula, pápula, vesícula, pústula y costra que se desprende hacia el fin de la tercera semana.

La erupción es simétrica apareciendo en cara, antebrazos, muñecas y manos; se manifiesta más en los miembros sobre todo en su parte distal más que en el tronco.

Puede tener la viruela una letalidad pequeña menos del 1 % (variola minor) a una letalidad que alcanza el 30 por ciento (variola major).

El alastrín está considerado del tipo benigno de la viruela presentando síntomas leves, una discreta erupción y una rápida evolución de las lesiones.

Hoy podemos considerar a la enfermedad como histórica, al menos como epidemia ya que se presenta en forma de brotes escasos relegados a regiones fragosas, casi inaccesibles y poco habitadas.

Puede exacerbarse algún pequeño foco penetrando en el país por falta de defensa sanitaria fronteriza. Se le estudia en el grupo de las enfermedades pestilenciales por lo que por Ley 12.317 su declaración, es obligatoria.

Su agente etiológico es un virus cuya morfología es desconocida apareciendo en las células epiteliales de las lesiones variolosas los llamados corpúsculos de Guarnieri. En el transcurso de la enfermedad el virus se halla en la sangre, en las pústulas, donde adquiere su máxima virulencia y en las costras. Se acepta que se halla en la saliva del enfermo.

Fuente de Infección y Reservorio:

Como en toda enfermedad infectocontagiosa el "hombre es el enemigo del hombre". La fuente de infección reside a nivel de las lesiones de la piel, de las mucosas y de las secreciones del aparato respiratorio de los enfermos. El varioloso es por ello el continente esencial del virus de donde llegará a los expuestos para enfermarlos. El varioloso es contagioso desde que se presentan los primeros síntomas hasta la desaparición de las costras y ulceraciones por lo que el aislamiento profiláctico se fija en 40 días. Las costras desprendidas permanecen infecciosas durante períodos variables.

Modos de Trasmisión:

El virus es un agente de gran contagiosidad. El contagio directo de hombre a hombre no necesita que el contacto sea muy íntimo. Además es eliminado desde sus mucosas respiratorias o de la cavidad bucal juntamente con las gotas de Flügge (saliva) y como esa eliminación se prolonga a veces durante la convalescencia, pueden ocurrir contagios por portadores ya sanos.

La vía de penetración no es bien conocida aunque se acepta que lo hace por las vías respiratorias y se aduce como prueba de inoculación, introdu-

ciendo costras variolosas por la vía nasal, usada desde tiempo lejano por los chinos, en la India y en la América del Sur.

En los valles calchaquíes se usa en préstamo la cama del varioloso; obsequio o compra de costras que son pulverizadas en cama de sanos, o aplicación de costras en la piel mediante vendajes, o ingestión de costras o bien, ofrendas y visitas a la "madre viruela" (variolosos en actividad).

El contagio indirecto se hace por medio de ropas u objetos que transportan el virus, contaminados con secreciones del aparato respiratorio o por las lesiones de la piel y mucosas del enfermo.

Susceptibilidad:

Es universal, pero no toda persona susceptible expuesta, adquiere la enfermedad. Un ataque va seguido de inmunidad permanente. En cuanto a la inmunidad adquirida por vacunación disminuye gradualmente; puede ser eficaz desde períodos que duran desde menos de 2 años hasta más de 20 años.

Medidas de Control
Medidas Preventivas:

Vacunación a los niños pequeños entre los 9 y 12 meses de edad.

Revacunación al ingresar a la escuela

Revacunar a las personas cuando se dirigen a regiones endémicas o en presencia de viruela.

Control de los individuos infectados, de los contactos y del medio ambiente.

Notificación a las autoridades sanitarias locales. Declaración obligatoria grupo A Ley 12317.

El *aislamiento* debe ser riguroso en el hospital. Se prohibirán además no sólo los contactos sino hasta la salida de objetos sin previa desinfección. El aislamiento se hará mejor con una barrera de inmunizados o lo más corriente los que estén vacunados.

Desinfección:

Debe ser concurrente y terminal. Las secreciones de la boca y de la nariz se depositarán en una bolsa de papel u otro recipiente adecuado que se quemará. Todos los objetos que hayan estado en contacto con el enfermo se esterilizarán en autoclave o se hervirán.

La desinfección terminal consistirá en una limpieza completa del cuarto del enfermo y de los muebles; se esterilizarán los colchones, almohadas y ropas de cama.

Deben buscarse los contactos e identificarse la posible fuente de infección.

Inmunización:

Se procederá a la vacunación inmediata de todos los contactos tanto íntimos como casuales.

Cuarentena:

Todas las personas que vivan o trabajen en el mismo local de la persona

que presente viruela o que se conceptúa que han estado expuestas, serán consideradas como contactos y vacunadas o revacunadas inmediatamente o bien serán sometidas a cuarentena durante 16 días a contar de la fecha de la última exposición al contagio.

Toda elevación de temperatura durante el período de vigilancia requiere el aislamiento inmediato hasta que pueda excluirse la posibilidad de viruela.

VACUNACION ANTIVARIOLICA

Esta vacunación es obligatoria por la Ley 4202, promulgada en el año 1903.

Existe un único procedimiento oficial para su aplicación, el "método percutáneo por multipresiones".

Material:

Virus de la infección pustulosa de las terneras. La vacuna se consigue en dos formas: glicerina y liofilizada.

Instrumental:

Aguja común o instrumento similar.

Sitio: Exclusivo el brazo. (1) en la unión del tercio superior con el tercio medio, cara externa (vértice de la región deltoidea).

Edad: Se vacunará, si hay epidemia, en la 2ª semana de vida, y si no hay, entre los 9 y 12 meses de edad. (2)

Si la reacción es nula, se revacunará a los 3 años.

Preparación:

Piel limpia, si no lo está, lavarla con agua y jabón, sin producir irritación en la misma.

Aseptizar con acetona, o con acetona-alcohol en partes iguales o con alcohol (enumeración por orden preferencial) que se dejará evaporar totalmente antes de depositar la linfa.

Inoculación:

Se deposita una gota de linfa y al través de ella se hacen presiones tangenciales con ligero arrastre, en número de 10 a 20, en una zona de aproximadamente 3 milímetros de diámetro.

Cuidados inmediatos:

Dejar secar la linfa (10 a 15 minutos). No colocar vendaje. Evitar presio-

(1) El muslo está proscripto por las razones siguientes:

a) Más expuesto al medio exterior y por ende mayor riesgo de infección.
b) Más expuesto a la maceración.
c) Más expuesto a los accidentes.
d) Más expuesto a fenómenos congestivos: por razones anatómicas (vasos), por razones fisiológicas (actividad muscular).
e) Más expuesto a la ruptura de vesículas y por ende a la contaminación con tierra lo que presupone mayor posibilidad de una de las más temibles complicaciones, el tétano.
f) Como consecuencia de la mayor actividad muscular y tendencia a los fenómenos congestivos favorece el aumento de posibilidades de la encefalitis.

(2) La vacunación tardía da mayor porcentaje de encefalitis, mielitis en los controles estadísticos.

nes de la ropa en el sitio inoculado. Evitar la acción de los rayos solares, sobre la zona inoculada, y la persona, durante y después de la vacunación.

Cuidados durante la Evolución:

Evitar todo factor de irritación o de maceración. Evitar el rascado y la contaminación con tierra o elementos infectados.

Conservación de la Vacuna:

Debe tenerse en cuenta que los rayos solares y el calor la inutilizan. Para conservarla prolongadamente debe colocarse en una cámara a 15º C. En la congeladora de una heladera eléctrica familiar se puede conservar durante tres semanas y en una heladera sin cámara durante una semana.

Lectura del Resultado:

Ultimamente con el fin de simplificar se valoran tres resultados a saber: 1º Reacción nula, 2º Reacción de revacunación, 3º Reacción vaccinal.

Reacción nula: Cuando el inoculado no acusa ninguna reacción.

Reacción de revacunación: Cuando presenta una pápula o vesícula antes del 6º día de inoculado.

Reacción vaccinal: Cuando la reacción se presenta después del 6º día de inoculado.

La reacción de revacunación hace su evolución en 10 u 11 días aproximadamente y la reacción vaccinal evoluciona en 20 a 22 días aproximadamente.

Validez de los Certificados:

Cuando se procede a considerar los certificados para resolver si debe o no practicarse la revacunación, se procederá en la forma siguiente:

1) Certificado que establezca la fecha de inoculación, pero sin consignar resultado, carece de validez y debe revacunarse.

2) Certificado consignando "reacción nula" o "sin reacción" debe revacunarse, si han pasado diez días de la inoculación.

3) Certificado consignando "Reacción vaccinal" "Reacción de revacunación", no debe revacunarse hasta pasados tres años de la inoculación.

Resultado:

Excelente protección contra la viruela y el alastrín.

Cabe señalar que toda inoculación debe producir la reacción vaccinal o de revacunación; si tal no ocurre, se ha trabajado con mala linfa o con defecto de técnica. En este caso debe revacunarse, diez días después, con otra linfa que dé seguridades de su poder antigénico.

Debe investigarse las condiciones de conservación de la linfa a utilizar.

Importancia de la Relación Hogar - Escuela en la Orientación Sanitaria de la Profilaxis Odontológica del Niño

Por las Doctoras CELIA A. MARTINEZ de ROCCO
y ESTELA N. ZEA de CARDIELLO

Inspectoras Odontológicas de la División Odontología de la D.N.S.E.

La orientación médica contemporánea señala en forma definida una encomiable inquietud que lleva a quienes practican el arte de curar más allá de la noble tarea de curar las enfermedades, sedar el dolor y aportar con total desprendimiento su apoyo moral a los sufrientes; la nueva ruta apunta a una meta más ambiciosa que contribuirá más definitivamente a la felicidad del hombre, pues más que calmar el dolor y aliviar sus males, pretende evitar que las noxas ejerzan su acción, manteniendo así al organismo libre de manifestaciones mórbidas. Tal actitud implica la necesidad de una vigilancia permanente y un incesante luchar en pro de esa vigilancia, es decir, que las raíces griegas que integran el término "profilaxis" han impuesto su norma, dictado su ley y acordado su ritmo a la medicina de hoy.

Quienes en el campo de la Odontología vivimos la actual inquietud, sentimos el imperativo de la hora que nos lleva a dar preferente atención a las técnicas profilácticas. Ya no es extraño el hallar núcleos de odontólogos hondamente preocupados por las tareas que imponen la profilaxis de las malformaciones bucodentales, de las paradentosis y de la caries.

Esta última, la caries dental, constituye un flagelo cuyo volumen perjudicial no siempre alcanza a valorarse en su justa medida, y si bien no es nuestro objeto presente el dimensionar la importancia de los variados trastornos que derivan de aquella afección, no podemos menos que subrayar su trascendencia en el terreno de la salud general.

Indiscutido es el concepto que considera a la caries dental como una enfermedad cuyas complicaciones pueden causar graves trastornos de diferente índole en el organismo o, disminuyendo la capacidad del pequeño paciente en medida tal, que además del dolor que le ocasiona, lo incapacita para el normal cumplimiento y desarrollo de las actividades escolares.

Es indudable que las técnicas actuales no constituyen el desideratum que permita lograr una protección total de las piezas dentarias, pero tampoco cabe dudar que es preferible poseer métodos y elementos, con lo que es factible lograr una protección parcial y no carecer de ellos por completo.

Por otra parte, es dable esperar, que a medida que los integrantes del medio social que rodea al niño, formen criterio definido respecto a la profilaxis y

tratamiento de las afecciones dentomaxilofaciales que lo afectan, pueden hallarse nuevas técnicas, diferentes métodos y más eficaces agentes terapéuticos con los que podamos alcanzar una solución racional.

Es evidente que un diente temporario sufre lesión cariosa en una medida similar a la de un diente permanente y si llega a acarrear la pérdida de la pieza dentaria afectada se alterará el fisiologismo normal masticatorio; el hecho precedente, paralelo entre temporarios y permanentes, es génesis de una serie de trastornos digestivos por deficiencia de la actividad masticatoria e incide en forma notable en la nutrición, pudiendo llegar a provocar en el niño, enfermedades carenciales con la consiguiente disminución general de las defensas orgánicas.

Pero aún hay más; esa pérdida dentaria en el niño se transforma, si no es convenientemente tratada, en el punto de partida de una malformación por desviación de la implantación dentaria, trayendo como consecuencia final un aparato dentario anómalo, deficiente y antiestético.

Quizás parezca que en el deseo de subrayar la importancia de la profilaxis, estamos recargando las tintas oscuras del cuadro, pero atentos a la realidad científica y basados en nuestra experiencia técnica personal, podemos afirmar que en algunos casos es más desalentador el panorama, más grave el pronóstico y más triste el espectáculo que pudo evitarse de contar con las armas necesarias, la aptitud técnica imprescindible y el criterio que sólo puede orientar a desear el mejor estado sanitario de nuestro pueblo de mañana.

Si bien hay que hacer publicidad de estos hechos entre los integrantes de la familia del niño, que la mayor parte de las veces vive marginada de las inquietudes profilácticas, también es necesario realizar una propaganda constructiva entre los maestros, para obtener su colaboración con el odontólogo en el ejercicio de la noble actividad de prevenir los males bucodentarios.

Contemplando el problema desde sus dos puntos de vista, uno constituído por la necesidad de dar mayor protección a los niños contra las enfermedades, y el otro por el imperativo de acicatear a la familia y a los maestros en la búsqueda de mejores métodos para ejercer su influencia benéfica en la profilaxis y tratamiento de esas enfermedades, ambas fases recaen sobre el odontólogo que asume responsabilidad profesional de mayor jerarquía y que eleva su misión aún más significativamente dentro del terreno social.

La Odontopediatría u Odontología Infantil cumple con uno de los ideales más elevados del hombre a través de la historia contra la enfermedad, ya que es principalmente preventiva y por ello, a medida que pasa el tiempo y se van descubriendo las diversas relaciones que tienen los dientes con todos los padecimientos del organismo en general, se reafirman más los conceptos por los que prevenir la caries dentaria y la maloclusión en los niños, es asegurarles un mínimo de padecimientos de mucha trascendencia en la edad adulta.

Si queremos hacer una verdadera obra social, ya que nuestra profesión así lo exige, debemos considerar a estos pequeños pacientes como elementos fundamentales de la sociedad y por lo tanto con todo el derecho de recibir la atención dental que solicitan.

El niño es parte integrante de un todo que es la familia. En ella están concentrados sus afectos, intereses y preocupaciones.

Los integrantes de ese núcleo social y la forma en que se desenvuelven su vida y actividades, sea cual fuere esa forma de vida adoptada, constituyen para el niño lo normal, lo común, lo que debe ser, lo que acepta como natural y lógico.

Hasta el momento en que ingresa a la escuela, la influencia del ambiente familiar, buena o mala, es única. No interfieren otros elementos. El escolar entra a las aulas con ese bagaje, y hasta ahí lo que ha visto en la madre o el padre es ejemplo rector.

Pero desde ese momento, un nuevo factor hace su aparición en el mundo del niño produciendo en él una suerte de deslumbramiento. Es el maestro, cuya influencia gravita en la vida del niño. Lo que el MAESTRO dice es la única VERDAD.

Su maestro es el mejor maestro, el más bueno, el que más sabe. El niño, inconscientemente trata de imitar hasta la forma de hablar a su maestro.

Se comprende pues, la importancia que para nosotros adquiere el maestro, como colaborador absoluto y necesario en nuestra campaña profiláctica y el puente de enlace valioso que nos tiende hacia el hogar, donde, directamente y por medio del niño su voz se hace sentir.

La interrelación Hogar-Escuela es de positiva efectividad. Nunca se dirá lo suficiente sobre la importancia del acercamiento de los padres al maestro y del maestro a los padres.

En todos los casos en que el maestro así lo comprende, nuestra labor se ha visto altamente beneficiada y los resultados fueron óptimos.

Es pues el MAESTRO un valor de incalculable fuerza en la formación física y moral del niño; no perdamos a tan valioso colaborador.

Nosotros, Odontólogos Escolares, docentes también, debemos acercarnos al maestro para poder estar más cerca del niño.

Nuestro paso por la escuela es una visita; el maestro convive diariamente con el alumno durante todo el año escolar; podemos dejar sembrada la inquietud; el maestro la hará florecer.

El niño acepta lo que nosotros le decimos y pedimos, pero el maestro tiene la fuerza de la realidad.

El niño concurre al consultorio; el maestro se interesa por su asistencia al mismo y el pequeño cumple con más efectividad.

Hagamos conocer al maestro el problema de cada niño; llevemos a su conocimiento aquél que no cumple y el que lo hace. Si el maestro persevera, el éxito llega.

Sin la estrecha colaboración del maestro, nuestra labor se debilita.

Ambos, maestro y odontólogo tenemos un objetivo común: *el niño*. Aunemos los esfuerzos para consolidar la obra de cada uno.

De las inspecciones odontológicas realizadas surge con evidencia que en todos los grados en que el educador se preocupa integralmente del alumno, el porciento de bocas en buenas condiciones de salud es elevado.

Ya que el niño vive en la escuela cuatro horas diarias y en su hogar veinte, la influencia del maestro no se limita al aula, sino que traspone sus umbrales y llega hasta el núcleo familiar mismo.

De ahí que queramos destacar la importancia que para nosotros adquiere la relación Hogar-Escuela.

Para poder conducir a un niño hay que conocerlo integralmente. No se puede educar si no se conoce al educando.

De hecho, la vinculación sistematizada entre el hogar y la escuela es fundamental; sería ideal que todos los padres siguieran de cerca la vida de la escuela y la actividad de sus hijos en la misma.

Los docentes conocen bien la importancia de la colaboración del hogar y ha sido preocupación de siempre establecer vínculos entre ambos, ya sea por medio de llamados individuales, asociaciones, ligas, actos, cooperadoras, fiestas, etc.

Es pues manifiesto que el maestro está en contacto con la familia y que su voz es escuchada y respetada. En nosotros está utilizar esta relación hogar-escuela para que, por intermedio del educador, llegue nuestra acción a los padres.

El maestro posee mil recursos para hacer conocer a un padre que su hijo tiene caries y necesita atención odontológica, para relacionar la falta de atención escolar con ese problema; para hacerlos comprender que una determinada actitud de ellos frente al hijo puede perjudicarlo en su carácter. Y es raro el padre que no escucha con interés las palabras del maestro y no medite sobre ellas cuando regresa al hogar.

Si en su mente se confunden los términos: hijo-maestro-dentista, habremos ganado mucho en el camino.

Recomendaciones a las Futuras Madres

Debe vigilarse y controlar la evolución del peso corporal de la futura madre lo que nos dará la pauta de si la alimentación de la grávida es normal.

Una grávida con peso normal y con alimentación correcta no debe aumentar en el primer cuatrimestre del embarazo. Podrán observarse variaciones muy reducidas en más o en menos.

La mujer grávida cuyo peso esté por debajo de lo que le corresponde normalmente, deberá ser estabilizado dentro de los cuatro primeros meses, si esto no fuera posible en el resto de la gestación.

Después del cuarto mes de embarazo la madre aumenta de 1/2 a 1 kilogramo por mes. El aumento al término de su gravidez nunca debe ser superior a los 12 Kg.

Una vez nacido el niño, el peso de la madre, al mes del parto, no debe ser superior al que tenía antes de la concepción.

Debe evitarse que el peso de la grávida aumente más de los límites enunciados. Si así no fuera debe sospecharse de que el régimen alimentario no es el adecuado o bien existe en la futura madre un trastorno de la salud.

Conviene en estos casos consultar al médico.

Recuerde señora mamá que el aumento excesivo de su peso no beneficia en absoluto al hijo, ni favorece la fertilidad.

SINTESIS DE LA HISTORIA DE LA DIRECCION NACIONAL DE SANIDAD ESCOLAR

I. — CREACION DE LA DIRECCION NACIONAL DE SANIDAD ESCOLAR:

El día 12 de marzo de 1958, por Decreto Ley Nº 2.791, se creó la Dirección Nacional de Sanidad Escolar, con la misión de extender a toda la República Argentina los beneficios de la acción sanitaria en el medio escolar que venía desarrollando la Dirección General de Sanidad Escolar a partir de su creación, por el Decreto Nº 35.005 del 10 de noviembre de 1948, en base a los siguientes organismos:

a) Inspección Médica Escolar del Consejo Nacional de Educación.

b) Inspección Médica de Enseñanza Secundaria y Normal.

c) Inspección Médica de Educación Física.

d) Colonia de Vacaciones.

e) Comedores Escolares y demás formas de ayuda alimentaria.

f) Organización Médica del Departamento Nacional de Ciegos.

g) Servicios Médicos y Odontológicos de la Secretaría de Educación, con excepción de los pertenecientes a las Universidades.

II. — FIJACION DEL COMETIDO DE LA DIRECCION NACIONAL DE SANIDAD ESCOLAR:

En virtud del mencionado Decreto Nº 2.791, se fijaron como objetivos de la Dirección Nacional de Sanidad Escolar:

1º) Cuidado y preservación de la salud del alumnado primario y secundario de los Institutos dependientes del Ministerio de Educación y del Consejo Nacional de Educación en todo el país.

2º) Examen y clasificación física y psicométrica de los mismos.

3º) Cuidar y preservar la salud del personal a cargo de la enseñanza escolar.

4º) Asistencia odontológica de los educandos.

5º) Catastro radiológico de educandos y educadores.

6º) Escuelas climáticas y colonias de vacaciones.

7º) Comedores escolares y estudio de los requerimientos alimentarios.

8º) Control sanitario de edificios e instalaciones y asesoramiento sobre su edificación y habilitación.

9º) Lucha contra las enfermedades endemoepidémicas en el medio escolar.

10.) Educación Sanitaria.

11.) Educación Física.

12.) Reconocimientos Médicos de acuerdo a las funciones que le delegare el Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública.

III. — LOS ORGANISMOS SANITARIOS QUE INTEGRARON LA DIRECCION GENERAL DE SANIDAD ESCOLAR HASTA LA CREACION DE LA DIRECCION NACIONAL DE SANIDAD ESCOLAR. — "SU HISTORIA":

1º) *Inspección Médica Escolar del Consejo Nacional de Educación.*

Tiene su origen en la Ley de Educación Común Nº 1.420, del 8 de julio de 1884, y en su Decreto Reglamentario, promulgado por el general Julio A. Roca el 28 de julio de 1885.

a) Presidiendo el Dr. Benjamín Zorrilla el Consejo Nacional de Educación, es aprobada el 6 de mayo de 1886 la creación del Cuerpo Médico Escolar, dándosele un reglamento que, refrendado en 1887, permite su instalación definitiva en 1888.

b) El Cuerpo Médico Escolar tuvo como primer director al Dr. Carlos L. Villar. Los dos primeros facultativos fueron los Dres. Diógenes de Urquiza y Andrés Valdez, como secretario actuaba un practicante de quinto año de Medicina, Pío Bustamante, auxiliado por dos estudiantes de segundo año.

c) Las actividades del Cuerpo Médico Escolar se reducían a:

1º Inspección de escuelas.

2º Vacunación y revacunación.

3º Provisión y distribución de agua.

4º Visitas domiciliarias en caso de enfermedades infecciosas.

d) *De 1890 a 1900.* (Período de Carlos L. Villar): Moblaje escolar, obras de desagüe en las escuelas, habilitación de lugares para ejercicios físicos, vacaciones, primer examen visual de alumnos (1890), conferencias al personal docente (1893), agua potable para las escuelas periféricas, instalación de filtros, examen médico periódico escolar (1898), etc.

e) *De 1901 a 1910.* (Período Andrés Valdez): Instrucciones y prescripciones higiénicas para colegios y escuelas particulares, envío de personal a la Pampa Central para la lucha contra la viruela, consultorios gratuitos para maestros, clases especiales para subnormales, examen periódico de los escolares (1901).

Durante la gestión de don José Ramos Mejía en el Consejo Nacional de Educación, tomáronse, entre otras importantes medidas, las siguientes: creación de las Escuelas al Aire Libre (18-XII-1908), enseñanza de la higiene en el medio escolar y nuevo reglamento del Cuerpo Médico Escolar.

f) *De 1911 a 1933.* (Período Genaro Sisto, Domingo S. Cavia). Distribución de la copa de leche, colaboración con el interior en la labor de vacunación, creación de consultorios médicos y odontológicos jurisdiccionales, cursos de perfeccionamiento para maestros de oligofrénicos, creación del Cuerpo de Visitadoras y del laboratorio químico-bacteriológico.

g) *De 1934 a 1948.* (Período Enrique E. Olivieri): Campaña de Vacunación Antidiftérica, lucha contra los primeros brotes de parálisis infantil, labor de educación sanitaria en las escuelas, divulgación sanitaria por radiotelefonía, extensión de los beneficios médico-sanitarios al interior del país con la creación de los servicios médicos ad-honorem en las provincias y territorios nacionales.

2º) *Inspección Médica de Enseñanza Secundaria y Normal:*

a) *Designaciones efectuadas en 1911:* Se nombraron dos médicos inspectores para controlar el estado sanitario de las escuelas normales oficiales, los restantes establecimientos eran atendidos por el Departamento Nacional de Higiene.

b) *20 de agosto de 1924:* Por Decreto del Poder Ejecutivo se creó la Inspección Médica de Escuelas Normales integrada por médicos de la llamada Inspección Médica Central de la Capital Federal y por un profesor médico

ad-honorem por cada escuela normal del interior del país.

c) *La labor de la Inspección Médica consistía principalmente:* Exámenes médicos, certificados de ingreso, aislamiento de los casos contagiosos, certificados de reingreso, comprobantes de enfermedad, profilaxis buco dental.

d) *Creación de la Inspección Médica de Escuelas Normales Oficiales e Incorporadas (1944).*

e) *Creación de la Inspección Médica Secundaria (1948):* Que se integró a la Dirección General de Sanidad Escolar.

3º) *Inspección Médica de Educación Física:*

a) *Primer campamento de ensayo:* Dependiente de la Dirección Municipal de Educación Física realizado a principios de 1932 en la Quinta Presidencial de Olivos.

b) *Primera Colonia de Vacaciones (1932).*

c) *Pabellón Médico Sanitario de Olivos (1934).*

d) *Nacionalización de la Colonia de Olivos (1936-38):* Se creó el Servicio de Educación Física en base al personal de la Colonia, siendo su primer Jefe el Dr. Jorge Segovia.

e) *De 1938 a 1948:* Este servicio se dedicó al examen y fichado anual del alumnado de los establecimientos de enseñanza media de la Capital Federal en relación con el cumplimiento de los programas oficiales de educación física.

4º) *Colonia de Vacaciones:*

a) *Primer contingente de niños a Mar del Plata (1895).*

b) *Segundo ensayo de Colonias de Vacaciones (1924-25).*

c) *Creación de la primera Colonia de Llanura y de Altura (1928):* En Baradero y Tandil, respectivamente. Posteriormente, en 1929, funcionaron colonias en: Carhué, Mina Clavero y Ciudadela, suprimidas en 1930, se restablecen en 1936.

d) *Extensión de los beneficios de las colonias a los alumnos de las escuelas del interior del país (9-9-35).*

e) A partir de esa fecha y hasta la creación de la Dirección General de Sanidad Escolar, prosigue el desarrollo de las colonias con ritmo creciente.

5º) *Comedores Escolares:*

a) *Copa de leche (1906).*

b) *Creación de las Cantinas Escolares (desde 1926 hasta 1930).*

c) *Creación de los Comedores Escolares (20-VI-32):* El 4 de agosto, por Ley Nº 11.597, se creó un impuesto a los dividendos de las carreras del Hipódromo Argentino para financiarlos.

d) *Desde 1933 el Ministerio de Guerra proveyó ayuda alimentaria a algunas escuelas.*

e) Se establecieron en todo el país y en forma permanente los Comedores Escolares para niños necesitados (27-IV-38). Por Ley 12.558/38, la Comisión de Ayuda Escolar debía proveer alimentos a dichos comedores.

IV. — *LABOR DE LA DIRECCION GENERAL DE SANIDAD ESCOLAR DE 1949 A NUESTROS DIAS:*

Se realizó con miras a los siguientes objetivos:

1) Vigilar y proteger la salud del escolar y del maestro.

2) Educación Sanitaria.

3) Alimentación del escolar.

4) Educación física y recreación escolar.

5) Asistencia médico-social.

6) Asistencia odontológica.

7) Psicología del escolar.

8) Asistencia médico-pedagógica.

9) Estudio y vigilancia del ambiente y trabajo del escolar.

10) Capacitación de técnicos que permitan cumplir el plan trazado.

En el cumplimiento de dichos objetivos se ha desarrollado una intensa labor, que desde 1956 se refleja en las memorias anuales elevadas al excelentísimo señor Ministro por esta Dirección Nacional de Sanidad Escolar.

Miscelánea

La consanguinidad exalta, refuerza y adiciona las degeneraciones hereditarias; las eleva al cuadrado, pero no las crea, constituyendo desde luego una triste selección de lo peor si los caracteres defectuosos o mórbidos existen en ambos esposos.

Nile

Cuando se conocen los males de la naturaleza, se desprecia la muerte; cuando se conocen los de la sociedad, se desprecia la vida.

Cnanfort

Uno de los más importantes descubrimientos de Freud fue la observación de que cada vez que una emoción no puede ser expresada y liberada a través de las vías normales, es decir, a través de la actividad voluntaria, puede convertirse en la fuente de un desorden crónico o psíquico o físico.

Franz Alexander

La intoxicación lenta por los medicamentos es uno de los grandes peligros a que está expuesto un enfermo crónico.

Hayem

Las pruebas cutáneas negativas no invalidan la alergia, pues la piel puede no ser el tejído de Shock. La mitad de los asmáticos tienen tests cutáneos negativos.

Coca

No todas las asmas bronquiales, eczemas, urticarias y cefaleas están vinculadas a un estado de hipersensibilidad, pero es real el estado alérgico. Lo que no puede ponerse en duda es la existencia de la constitución alérgica en la cual la herencia tiene un papel fundamental.

Fr. M. Rackeman

Nada enseña tanto como los propios errores, si se tiene un cierto espíritu filosófico, primero para reconocerlos lealmente y, después, para indagar en cada caso la causa que los ha determinado.

G. Araoz Alfaro

Alguna vez desaparecerá la candorosa credulidad del hombre, verdadero complejo de inferioridad que lo tiene amarrado al prejuicio primitivo, y ese será entonces el instante en que comprenderá que el único misterio del mundo es su propia torpeza para resolver los problemas que el mismo se plantea. Porque el misterio no está en las cosas, sino en nuestra capacidad para comprenderlas.

Daniel Stockdale

Los inestables y desiguales de carácter y de conducta cambian a cada instante, según las sensaciones o necesidades que sienten en cada momento, no pudiéndose realizar con ellos nada útil ni permanente.

Nicolás V. Greco

GRAGEAS

Los gonococos y los treponemas que montan guardia en los órganos genitales son los agentes más eficaces de la moralidad, pues ante el temor de que alguno de estos agentes los atrape al pecar, muchos hombres se hacen castos aun danzándoles a su alrededor las más demoníacas tentaciones.

* * *

El don de gente siempre falla cuando es obra solapada de la astucia, y triunfa sin ningún recurso artificioso cuando es la expresión genuina de nobles sentimientos.

* * *

La solterona que va a entrar en eclipse sexual definitivo apura en esas circunstancias todo el despliegue de sus galas físicas y espirituales; no hace más que responder al llamado urgente e imperioso de los últimos óvulos fertilizantes que le quedan en el ovario.

* * *

Orgánicamente el hombre y los animales son iguales; todos tienen como unidad básica de su estructura a la célula. Y si bien en la apariencia morfológica dan la impresión de ser distintos, en el fondo no son más que comunidades celulares formadas para cumplir la función biológica que tiene por finalidad mantener la existencia de las especies, las cuales, a su vez, tienen, en conjunto, por misión, asegurar a través del tiempo y del espacio la inmortalidad de la célula. Pero si bien, somáticamente, el hombre y los demás animales son iguales, psiquicamente son diferentes. El animal está satisfecho con sólo existir.

El hombre no se conforma con sólo vivir; siempre busca hacer algo, y haciendo algo se crea necesidades, a las cuales se ata para satisfacerlas. Por lo tanto, podríamos decir que el hombre es un animal que se diferencia de los otros porque se ha buscado, con la creación de necesidades, "sarna para rascar".

Y con esto se ha complicado tanto la existencia, que su meteórico tránsito biológico sobre la tierra no es más que un reguero de angustiosas insatisfacciones.

* * *

Los médicos que formulan ilegiblemente, no lo hacen con el deliberado propósito de que los enfermos no entiendan lo que se les proscribe, sino, sencillamente, porque no quieren escribir bien, pues hoy la medicina no tiene secretos para nadie. Garabatear recetas no es nada más que una cuestión de educación caligráfica, que está en el fuero de cada uno el corregirse o no corregirse.

* * *

La cultura, como la fortuna, llega con la paciencia, el trabajo y el ahorro. Porque observar es paciencia; reflexionar, trabajo, y recordar, ahorro. Y no hay cultura que no arranque de la reflexión ni reflexión que no tenga por punto de partida la observación.

CANJE - ECHANGE - EXCHANGE

Solicitamos en canje el envío de libros, folletos, revistas, estadísticas, etc.; en particular aquellos que contengan leyes, decretos, estatutos, o que traten los problemas del niño en sus aspectos de higiene, asistencia médico-social, de enseñanza, etc.

Nous prions de nous envoyer en échange des livres, brochures, revues, statistisques, etc.; en particulier ceux contenant des lois, décrets, statuts, ou s'occupant des problèmes de l'enfant sous ses aspects hygiéniques, d'assistance, médicaux, sociaux, d'enseignement, etc.

In exchange we request the remittance of books, pamphlets, magazines, etc.; particulary those containing statistics, laws, constitutions and regulations treating the child problem from its different aspects of hygiene, protection, education, medical, social, etc.

Wir bitten um Austausch von Büchern, Broschüren, Zeitschriften, Statistiken, u.. s.. w: im besonderen von solchen die Gesetze, Dekrete, Statuten, enthalten welche Schulsanitäre Probleme regeln, und solche die Probleme des Kindes vom Standpunkt der Hygiene, der medizinischen aud sozialen Fürsorge und der Erziehung behandeln.

REVISTA DE SANIDAD ESCOLAR

Publicación Autorizada por Expte. Nº 64.933|52

AÑO IV — Mayo de 1960 — Nº 10

Sumario

Pág.

¿Cuántos estímulos requiere la vacunación antipoliomielítica paraenteral?, por el Dr. Alberto Urribarri 1

Estadísticas escolares, Organización y Educación Sanitaria (1), por el Profesor José A. Ganduglia Pirovano 10

Seminarios de Educación del Ministerio de Educación y Justicia. Tema II. El educando. b) Educación y Asistencia, por el Dr. Basilio A. Raymundo 14

Cursos del Ateneo para el año 1960, Propósitos y Objetivos. (Departamento de Odontología de la Dirección Nacional de Sanidad Escolar) 21

Vendajes. (División de Educación Sanitaria de la Dirección Nacional de Sanidad Escolar) 22

¿Sabe Ud. qué...? 26

Viruela. (División de Educación Sanitaria de la Dirección Nacional de Sanidad Escolar) 27

Importancia de la Relación Hogar-Escuela en la Orientación Sanitaria de la Profilaxis Odontológica del Niño, por las doctoras Celia A. Martínez de Rocco y Estela N. Zea de Cardielo, Inspectoras Odontólogas de la División Odontológica de la Dirección Nacional de Sanidad Escolar 32

Recomendaciones a las Futuras Madres 35

Síntesis de la Historia de la Dirección Nacional de Sanidad Escolar 36

Miscelánea 39

Grageas 40

REDACCION: División Educación Sanitaria. Dirección Nacional de Sanidad Escolar

SAAVEDRA 15, 3er. Piso — T. E. 48 - 8071 — BUENOS AIRES — REPUBLICA ARGENTINA

TARIFA REDUCIDA

CONCESION 4994

I 2199

MINISTERIO DE EDUCACION Y JUSTICIA
DIRECCION NACIONAL DE SANIDAD ESCOLAR

BIBLIOTECA

REVISTA DE SANIDAD ESCOLAR

AÑO IV - Nº 11

Julio de 1960

00157756

MINISTRO DE EDUCACION Y JUSTICIA
Dr. LUIS R. MAC'KAY

DIRECTOR NACIONAL DE SANIDAD ESCOLAR
Dr. ANGEL S. ARDAIZ

SUBDIRECTOR NACIONAL DE SANIDAD ESCOLAR
Dr. CARLOS L. LUCENA

Director de la "Revista de Sanidad Escolar": Dr. HECTOR J. MOLLARD
Jefe de Redacción: Dr. MARIO CACERES BERTODANO

COMITE DE REDACCION

Dr. Carlos A. Campas
Dr. Alberto Urribarri
Prof. Dr. Carlos A. Marchese
Dr. José A. Ganduglia Pirovano
Dr. E. Laurnagaray de Urquizo
Dr. Diego L. Perazzo
Dr. Julio César Giordano
Dr. Israel Smirnoff
Dr. Tomás Figari
Dr. Basilio Raymundo
Dr. Abraham Rapoport
Dr. Alfredo Vidal Freyre
Dr. Raimundo A. Tártari

REVISTA DE SANIDAD ESCOLAR
Publicación Autorizada por Expte. Nº 64.933/52

AÑO IV | Julio de 1960 | Nº 11

CONCURSOS EN SANIDAD ESCOLAR

El día 9 de mayo se efectuó en el despacho del señor Ministro de Educación y Justicia, el acto de entrega de los nombramientos a los nuevos jefes de la División Odontología, Inspectores Médicos y Odontólogos Inspectores ingresados en esta dependencia por concurso. El hecho, expuesto así, llanamente, parecería no tener nada de extraordinario, pero lo que nos llena de honda satisfaceión es destacar que esas designaciones son el resultado de un riguroso concurso en el que intervino la Junta de Clasificación para Docentes Profesionales, para el estudio de los antecedentes, y un jurado que se constituyó de acuerdo con el Estatuto del Docente, el cual comenzó a tener en esta oportunidad, su plena vigencia.

Es de destacar la importancia y seriedad de este concurso, que da a los indiscutibles méritos personales de los nombrados, la jerarquía que otorga un organismo como el recientemente creado. El ingreso en Sanidad Escolar se ha convertido, a través del hecho de la inclusión de sus profesionales en el estatuto que agrupa a los docentes, en la primera etapa de una carrera que se ajustará a normas establecidas con severa justicia. El profesional que encara la tarea de médico u odontólogo escolar y que lo hace llevado por una genuina vocación docente, sabe que ahora le está permitido alcanzar las diferentes etapas jerárquicas dentro de un organismo especialmente dedicado a velar por la salud física y mental del educando argentino, y que su ascenso en esta carrera médico-docente sólo dependerá de su esfuerzo personal y de sus méritos profesionales. El Estatuto del Docente le asegura la vigencia total de esos principios de justicia y equidad, conquistados después de larga lucha por los profesionales de Sanidad Escolar.

EL NIÑO PRE-ESCOLAR EN SU FAZ MEDICA, PEDAGOGICA Y SOCIAL

Por los Doctores

EFRAIN LAURNAGARAY DE URQUIZA

y ALFREDO VIDAL FREYRE *

"La más bella y la más útil y la más fecunda en resultados morales de todas las instituciones modernas. La moral del niño se forma allí en aquellos patios en que reunidos centenares de ellos bajo la vigilancia apenas necesaria de mujeres inteligentes y solícitas, se abandonan a la movilidad de su edad, corrigiendo por la influencia de la masa sobre el individuo los vicios de carácter que dejan desenvolver los mismos o la inexperiencia materna, el aislamiento y la soledad del hogar doméstico, las propensiones orgánicas y el abandono en que los hijos de los pobres quedan en las horas consagradas al trabajo por las madres."

Domingo Faustino Sarmiento

"Gobernar es poblar" ha dicho Juan Bautista Alberdi y "poblar bien es gobernar mejor" ha agregado el doctor Dionisio Caravias.

He aquí sintetizado en esas proféticas palabras el punto y mira de todo gran gobernante: "Poblar bien".

Sussmilch afirma: "La prosperidad de un pueblo es proporcional al número de individuos que lo componen". Un ejemplo lo tenemos en Estados Unidos.

"A mayor población, *mayor prosperidad*", pues hay dos elementos que la componen, el uno *"el potencial, los niños"* llamados también unidades consumidoras" y el otro *"los adultos, unidades productoras"*; al disminuir los niños disminuye la clase exclusivamente consumidora y trae el desequilibrio que lleva a los pueblos a la desocupación y el empobrecimiento.

Un fenómeno común en todos los países civilizados hace que la natalidad tienda a descender; esto ya se observó en la antigua Roma cuando la misma se hallaba en su mayor prosperidad y fue quizá una de las causas y síntomas de su decadencia.

El problema más grave de la denatalidad en la hora actual es quizá el que se expone: "Mientras la raza blanca tiende a disminuir, las otras aumentan".

Se observa en todos los países que la denatalidad es mayor en las ciudades que en el campo, constituyendo el "urbanismo" un factor de denatalidad.

Para *Banu* las grandes ciudades con sus venenos, sus enfermedades venéreas, sus tentaciones de todas clases, se han convertido en "la tumba de los pueblos".

Pasteur ha dicho "todas las veces que una especie biológica está amenazada por una enfermedad, es la semilla la que hay que preservar".

(*) Trabajo presentado por la Comisión III, a los Seminarios de Educación del Ministerio de Educación y Justicia, 1959.

El mundo actual está atravesando una de las crisis más grandes de su historia. Los múltiples adelantos de la técnica en todos los órdenes, han producido tal cúmulo de fenómenos y en tan poco tiempo, que el hombre, sorprendido, azorado, no sale de su extrañeza, "no sabe a qué atenerse", se asombra, se angustia, pues teme que las grandes fuerzas que ha desatado y no puede dominar, termina por someterlo y desunirlo.

Se habla de crisis económica, política, social, de la cultura, de la ciencia, de la educación, etc... Ya sabemos que toda crisis trae inquietud, desasosiego, al sacar al individuo y a la sociedad de los cánones corrientes, de la relativa seguridad, para presentarle un porvenir inestable, incierto. Pero toda crisis lleva junto con su poder destructivo su facultad creadora.

El progreso se ha hecho a veces en forma gradual y otras bruscamente.

Lo que caracteriza a la crisis actual, es la rapidez vertiginosa de los cambios, el progreso extraordinario de la tecnología, sin que se haya preparado a la persona humana, en forma análoga, desde el punto de vista espiritual.

La Argentina participa de esta crisis general, agravada en nuestro país por las causas que todos conocemos. Al reencauzarnos en la democracia, volveremos a ser en Sud América la gran nación que fuimos: moral, económica e intelectualmente.

En los programas de recuperación no hay que olvidar que algo muy importante es, como decía Sarmiento, "educar al soberano". Esto hay que hacerlo velando por el desarrollo físico, psíquico, sensorial e intelectual de nuestros niños. Se debe continuar la obra médico-social iniciada en las maternidades y en los organismos de protección a la primera infancia, intensificando y multiplicando la acción protectora del niño en edad preescolar, que es hasta ahora el más descuidado. Esta es la intención de este trabajo, planear y bogar por la solución de este problema en toda la República.

La tendencia moderna de la asistencia social es la de acudir en ayuda de la sociedad, ampliando el concepto de la protección materno-infantil (el binomio ya clásico), para dar cabida en él al padre, que debe ser el sostén del mismo.

Numerosas leyes y proyectos de ley de seguro social, tienden en diversos países a conseguir este fin, previniendo la desocupación, la enfermedad, la invalidez, la ancianidad, la viudez, etc. Los salarios equitativos y la vivienda higiénica forman parte de ese plan. Pero mientras esto no se realice y tengamos en plena Capital la lacra de los conventillos con todas sus consecuencias: hacinamiento, promiscuidad, falta de higiene, etc., debemos buscar otra solución con apremio.

El niño de segunda infancia en edad preescolar, es hasta ahora entre nosotros el más descuidado, pues su vigilancia está librada en la mayoría de los casos, a la iniciativa y posibilidades individuales.

Esto no es de extrañar, pues ha sido un fenómeno universal, contra el cual han reaccionado numerosos países, entre ellos la Argentina, aunque aquí en forma harto precaria.

Tratándose de una época interesante en la vida del niño durante la cual éste realiza un gran desarrollo físico e intelectual, o estructurándose en gran parte su personalidad, es necesario y urgente ocuparse de él en debida forma. Haciéndolo así se resolverán por anticipado muchos problemas del futuro.

Con razón, dijo Mr. Hoover, en la ya clásica conferencia de la Casa Blanca: "Conseguid una generación de niños sanos, bien alimentados y entrenados, y mil otros problemas de gobierno se desvanecerán por sí solos."

Hay que encarar y resolver la asistencia al preescolar cuanto antes, para que la acción social iniciada en las maternidades, seguida en las obras de protección a la primera infancia y continuada en las escuelas, no tenga esa solución de continuidad que la invalida en gran parte, dejando desamparadas a miles de criaturas durante años, sufriendo penas físicas y morales. De ahí que, "al impulso de médicos y sociólogos, aumenta cada día el interés por los niños de esta edad, habiendo contribuído a ello en sumo grado, el examen médico de los escolares al demostrar el gran número de los mismos con deficiencias psíquicas y físicas evitables.

Esto hizo que Sir Arthur Newsholme dijera: "El principal mérito del examen médico de los niños en las escuelas consiste en haber revelado hasta qué punto sufren los alumnos de enfermedades y defectos que hubieran podido prevenirse, o al menos atenuarse, si se le hubiera prestado debida atención antes de que los pacientes llegaran a la edad preescolar."

A eso debemos tender todos: padres, médicos, estadistas y legisladores; a velar por la salud y el bienestar físico, psíquico y moral de nuestros niños: a evitarles toda clase de sufrimientos, como el hambre y el frío, los malos tratos; la falta de buen aire, de sol y espacio para correr y jugar sin exponerse.

Hay que suprimir la injuria del harapo y la ignominia de la miseria, con todo su cortejo: subalimentación, promiscuidad, faltas de educación y de higiene, y reemplazarlas por alimentación completa y suficiente, desde el doble punto de vista de cantidad y calidad, vivienda higiénica, espacios libres, educación tendiente a la formación de los hábitos y a la creación de una personalidad adecuada, que permitan convivir en sociedad en forma armónica, sin choques ni resistencia.

Estos son arduos problemas de gobierno, difíciles aunque no imposibles de solucionar. Algún día la sociedad será más justa, más cristiana. Las grandes diferencias se atenuarán, viendo todos satisfechos un grado mínimo de bienes compatible con la dignidad humana. Para que ello suceda es menester trabajar por elevar el nivel de las clases inferiores, empezando por los niños, que por el solo hecho de serlo debieran estar exentos de las penas que afligen a la humanidad.

A todo ello tienden las Escuelas Maternales y Jardines de Infantes. Su función es educativa y asistencial. Desde el punto de vista educativo, su papel es mucho más amplio que el de simple antesala de la escuela que algunos quisieron asignarles. Su función es educar, no instruir, dada la escasa edad de los concurrentes y esta función adquiere valor inapreciable, cuando el niño es único o nacido muchos años después del que lo antecede, o los padres están separados o divorciados, o ambos trabajan durante muchas horas al día.

El niño aprende así a convivir con sus semejantes, a no hacer siempre su voluntad, a jugar con otros chicos y a amoldarse a cierta disciplina necesaria. El "yo" entra en conflicto con el "tu" de los psicólogos y tiende a adaptarse en una edad temprana en que el choque es menos fuerte. El pequeño, excesivamente mimado por las citadas circunstancias, verdadero "tirano" en su casa, es sustraído al mundo irreal en que vive acostumbrado a que todo se someta a su capricho, para ser puesto en contacto con la "vida" en forma más natural, con derechos y deberes que tiene que sostener y acatar. Se hace así la profilaxis de muchas psicopatías que de no, pesarán después sobre el individuo y la colectividad.

La acción educativa del jardín de infantes será esencialmente funcional. Se tenderá a la formación de hábitos mentales que conduzcan a la creación de una personalidad definida, se inculcará normas elementales de ética elevada y fomentará actitudes conducentes a la recia convivencia. Deberán también corregirse los vicios del lenguaje, tan frecuentes, sobre todo en los que viven en ciertos barrios.

Los métodos educativos deberán adecuarse a las distintas zonas del país, teniendo en cuenta sus diferencias regionales. Se seguirán tendencias pedagógicas modernas, pero ya consagradas, sin incurrir en exageraciones, como en algunas escuelas de Estados Unidos que han sido últimamente objeto de críticas severas y fundadas. Se ha culpado de ello, a la mala interpretación de las doctrinas pedagógicas de John Dewey. Según Lawrence A. Kimpton: "El señor Dewey dice que el pensamiento comienza por un interés o una preocupación. Por consiguiente, postula el educador, nuestro problema es interesar al estudiante, y esta interpretación ha deslizado con facilidad hacia la distorsión de divertirlo y entretenerlo... Se eliminarán los grados para que el jovencito no sufriere la frustración de sentirse inferior a otros... Esta enorme sensibilidad y ternura hacia el sentido de seguridad y adaptación del niño es un horrible disfraz del pensamiento de

Dewey"; agregando todavia que el valor deweyano de desarrollo espontáneo, se ha traducido en una total falta de disciplina para la juventud.

Todo eso es sin duda alguna, cierto, y desde luego no han faltado palabras de condenación mucho más duras para fustigar la influencia perniciosa de esos falsos profetas. Pero, con todo, creo que al salvar así la figura venerable del filósofo Dewey del vituperio en que incurren sus secuaces, se está usando una vez más la misma artimaña o cayendo en el mismo error de quienes, sin atreverse a atacar de frente los principios autocráticos de gobierno, dirigen contra los ministros aquellas críticas, que, mejor o peor interpretado por ellos, merece el sistema. Seguramente ha habido distorsión del pensamiento educativo de Dewey; pero esta distorsión ha consistido casi siempre en el género de simplificaciones y atajos que, si falsean una construcción intelectual, ponen sin embargo, al desnudo su tendencia al exagerarla. Y para ser honestos, fuerza nos será reconocer, que, en definitiva, lo que tan estrepitosamente ha fracasado no han sido los intérpretes demasiado celosos e ineptos de una doctrina, sino la doctrina misma, de la cual, por otra parte, el propio Dewey no fue otra cosa que un distinguido portavoz, cuyo pensamiento tuvo, por circunstancias especiales, la oportunidad de inspirar (tomando quizá muy al pie de la letra; o mejor, en abreviatura) la actuación de quienes controlarían la instrucción pública en los Estados Unidos.

Esa gran corriente educativa, que en algunos rincones atrasados del planeta sigue considerándose hasta hoy como un desideratum y la última palabra en materia de pedagogía, proviene de aquel siglo XVIII que transformó el humanismo en humanitarismo, y tiene su fuente directa e inconfundible —¿habrá que repetirlo?— en el Emilio de Rousseau. (Ayala).

"La felicidad de la vida de un niño depende invariablemente de lo que oye en la época en que sus ideas adquieren forma" (André Maurois).

Por lo tanto, siguiendo el principio de "enseñar deleitando", sin producir fatiga, con juegos, danzas y canciones adecuadas a nuestra modalidad, sin la complejidad de los aparatos de los jardines de infantes de Froebel y Montessori, con métodos sencillos, se logrará ese fin.

Como muy bien se ha dicho, "los problemas hay que resolverlos en el niño; en el hombre bien o mal ya están resueltos".

REPUBLICA ARGENTINA

Las primeras escuelas infantiles en la ciudad de Buenos Aires se debieron a la iniciativa de Bernardino Rivadavia, a su regreso de Europa, en donde había presenciado los ensayos de Owen y de De Gerando. Contó con la colaboración inteligente de la señora María S. de Mendeville. Esta señora recogió en el puerto de manos de Saturnino Segurola, el cajón de los aparatos para la Escuela Infantil. Esto era por los años 1823 ó 1824.

Tocóle a Sarmiento, el gran educador, de vuelta de Francia, en 1845, dar nuevo impulso a estas instituciones. Impresionado por las salas de asilo que había visto en Francia y los grandes beneficios que ellas acarreaban, aboga porque en nuestro país, se instalen obras análogas para ayudar a criar los niños argentinos, evitando que se malograran en la más tierna edad por la miseria y falta de cuidado.

Contó con la eficaz colaboración de Juana Manso de Moronha.

A pesar de las numerosas conferencias y congresos en los que se aboga por la creación de Jardines de Infantes y de estar previstos por la Ley Nº 12.341 y la ordenanza Municipal Nº 9.180, el número de éstos es escaso pues sólo concurren a los mismos un mínimo de niños en edad preescolar. Urge por lo tanto dar solución al problema, para lo cual preconizamos de acuerdo a la tendencia actual la creación de organismos de este tipo donde se efectúe la protección del preescolar desde el triple punto de vista médico, educativo y asistencial.

DESARROLLO PSIQUICO

"La protección de la sociedad democrática exige una creciente vigilancia del bienestar de los niños en edad preescolar. (Gesell).

Siendo ésta una época de la vida del niño, en la que éste realiza un gran desarrollo psíquico e intelectual, estructurándose en gran parte su personalidad, es necesario y urgente ocuparse de él en debida forma, realizando de este modo la pesquisa precoz de diversos trastornos y su tratamiento, haciéndose la profilaxis de muchas psicopatías, que de no, pesarán después sobre el individuo y la colectividad.

En nuestro medio, la doctora Telma Reca de Acosta, presentó al Primer Congreso Nacional de Puericultura, los resultados de la investigación que realizara en jardines de infantes e instituciones similares de la Capital Federal, dedicadas a la asistencia social de niños de esta edad no internados y en algunos niños no concurrentes a instituciones.

Utilizó "la escala de Binet-Simon, modificación de Terman, por ser la de uso más universal". Cree que a pesar de los numerosos factores de error posibles dependientes de diversas causas, "los resultados obtenidos pueden ser considerados como índice aproximado del desarrollo psíquico, especialmente en la esfera intelectual de nuestra población infantil".

Examina en total 409 niños en grupos de 4-4, 4-5, 5-6 años. Además de los tests de Terman fueron utilizados los siguientes estudios: recolección de dibujos, examen clínico, en particular neurológico con investigación de las etapas de desarrollo y sobre hábitos y reacciones emotivas del niño.

Clasifica a los concurrentes a estas instituciones en tres grupos, por los caracteres de su nivel económico, social y cultural, concluyendo que "el desarrollo psíquico aparece fuertemente influído por las condiciones de vida y ambiente propias de cada uno de estos grupos"; perturbado en el grupo I (pobre y hasta indigente en muchos casos), favorecido y estimulado en el grupo III de alto nivel económico, social y cultural.

A igualdad de condiciones económico-sociales del ambiente, ejercen influencia netamente desfavorable sobre el rendimiento de los niños los factores negativos de orden efectivo.

Los valores que obtuvo mediante los tests de Binet-Simon con la modificación de Terman hasta los 5 años, son superiores a los originales y de 5 a 6 años semejantes a estos.

Son necesarios estudios similares en el resto del país.

Arnold Gesell analiza detalladamente año por año al preescolar, haciendo consideraciones generales y estudiando las características motrices, la conducta adaptativa, el lenguaje y la conducta personal social. Señala las diferencias de Tres con Dos. "La primera infancia caduca, y Dos cede paso a un estado superior. Desde un punto de vista psicológico, Tres tiene más afinidades con Cuatro que con Dos". Destaca también el mayor desarrollo muscular y mayor dominio de los mismos, que se traduce por superior coordinación motriz. El vocabulario aumenta y el niño es capaz de hacer frases. "Aprende a escuchar y escucha para aprender. El progreso realizado desde el punto de la madurez psicológica es notable. Unas palabras para expresar sus deseos, sus sentimientos y aun sus problemas. Atiende a las palabras y las indicaciones surten efecto. Realiza pequeños encargos y posee cierto sentido del "yo" y de la posición que ocupa. Pero su noción del yo personal y de otros ya personales es imperfecta y fragmentaria.

A los tres años el término medio se halla bien acomodado a las existencias normales de la vida hogareña. Se alimenta solo y raramente necesita ayuda para terminar la comida. Derrama muy poco y puede servirse agua de una jarra. Puede llegar a demostrar interés, incluso por tender la mesa. Su propensión natural a imitar y a adaptarse, hacen de ordinario, que sea obediente. Gracias a su nueva sensibilidad para las palabras se lo puede manejar "por distracción" y hasta cierta medida, con el razonamiento. Sus revelaciones, aunque violentas, son menos infantiles y menos frecuentes. Se sobrepone a los berrinches mucho más pronto que en edades anteriores. Aunque poco frecuente, puede

succionarse el pulgar cuanto está fatigado o fastidiado. Cuando desea resistirse se vale comúnmente del lenguaje en lugar de los métodos más primitivos de patalear, morder y arañar. Como ésta, da otras muchas muestras de facilidad para adecuarse a las exigencias culturales. Demuestra mayor interés y habilidad para vestirse y desvestirse; sabe desprender los botones de adelante y del costado y sabe desatar y sacarse los zapatos y los pantalones.

DEBE TENER CONTROL DE ESFINTERES

Si bien en un nivel primitivo y minúsculo, el tercer año señala una especie de adolescencia. "El niño preescolar es generalmente un artista entusiasta", de ahí que si se le da un lápiz o una tiza cubra todos sus alrededores con sus trazos. A los tres años, "es como una suerte de "garabatear" evolutivo"; a los 4, sus obras merecen llamarse dibujos. A esta edad no diferencia aún las partes, mientras que el de 5 años discierne entre tres o más partes; además el dibujo es claramente reconocible.

A los tres años el vocabulario es extenso, son comunes las oraciones largas, de estructura compuesta y compleja. Los cuatro años es el período más floreciente del lenguaje. El niño de 5 años, más maduro "maneja su equipo verbal con relativa deliberación y autocontrol"; tiene su sentido crítico más desarrollado y se muestra menos seguro de su desempeño. Habla sin articulación infantil. Sus respuestas son más sucintas y ajustadas a lo que se pregunta. Tiene verdadero deseo de saber y pregunta para informarse, demostrando interés por los mecanismos prácticos del universo. Es serio y empírico, menos imaginativo, ve y escucha los detalles. Esto se muestra por sí solo en el lenguaje, que está completo en estructura y forma.

Hemos querido reseñar en forma sumaria los caracteres normales del desarrollo psíquico del preescolar destacando la necesidad de pesquisar trastornos de conducta, para poderlos corregir precozmente, antes de que incidan en forma más marcada en la estructuración de la personalidad. Por supuesto que aquellos niños que presentan problemas especiales por invalidez física, por inestabilidad psíquica o por atraso mental, deberán concurrir a establecimientos adecuados.

El papel del médico es fundamental y de ahí la necesidad de los exámenes clínicos periódicos. La salud física es necesaria para un normal desarrollo psíquico. ¡Cuántos retardados pedagógicos lo son por defectos auditivos o visuales! ¡Cuántos niños desnutridos o con insuficiencia respiratoria por hipertrofia de amigdalas y vegetaciones, normalizan su rendimiento escolar, al ser bien alimentados y corregida su anemia o insuficiencia respiratoria!. He aquí otro de los motivos que hacen necesaria la asistencia y protección de los párvulos, para corregir precozmente, esos y otros inconvenientes, que de no hacerlo así pesarán como taras en el futuro.

Por esto es que preconizamos, de acuerdo a la tendencia moderna, la creación de numerosos organismos de asistencia y protección del preescolar, insistiendo en su papel médico, higiénico y social.

Tal vez ninguna persona de las que rodean al niño, como el médico consultante tenga ocasiones más propicias para observar y seguir esa vigilancia integral, meta del higienista de hoy. Un descubrimiento precoz, la pesquisa de cualquier defecto físico o mental y su reparación, si fuere posible, constituyen el ideal. Nadie mejor que él, puede seguir todo ese engranaje de las relaciones psicomorfológicas. Será siempre el primero en ser consultado sobre cualquier desviación de capacidad del niño. Por otra parte, debe tener siempre presente su papel primordial de establecer relaciones entre la familia, padres y maestros. Aquí será decisivo y de su buen tino y conducción, es mucho lo que se puede esperar.

Allí exploramos al niño: 1º) En su desarrollo psicomotor (fuerza, energía, agilidad y vigor físico); 2º) Coordinación oculomotora, ojos y extremidades superiores, dibujo, calcado; 3º) Coordinación bimanual, recorte y plegado; 4º) Movimientos de traslado, armonía de locomoción; 5º) Desarrollo mental; 6º) Vida emocional.

También es fácil para gente entrenada y el médico pediatra de hoy, tiene que saber tanto de psiquis como del cuerpo; el poder tratar en consultorio externo los pequeños trastornos de conducta como: la anorexia, irri-

tabilidad, enuresis, masturbación, etc. y en cuya etiología intervienen:

a) Estructura de la individualidad;
b) Ambiente;
c) Crecimiento.

La medicación de la inteligencia, es problema aún más difícil y de centros netamente especializados. Necesita el aporte del psicólogo y también un excelente juicio del médico para saber interpretar y valorar. Binet y Simon, celebraron sus pruebas con niños de todas las edades y condiciones, llegaron a la conclusión de que algunas de ellas estaban en relación con la inteligencia natural y no con la instrucción y así pudieron establecer los grados de inteligencia ulterior, desde la idiotez (palabra nula, inepto para toda actividad, que sólo camina y con un nivel intelectual de un niño menor de 2 años); la imbecilidad (atención fugaz, memoria y lengua pobre, pronunciación defectuosa y con una inteligencia que oscila entre 3 y 7 años) y el débil mental u oligofrénico, cuya inteligencia tardiamente no pasará de 10 años. Dejaremos a un lado la inteligencia normal, así como los superdotados y genios.

PAPEL EDUCATIVO

En los países democráticos, además de una educación general se tiende a educar para la democracia y empieza esta preocupación, desde los preescolares.

"El respeto por la dignidad del individuo es la componente fundamental del ideal democrático. Este respeto exige un mayor interés de la sociedad, por las bases psicológicas de la vida familiar y del cuidado infantil". Los párvulos en una condición precaria, no sólo sufren físicamente sino también psiquicamente. "Un sentimiento de inseguridad mental se apodera de ellos". La educación de los padres y futuros padres es necesaria, para evitar así, numerosos errores que se cometen en contra de la salud física y mental del niño. La supervisión médica es imprescindible, con la colaboración de la visitadora de higiene y la maestra jardinera.

Se velará así porque la educación que se imparta esté de acuerdo con la salud y la edad de los párvulos y tienda a estimnlar y asegurar el óptimo desarrollo integral del ser humano.

Esto es esencialmente verdadero cuando se trata del período preescolar. Es igualmente claro que la obra de vigilancia, cuidado y estímulo del desarrollo, debe ser presidida por un concepto unitario, que abarque como una totalidad indisociable, las varias fases psicobiosociales del complejo proceso formativo de la personalidad.

"En este proceso el Jardín de Infantes no debe olvidar que es el eslabón de una cadena. Puesto que la personalidad no puede ser escindida en sectores, si su obra ha de ser realmente eficaz, no ha de limitarse a cultivar algunos aspectos del ser intelectual y psíquico del niño. Deberá considerar a éste, por lo contrario, como una unidad y orientar su educación, oomprender y modificar sus reacciones, en cuanto ello sea necesario, con tal criterio. Esto supone en último término el conocimiento del niño y su medio". (Telma Reca).

Esto último es uno de los motivos por el cual preconizamos la creación de instituciones pequeñas, enclavadas en el barrio que van a servir, para mantener así un conocimiento del medio y una vinculación efectiva y eficaz en el mismo. Se podrá así extender la Obra Social de la Escuelas Maternales y Jardines de Infantes, hasta la familia. Dijo Ortega y Gasset "Yo soy yo y mi circunstancia y debo salvar a ésta si quiero salvarme". Por lo tanto, estos organismos deben tratar de que las circunstancias que rodean al niño, les sean favorables, para el óptimo desrrollo.

La dificultad mayor de la "educación moderna" es que tiene que velar a la vez porque el niño conserve su personalidad adaptándola al ambiente siendo un ser social, sin perder su individualidad, para no ser gregario sumado a la masa, sino una persona consciente que integra la sociedad. Conviene en nuestro medio, incitarlos al trabajo en equipos, manteniendo la emulación y el espíritu de competencia. Se debe exaltar el amor a la libertad y el respeto para los derechos ajenos, destacando como virtudes la ecuanimidad y el respeto por lo justo. Además se elogiará el desapego por todo lo material, el espíritu de sacrificio, mostrando como ejemplos las figuras abnegadas de San Martín y Belgrano.

PREVENCION DEL TRAUMATISMO EN EL MEDIO ESCOLAR *

Autores: Profesor Dr. CARLOS A. MARCHESE
Profesor Dr. JOSE A. GANDUGLIA PIROVANO
Dr. JUAN CARLOS F. A. CHIOSTRI
Dr. JULIO CESAR GALEANO
Dr. EDUARDO JORGE GALEANO

DE LA DIRECCION NACIONAL DE SANIDAD ESCOLAR

Imbuídos del problema traumatológico deportivo en toda la magnitud que significa con sus consecuencias, es que llamamos la atención respecto a este tema, tratando de buscar alguna forma de disminuir su frecuencia en la práctica de la educación física escolar.

Poseemos algunos factores favorables en esta cuestión, como así también otros que concurren adversamente. Todo esto derivado del ambiente en que se desarrollan estas actividades, demostrables en el hecho de la facilidad de llegar hasta el aula del educando en la posible prevención de traumas o contingencias deportivas; y tener en cuenta la escasa o nula experiencia de los participantes en estas actividades.

Es por ello que todo esfuerzo a realizar en el sentido de despistar las causas y la manera de evitarlas será poco, comparando con la experiencia de estas consecuencias negativas en la capacidad de los educandos.

La División de Educación Física de Sanidad Escolar realiza los exámenes pertinentes a todos los alumnos que intervienen en las justas deportivas, controlando su aptitud física al deporte y su estado de entrenamiento.

Estamos en los actuales rumbos de la medicina Preventiva porque ello significa un progreso indiscutible, sintetizado en la frase: "es mejor prevenir que curar", y en este aspecto particular, la prevención traumatológica deportiva, es averiguar todos los factores que puedan influir o determinar esos traumas buscando luego la forma de eliminarlos; en eso estamos. Respecto a estos accidentes deportivos escolares en la esfera de los seminarios de la educación, debemos contemplar las causas individuales o de grupo de influencia personal, es decir, las que involucran una falla por parte de quien practica el deporte, dejando a un lado, no por despreciables sino por sus distintas naturalezas, las causas objetivas que lo determinan. Teniendo en cuenta esos motivos de índole subjetiva, una vez determinado deben buscarse las formas de hacer profilaxis en ellos; una de las rutas a tomar es la enseñanza a los escolares de las maneras de evitar que esas causas se produzcan. Ese es nuestro norte principal en este cauce seminarista; despertar la atención respecto a estos problemas y la búsqueda de las soluciones encuadradas muchas de ellas en una posible prevención por la educación; será de enorme utilidad usar esta arma

(*) Trabajo presentado en los Seminarios de Educación del Ministerio de Educación y Justicia. 1959.

en la lucha contra el trauma y sus consecuencias, un aspecto más de la importancia de la Educación Sanitaria.

Para comprender éstos como otros problemas es necesario conocerlos en base a estadísticas especialmente llevadas. Luego, tabular sus datos y tratar de despistar los factores que pueden influir en la ocurrencia de los fenómenos estudiados.

Hemos observado en el Consultorio de Guardia dependiente de la Dirección Nacional de Sanidad Escolar, ubicado en el Centro de Educación Física Nº 1 de la calle Republiquetas 1050 de esta Capital Federal, los libros llevados a los fines de documentación legal. Ahora planeamos el asiento de acuerdo a fines estadísticos con el objeto de establecer las causas determinantes, favorecedoras y desencadenantes, con la mira dirigida a estudiar la forma de erradicarlas utilizando la profilaxis por la educación de los estudiantes.

De esos libros hemos extraído 1.685 casos de traumatismo o accidentes ocurridos desde el 1º de enero de 1956 hasta el 22 de julio del presente año, omitiendo exprofeso los no pertenecientes a la índole de este trabajo. Indudablemente, que hubo períodos en estos tres años y medio, en que la práctica de ejercicios físicos por los estudiantes fue nula o restringida por diversos motivos. Podemos llegar a establecer que ese lapso traducido en tiempo útil, estadísticamente contemplado se reduce a dos años, debiendo además, ajustarlo por las vacaciones, días feriados, factores climáticos, etc., etc.

Nos abocamos a la tarea de extraer de esos libros, los casos de accidentes determinados en forma directa por la realización de ejercicios físicos en estudiantes secundarios y del Instituto Nacional de Educación Física, (de estos últimos, cifras parciales) dejando de lado todos los demás que no fueran estrictamente los enunciados. Los encasillamos en planillas que adjuntamos por separado, discriminando la clase de deporte realizado, el tipo de lesión ocurrido, la región anatómica afectada, la causa inmediata determinante de su génesis, la experiencia en ese tipo de actividades y la edad del alumno accidentado.

Como índice comparativo pudimos establecer la concurrencia mensual de alumnos secundarios a ejercicios físicos desde el mes de abril a julio de este año (datos suministrados por la Dirección del establecimiento):

CUADRO I

Abril	Mayo	Junio	Julio
—	—	—	—
36.000	60.000	63.000	15.000
			(en 7 días hábiles)

La concurrencia de estudiantes secundarios es de lunes a viernes, no feriados, dos veces por semana y el tiempo de permanencia en el ejercicio o juego deportivo de cada alumno fue de una hora promedio. De 300 alumnos, los sábados y domingos, la concurrencia es voluntaria y la permanencia horaria es libre.

La cantidad de accidentes que pudimos determinar, ocurrió como consecuencia de la practica de esos deportes, fue de:

CUADRO II

Abril	Mayo	Junio	Julio
—	—	—	—
63	93	97	8

Se desprende de estas cifras que no es despreciable la casuística consignada.

Podemos dividir en 2 grandes grupos la concurrencia a la práctica deportiva en ese Centro:

CUADRO III

Estudios secundarios	1º Año
	2º Año
	3º Año
	4º Año
	5º Año
I. N. E. F.	1º Año
	2º Año
	3º Año

Esto supone distintas experiencias en la realización de ejercicios físicos, como así también la clase por tipo de ejercicio practicado.

De las observaciones realizadas por nosotros se desprende que en los deportes practicados por los estudiantes del Curso de Profesores de Educación Física y por los estudiantes secundarios en conjunto, se observan los siguientes datos respecto a la distinta naturaleza de las lesiones producidas:

CUADRO IV

Fracturas { Completas / Incompletas

Escoriaciones y heridas
Contusiones y Hematomas
Esguinces y luxaciones
Epistaxis
Contracturas y desgarros musculares
Lipotimias y trastrosnos digestigos
Cuerpos extraños

Algias { Artralgias / Mialgias / Neuralgias

Ampollas traumáticas
Eritema solar

Derrames articulares { Hidrartrosis / Hemartrosis

Fracturas meniscales
Tenosinovitis
Conmoción cerebral
Precordialgia

Estos diversos tipos de traumas se observan comúnmente en el medio escolar, configurando todo ese mosaico nosológico.

Exponemos en otro cuadro la frecuencia de cada uno de estos tipos de lesiones.

CUADRO V

Fracturas	59
Contusiones, heridas, escoriaciones y hematomas	825
Luxaciones y esguinces	414
Epistaxis	53
Contracturas y desgarros musculares	139
Lipotimias y trastornos digestivos	30
Cuerpos extraños	24
Mialgias	15
Artralgias	55
Neuralgias	8
Derrames articulares	8
Fractura de meniscos	17
Tenosinovitis	4
Precordialgias	1
Eritema solar	6
Conmoción cerebral	7
Ampollas	18
Crisis epileptoideas	1
Total	1.685

Otro aspecto del problema es la relación existente entre el tipo de traumatismo y la clase de ejercicio físico o deporte realizado. Con respecto a este dato de indudable importancia hemos construído un cuadro demostrativo de la frecuencia de cada tipo de lesión según la actividad desplegada. Se han tabulado todos los 1.685 casos ocurridos en estos tres años y medio, extraídos de las planillas confeccionadas, transcribiéndolos al siguiente cuadro: (pág. 12).

CUADRO VI

TIPO DE LESION	Gimnasia	Atletismo	Futbol	Rugby	Natación	Voleybol	Softbol	Hockey	Pelota Paleta	Cesto	Tenis	Básquetbol	TOTALES
Fracturas { completas / incompletas	5	5	34	2		1	1	1				4	59
Contusiones - Heridas Escoriac. - Hematomas	147	54	376	59	73	8	43	1	1	10	1	52	825
Luxaciones - Esguinces	114	28	128	20	7	22	46	1		7	2	30	405
Epistaxis	5	1	35		3	1	3			1		4	53
Contractura Desgarros musculares	87	28	10			1	3					9	139
Lipotimias Trastornos digestivos	9	5	10		4							2	30
Cuerpos extraños	8	2	11		3								24
Mialgias	12	2				1							15
Artralgias	30	8	4		1	3	4				2	1	55
Neuralgias	9												9
Eritema solar			1		4		1						6
Derram. artic. { Hidrartr. / Hemartrosis	2	2	3	1									8
Fractura meniscos	9	13	4									1	17
Tenosinovitis	4												4
Conmoción cerebral			2	5									7
Procordialgias	1											2	1
Ampollas	2	2	12		1						1	2	17
Criais epileptoidas			1										1
TOTALES	442	140	631	94	96	37	100	3	1	19	4	105	1.685

CUADRO VII

1) *Gimnasia:*

Fracturas	5
Contusiones, heridas, escoriaciones y hematomas	147
Luxaciones y esguinces	114
Epistaxis	5
Contracturas y desgarros musculares	87
Lipotimias y trastornos digestivos	9
Cuerpos extraños	8
Mialgias	12
Artralgias	30
Neuralgias	9
Derrames articulares	2
Fracturas de meniscos	9
Tenosinovitis	4
Precordialgias	1

2) *Atletismo:*

Fracturas	5
Contusiones, heridas, escoriaciones y hematomas	54
Luxaciones y esguinces	28
Epistaxis	1
Contracturas y desgarros musculares	28
Lipotimias y trastornos digestivos	5
Cuerpos extraños	2
Mialgias	2
Artralgias	8
Neuralgias	—
Eritema solar	—
Derrames articulares	2
Fracturas de meniscos	3
Ampollas	2

3) *Fútbol:*

Fracturas	34
Contusiones, heridas, escoriaciones y hematomas	376
Luxaciones y esguinces	128
Epistaxis	35
Contracturas y desgarros musculares	10
Lipotimias y trastornos digestivos	10
Cuerpos extraños	11
Artralgias	4
Eritema solar	1
Derrames articulares	3
Fracturas de meniscos	4
Conmoción cerebral	2
Ampollas	12
Crisis epileptoideas	1

4) *Básquet-bol:*

Fracturas	4
Contusiones, heridas, escoriaciones y hematomas	52
Luxaciones y esguinces	30
Epistaxis	4
Contusiones y desgarros musculares	9
Lipotimias y trastornos digestivos	2
Artralgias	1
Fracturas de meniscos	1
Ampollas	2

5) *Rugby:*

Fracturas	75
Contusiones, heridas, escoriaciones y hematomas	59
Luxaciones y esguinces	20
Derrames articulares	1
Conmoción cerebral	5

6) *Natación:*

Contusiones, heridas, escoriaciones y hematomas	73
Esguinces y luxaciones	7
Epistaxis	3
Lipotimias y trastornos digestivos	4
Cuerpos extraños	3
Artralgias	2
Eritema solar	4
Ampollas	1

7) *Voleybol:*

Fracturas	1
Contusiones, heridas, escoriaciones y hematomas	8
Luxaciones y esguinces	22
Epistaxis	1
Contractura muscular	1
Mialgias	1
Artralgias	3

8) *Softbol:*

Contusiones, heridas, escoriaciones y hematomas	43
Luxaciones y esguinces	46
Epistaxis	3
Contracturas y desgarros musculares	3
Artralgias	5
Eritema solar	1

9) *Pelota al cesto:*

Contusiones, heridas, escoriaciones y hematomas	10
Luxaciones y esguinces	7
Epistaxis	1
Contracturas y desgarros musculares	1

10) *Hockey:*

Fracturas	1
Contusiones, heridas, escoriaciones y hematomas	1
Luxaciones y esguinces	1

11) *Pelota a paleta:*

Contusiones, heridas, escoriaciones y hematomas	1

12) *Tenis:*

Contusiones, heridas, escoriaciones y hematomas	1
Luxaciones y esguinces	2
Artralgias	2
Ampollas	1

El problema de la profilaxis de las lesiones traumatológicas deportivas es un tema ya estudiado por nosotros en diversas oportunidades. En base a esos estudios es posible contemplar en la enseñanza escolar la educación sanitaria al respecto para disminuir su frecuencia.

Todo el estudio realizado sirve de base a investigaciones posteriores con espíritu de colaboración con los educadores físicos, razón por la cual llamamos la atención en este aspecto de la posible enseñanza a impartir a los alumnos.

La estadística proyectada comprende los siguientes aspectos en el programa de educación sanitaria:

Establecer anualmente el índice $\frac{\text{deportista}}{\text{tiempo}}$ para cada deporte.

En cada deporte el tipo de lesión observado y su frecuencia, las causas determinantes, coadyuvantes y desencadenantes con especial detalle, la experiencia en cada tipo de actividades y la edad del ejecutante.

Para todo esto es necesario imprescindiblemente, la colaboración entre la Educación Física y la Sanidad Escolar, por lo cual exhortamos a continuar en ella en bien de todos.

INFORMACION Y MOTIVACION EN EDUCACION SANITARIA BUCO-DENTAL

IMPORTANCIA DE LA ACCION DEL MAESTRO

por el doctor SIMON KATZ

ODONTOLOGO INSPECTOR DE LA DIRECCION NACIONAL DE SANIDAD ESCOLAR

INTRODUCCION

Un estudio superficial del estado bucodental demuestra, sin lugar a dudas, que la población escolar adolece un serio déficit de atención.

Traducido a cifras, este hecho significa casi 3.000.000 de piezas dentarias atacadas por la caries —la afección dental más difundida— en los escolares de la Capital Federal. De ellas sólo han recibido atención adecuada alrededor de 600.000, o sea que permanecen sin atender casi 2.500.000.

Para otras lesiones, como enfermedades periodontales y aún maloclusiones, no hay siquiera cifras aproximadas.

¿Cuáles son las causas de esta situación?

No hay duda de que la *oferta* de atención es insuficiente. No hay en país del mundo profesionales suficientes para atender a toda la población que necesita de ellos; menos aún hay odontólogos especialmente entrenados para atender niños.

En segundo lugar, la demanda de atención es también insuficiente; es decir, no se solicita la atención de todos los casos que lo necesitan.

El análisis de esta situación conduce a establecer dos factores como responsables:

a) El económico, pues el costo del mantenimiento de la salud escapa a las posibilidades de muchísimos hogares; y

b) La falta de un nivel adecuado de educación sanitaria, que haga valorar en sus justos términos la importancia de una dentadura en buen estado, pues incluso en sectores socioeconómicos elevados se observan deficiencias de atención. En otras palabras: hay sectores de población que quieren atenderse y no pueden; pero hay también quien puede atenderse, y no lo hace. Por supuesto que hay quien no puede ni quiere.

¿Cuáles son las conclusiones que se desprenden de estos hechos?

1º) Que la solución de los problemas que plantea el estado sanitario bucodental de la población no puede alcanzarse por vía asistencial, por la manifiesta insuficiencia de mano de obra profesional y sub-profesional; y

2º) Que en consecuencia adquieren particular relieve y jerarquía los procedimientos preventivos y, entre ellos, la *educación sanitaria*.

En términos generales, el déficit de conocimientos referentes al cuidado de la dentición observado en escolares y padres es bastante marcado.

Hay una serie de hechos establecidos fehacientemente por la investigación científica que deberían difundirse insistentemente: la importancia de una dieta balanceada y completa, empezando desde el embarazo; de la limpieza correcta, en método y oportunidad, de la dentadura; de la restricción del consumo de golosinas; de la revisación precoz y periódica; de la aplicación de fluoruros, etc. Comenzando por supuesto con la justa valoración de la importancia de la dentadura, incluyendo la primaria o temporaria.

Es este último probablemente el campo más fértil, y el más descuidado: es realmente impresionante el número de padres que dejan perder la dentadura temporaria de sus hijos, por ignorar sus funciones y la importancia de su mantenimiento. Sobre esto volveremos más adelante.

INFORMACION Y MOTIVACION

En términos generales, y sea cual sea el grupo a que se dirija nuestros esfuerzos —autoridades, profesionales, maestros, padres, etc.— hay dos esferas de acción en educación sanitaria: información y motivación. La primera se ocupa de proporcionar el conocimiento científicamente verdadero sobre los hechos y circunstancias que se relacionan con la salud; la segunda, en cambio, trata de crear un estado espiritual tal que haga que la información proporcionada "prenda" en la intimidad de cada ser, de modo tal que las indicaciones que se den sean efectivamente llevadas a la práctica cotidiana.

Se ha dicho —y con razón— que educación es cambio; de ahí que, para ser efectiva, la educación sanitaria dental debe producir un cambio en los conceptos y prácticas populares referentes a la salud buco-dental. Producir ese cambio es, precisamente, el objetivo de la motivación.

Información y motivación son, pues, componentes básicos e inseparables de la educación sanitaria; cada uno por separado es inoperante; en conjunto constituyen lo que podría llamarse educación sanitaria en acción.

El primero de ellos —información— es, probablemente, más conocido que el segundo —motivación— que incluye elementos que escapan a la formación del profesional, y están, quizás, más cerca de la del maestro. Y es que para hacer una adecuada motivación en problemas referentes al cuidado de la salud dental, deben manejarse elementos que se relacionan con el concepto que, en la más profunda intimidad de cada ser, tienen los dientes, los dentistas y el cuidado y atención de la dentadura.

En un estudio sociopsicológico piloto, llevado a cabo por un grupo especializado en estos problemas, por encargo de la American Dental Association, y basado en encuestas realizadas en una muestra de la población, se investigó este problema.

"La observación más obvia y más chocante de esta investigación es que la población tiene muchas actitudes hacia sus dientes y el cuidado de los mismos, y que esas actitudes y sus conductas asociadas tienen motivaciones muy completas".

"A modo de orientación puede señalarse que los sentimientos hacia los dientes y en consecuencia hacia el cuidado dental empiezan a desarrollarse en épocas muy tempranas de la vida que están íntimamente conectados con los primeros placeres y frustraciones del individuo, y que se basan en —y a menudo son ocultados— muchos significados personales y privados, esencialmente inconscientes".

"A través de la vida los dientes tienen muchos usos: los usamos para comer y morder; los exhibimos a otras personas en todo tipo de actividades orales; expresamos emociones y estados de ánimo con los dientes, experimentamos con ellos placer y dolor".

"Los usamos todos los días, y están íntimamente conectados, en verdad, y en fantasía, con problemas de salud, de crecimiento y envejecimiento". "Existe, sin embargo, una pronunciada tendencia a adherir a creencias irracionales y prácticas insanas, y a aprender muchas reglas y motivos para el cuidado dental adecuado; pero sin que siempre se lleven a la práctica tales reglas y motivos".

"La gente ve fácilmente a los dientes como simbolizando el carácter y valor de una persona, su estilo de vida y nivel socioeconómico; y cono consecuencia las actitudes hacia el cuidado dental involucran dichos factores interpersonales".

"Estos son algunos de los hechos que complican la situación, tal como fueron encontrados en este estudio; de ellos se desprende, entre otras, la siguiente implicación: que cualquier intento de entender las actitudes referentes a la atención dental no puede ser confinado a un *nivel racional y lógico,* en el que se busque qué hacen —o no hacen— las personas por sus dientes, y se acepte las razones aparentemente visibles que pueden tener para ello; pues de *mucho mayor importancia* son los factores subyacentes, *siempre coloreados emocionalmente,* y que comprenden los significados que los dientes y su cuidado tienen para las personas. Estos significados son los que determinan, en gran medida, qué, cuándo y cómo la gente cuida sus dientes".

Es decir que, mientras la información se maneja con valores concretos, con hechos, la motivación en cambio trabaja con materiales intangibles, como son los sentimientos y las emociones.

IMPORTANCIA DE LA COLABORACION DEL MAESTRO

El profesional —médico u odontólogo— está habituado, por su formación, a manejarse con realidades concretas y valores tangibles; en una palabra, con hechos. Su educación científica lo inclina, sin duda, en ese sentido; por ello mismo lo habilita especialmente para buscar y proporcionar la información.

El maestro, en cambio, a través de su contacto cotidiano con los niños, está habituado a manejar emociones, y lo hace día a día para conducir a sus alumnos a la meta que se propone. Ello lo habilita especialmente para la labor de motivación, que por otro lado usa habitualmente como elemento de su tarea diaria.

Surge así la posibilidad —y necesidad— de una interesante acción en común entre profesionales y maestros: los primeros proporcionarán la información y seleccionarán los materiales para transmitirla, de modo tal que se ajusten a la verdad científica; los maestros la harán *"llegar"* mediante motivaciones adecuadas a sus alumnos, a quienes conocen a través del trato diario.

De esa manera podrán superarse los resultados —un tanto magros— conseguidos con programas unilaterales, y la acción que se emprenda ganará en profundidad y persistencia.

Bien dice Galston que, a pesar de que los hechos son ahora más refinados, la educación sanitaria de hoy todavía refleja la convicción de que si los hechos se presentan clara y correctamente, el público resultará interesado, impresionado y persuadido. Cabe acotar que la presunción —que fundamenta los programas de educación sanitaria así concebidos— de que si se proporcionan hechos, el público va a *querer* lo que los hechos señalan, mereció de Overstreet el siguiente comentario "...nada hay psicológicamente más lejos de la verdad".

Bien lo prueban los resultados inconsistentes de la distribución de folletos y cartillas basados solamente en hechos. Y es que los materiales, por sí solos, no enseñan.

Si algo debe confesarse con honestidad, es que las continuas campañas de educación sanitaria dental realizadas hasta la fecha no han dado resultados que compensen todo el esfuerzo y el dinero invertidos.

Un programa bien entendido debería incluir una adecuada motivación, que tenga en cuenta los deseos y sentimientos de la comunidad. Debe tenerse asimismo muy en cuenta que la gente, en general, actúa más de acuerdo a sus sentimientos que a su conocimiento; y que para llegar a esos sentimientos, tiene probablemente más importancia la manera con que se dice una cosa, que el contenido de lo que se dice.

Es preciso, pues aunar esfuerzos y aguzar la imaginación para buscar nuevas maneras de hacer llegar el conocimiento sanitario; es preciso, asimismo, buscar la colaboración de todos los especializados: psicólogos, sociólogos, publicitarios, etc.

La acción del profesional tiene las lógicas limitaciones que le impone su formación *fáctica;* ello está indicando claramente la necesidad de educadores sanitarios especializados, con conocimientos básicos de psicología, sociología, economía, etc.

En la tarea de todos los días, que va edificando con granitos de arena facetas importantes de la personalidad, incluyendo por supuesto la conciencia sanitaria —el preocuparse por la propia salud y por la de los semejantes— la acción del maestro cobra singular jerarquía.

Es precisamente él quien puede encontrar la manera mejor, para cada grupo, de transmitir la información, de modo tal que ésta adquiera significado y trascendencia reales en la mente y el espíritu de sus alumnos, motivándolos a que lleven a la práctica los conocimientos que les imparten.

Se desprenden, pues, de este primer artículo, las siguientes

CONCLUSIONES

1º) Un estudio superficial del estado escolar, y de las posibilidades asisten-

(continúa en la pág. 22)

POLIOMIELITIS

La poliomielitis es una enfermedad que presenta un carácter agudo, y se acompaña por lo general de fiebre, cefalea, que por lo común es uno de los primeros síntomas, y rigidez de los músculos de la región cervical y raquídea.

Las estadísticas demuestran que en el 50 % de los casos hay una parálisis de los centros motores de los miembros, que se desarrolla en los primeros días de la enfermedad, alcanza un acmé y luego retrocede llegando el paciente a curarse espontáneamente. En estos casos se comprueba la existencia de una parálisis flácida que afecta en forma irregular a distintos músculos o a grupos musculares.

En aquellos casos en que no hay parálisis el diagnóstico se basará en los síntomas y signos clínicos, en el genio epidémico y en el estudio citológico y químico del líquido cefalorraquídeo, que podrá tener un aumento moderado del número de células o de proteínas.

Durante las epidemias se han descripto poliomielitis abortivas con manifestaciones clínicas no bien determinadas, con sintomatología imprecisa y carentes de signos de invasión del sistema nervioso central. Estos casos exceden en número en varios centenares de veces a los casos clásicos de poliomielitis.

La *mortalidad* varía, en general, de 4 a 15 %; sin embargo, en las formas bulbares su letalidad es mayor y alcanza desde un 5 hasta un 60 %.

El *agente etiológico* es un virus denominado 1, 2 y 3, que se distingue fácilmente desde el punto de vista inmunológico a pesar de poseer en común algunos componentes antigénicos.

Se puede aislar el virus en las materias fecales, en las secreciones nasales y en la garganta. El examen microscópico y químico del líquido cefalorraquídeo es de gran utilidad pues permite la exclusión de cualquier otra enfermedad.

Cuál es la fuente de infección

La principal fuente de infección la constituyen las secreciones buconasales y las materias fecales de las personas enfermas; son más peligrosas aquellas personas que padecen de un ataque de poliomielitis en su forma abortiva, como ocurre frecuentemente en los niños.

El contagio se hace por contacto directo. Las gotas de saliva juegan un papel importante. La leche puede ser un vehículo aunque no es común. En lo que respecta a las moscas y aguas negras, se ha encontrado la contaminación de las mismas por el virus polio-

mielítico (sería en este caso contagio indirecto).

Cuál es el período de incubación

El período de incubación es, por lo general, de 12 días, aunque puede oscilar entre los 7 y 21 días.

El período de mayor transmisibilidad está en el último período de incubación y los primeros días de la enfermdad aguda, hallándose entonces el virus en las secreciones nasobucales y en las materias fecales.

En lo que respecta a la susceptibilidad a la enfermedad, ésta es general. La enfermedad tiene la característica de dar inmunidad específica al tipo de virus infectante, sea éste el 1, el 2 o el 3.

Un segundo ataque es raro y en los casos en que así ocurre es siempre provocado por un virus diferente del que determinara el primero.

Los niños nacidos de madres inmunes poseen una inmunidad pasiva pasajera.

La infección, en su frecuencia, se presenta en forma esporádica o bien epidémica, con la característica de hacerlo a intervalos sumamente irregulares. Su incidencia es mayor en el verano y a principios del otoño, variando de un año a otro y de una región a otra, y es más freceuente en la edad que va de 1 a los 16 años, que entre los adultos.

Cuáles son los métodos de control

Medidas preventivas. Debe efectuarse en forma sistemática el control de los sujetos infectados, de los contactos y del medio ambiente.

La notificación a las autoridades sanitarias es de rigor, y obligatoria. El aislamiento debe durar una semana desde el comienzo de la enfermedad, mientras dure la fiebre si esta excede este período de tiempo.

La desinfección concurrente debe efectuarse sobre las secreciones bucales, nasales, materias fecales y todos aquellos objetos que estén en contacto con los enfermos.

El valor de la cuarentena es relativo, ya que si desde el punto de vista teórico es conveniente entre los contactos familiares, sus beneficios prácticos son relativos dado el gran número de infecciones de carácter inaparente.

Debe hacerse la encuesta epidemiológica, para lo cual se investigarán los contactos y la posible fuente de infección así como la búsqueda cuidadosa de personas enfermas, particularmente niños, con el propósito de hallar aquellos casos no identificados o no notificados.

Cuáles son las medidas epidémicas que se adoptarán

Campaña dirigida a la clase médica con el objeto de informar de la existencia de la epidemia, señalando cómo se inicia la enfermedad, la incidencia, la obligación de efectuar un diagnóstico precoz, la necesidad de su atención inmediata y, en especial, del reposo absoluto en cama. Los niños que presenten fiebre, hasta tanto no se haga un diagnóstico correcto, están obligados a guardar cama.

Dar directivas de cómo serán tratadas las excretas de los enfermos y las ropas y objetos que hayan estado en contacto con ellos, para evitar la transmisión de la afección.

Se protegerá a los niños contra el cansancio excesivo, los ejercicios vio-

lentos, suspendiéndose las competencias atléticas hasta tanto pase la epidemia; se evitará el contacto íntimo inncesario con otras personas, y la concurrencia a locales cerrados como cines, teatros, donde la aglomeración juega un papel importante en la difusión de esta enfermedad; se postergarán los viajes; se aplazarán las intervenciones quirúrgicas de la nariz y garganta, siempre que ellas no sean urgentes.

No es necesario cerrar las escuelas ni retardar la apertura del curso escolar.

Los niños llevarán una vida higiénica; las habitaciones deberán ser ventiladas y asoleadas; la limpieza será escrupulosa, no sólo de pisos sino también de techos y paredes. Los alimentos, y en especial los residuos, alimentarios o no, y basuras, serán protegidos contra las moscas por medio de telas metálicas y recipientes apropiados.

La alimentación será variada, racional, completa, sobre la base de alimentos frescos; la leche, las carnes, las verduras, la manteca, el queso y los huevos son la base de una buena alimentación. Las frutas y verduras que se ingieren crudas deben ser lavadas cuidadosamente.

Se cuidará el funcionamiento normal del intestino; las manos y los dientes serán aseados prolijamente.

Vacunación antipoliomielítica

Se utiliza como material la llamada "vacuna tipo Salk" que es una vacuna polivalente preparada con virus 1, 2 y 3 (gérmenes muertos), que se aplica por vía inyectable.

Comienzan también a ser utilizadas las vacunas con gérmenes vivos, siendo

(continúa en la pág. 22)

REGLAMENTACION SOBRE LA APLICACION DE LA VACUNA ANTIPOLIOMIELITICA PARAENTERAL TIPO SALK EN LA DIVISION PROFILAXIS DE LA DIRECCION NACIONAL DE SANIDAD ESCOLAR

1º — En la División Profilaxis se vacunará a los niños desde los tres meses hasta los catorce años y a las embarazadas.

2º — Tanto los niños como las embarazadas, se vacunarán con tres estímulos de un centímetro cúbico, separados entre sí por un lapso de un mes.

3º — Los niños se revacunarán con un sólo estímulo de un centímetro cúbico, pasado un año de la aplicación del tercer estímulo vacunante.

4º — Las embarazadas se revacunarán, con un solo estímulo de un centímetro cúbico, aplicado en el octavo mes, en cada una de las gestas siguientes a la de la vacunación.

5º — En los parvulillos de tres a doce meses se aplicará la vacuna asociada cuádruple: antidiftérica - antitetánica - anticoqueluchosa - antipoliomielítica, en tres estímulos, separados entre sí por un lapso de un mes, y se les hará la revacunación al año.

6º — Actualmente se contempla la posibilidad de ampliar la vacunación asociada cuádruple, que se aplica a los lactantes, hasta los catorce años.

7º — El horario de atención es de: 8 a 12 y de 13 a 17 horas.

8º — A todo vacunado se le otorgará el certificado correspondiente.

Buenos Aires, abril de 1960

(viene de la pág. 21)

en este caso la vacunación por vía bucal.

El instrumental usado es el habitual: jeringa y aguja.

La inyección es subcutánea; se aplicará en el brazo en su tercio superior, o en la unión del tercio medio con el superior. Luego de aseptizada la piel se inyectará 1 cc. de la vacuna. Los otros dos estímulos se harán el segundo, pasado el mes del primero, y el tercero, pasados 6 meses de aplicado el segundo.

En la actualidad se tiende a hacer los tres estímulos con una diferencia de tiempo, entre ellos, de un mes. Esta misma técnica se utiliza en los niños, a partir de los 3 meses de edad y en las embarazadas.

Las embarazadas, sean primerizas o multíparas, que no hayan sido vacunadas con anterioridad, deben vacunarse en el 2º, 3º y 4º mes del embarazo, si hay epidemia, y si no la hay, en el 6º, 7º y 8º mes. En los embarazos subsiguientes deberán revacunarse en el 8º y 9º mes con un estímulo único. En cuanto a aquéllos que han padecido poliomielitis, o bien están atacados por la enfermedad, deben vacunarse para obtener protección contra los otros dos tipos de virus.

La vacuna no provoca prácticamente efectos secundarios.

Contraindicaciones de la vacunación

No debe vacunarse a los niños que presentan un cuadro febril o que padecen una enfermedad aguda o se encuentran en el período de reagudización de una enfermedad crónica; a sujetos recientemente operados o que hayan sufrido traumatismos graves o quemaduras, o aquéllos que convalecen de una enfermedad infecciosa.

La vacuna, para que no pierda su valor, debe conservarse en una heladera a la temperatura de entre 2º y 5º C.

EDUCACION SANITARIA BUCO - DENTAL

(viene de la pág. 18)

ciales existentes, permite apreciar la importancia y relieve de los mecanismos preventivos y de la educación sanitaria.

2º) En general, el nivel de cultura sanitaria de la población es bajo, pues se conoce muy poco del valor de una dentadura en buen estado, y de los medios para mantenerla. Esta situación alcanza su máxima expresión en lo referente a dentición primaria o temporaria.

3º) Hay dos esferas de acción en educación sanitaria: información y motivación.

4º) Dentro de las actuales posibilidades de acción, correspondería al profesional odontólogo suministrar la información y al maestro transmitirla, buscando y aplicando motivaciones adecuadas a cada sexo, edad, nivel social, intelectual, económico, etc.

5º) Sólo la acción coordinada de profesionales y maestros ha de dar resultados fecundos y duraderos. De ahí la enorme trascendencia de la colaboración del maestro.

En artículos siguientes se han de tratar las condiciones que debe reunir la información, desarrollándose asimismo un esbozo general de temario para dicha información; finalmente se darán algunos conceptos básicos sobre motivación en educación sanitaria dental.

COMO DAR UN BAÑO AL BEBE

Equipo necesario:

Palangana grande o bañera de bebé;

dos esponjas;

dos toallas grandes de baño;

una toalla pequeña;

jabón de tocador;

una bandeja que contenga los utensilios indispensables para el baño: talco, aceite, algodón.

Procedimiento:

Debe mantenerse la temperatura ambiental a 24º. Cerrar puertas y ventanas para evitar corrientes de aire.

Lavarse cuidadosamente las manos.

Extender sobre la mesa que sostiene la palangana, una toalla de baño sobre la cual se colocará al niño.

Llenar la bañera con agua cuya altura no debe ser mayor de 20 cm.

Probar la temperatura del agua con el codo, la que debe sentirse en forma confortable.

Si se empleara un termómetro para el control de la temperatura, ésta oscilará entre 36,7º y 37,8º.

Maniobras:

Debe enjabonarse primeramente la cabeza del bebé, para lo cual se sostiene la cabeza del mismo sobre el borde de la bañera, tomándolo por los hombros.

Humedecer y jabonar una esponja con la que se restriega suavemente el cuerpito del bebé hasta obtener abundante espuma.

Sostener la cabeza y la espalda con una mano en tanto que la otra sostiene la pierna más alejada, dejando que la más cercana apoye en la muñeca.

Bajar con suavidad al niño dentro de la bañera.

Quitarle el jabón, para lo cual se lo enjuaga con la seguuda esponja.

Colocar de nuevo al bebé sobre la mesa.

Cubrirlo con una toalla grande de baño, palmoteándolo hasta que esté bien seco. *No friegue al niño.*

Secar con una toalla absorbente todos los pliegues.

A las niñas separar los labios mayores y limpiarlos con un algodón embebido en agua y jabón o aceite.

A los varoncitos retraer el prepucio y limpiar el glande con un algodón humedecido en agua o aceite.

Espolvorear las manos con discreta cantidad de talco, que se extenderá sobre el cuerpo del bebé.

Señores Padres

CONSEJOS PARA LA ALIMENTACION DEL LACTANTE

La lactancia materna es habitualmente la alimentación inicial del ser humano.

* * *

La leche debe provenir de madre sana alimentada con una dieta equilibrada y correcta. Esta alimentación debe estar libre de errores y conducirse de acuerdo con leyes preestablecidas.

* * *

La leche materna es el mejor alimento que podemos suministrar al niño en sus seis primeros meses de vida.

* * *

La leche materna es indispensable en la primera semana de vida, necesaria en el primer mes y conveniente en el primer semestre.

* * *

A partir de los seis meses debe comenzar el destete, proveyendo al niño alimentos necesarios para su desarrollo. Este destete debe hacerse en forma metódica y progresiva, evitando así que los nuevos alimentos incorporados puedan perturbar su salud.

* * *

Decimos que la alimentación de un niño es correcta, cuando el desarrollo físico y mental es normal y de acuerdo con la edad.

* * *

Para saber si la alimentación de un lactante es correcta y suficiente, debe pesarse al mismo por lo menos semanalmente.

* * *

Si el aumento de peso es progresivo, en curva ascendente, se deduce que la alimentación es suficiente.

* * *

No olvide que el médico es el único encargado de vigilar y controlar el desarrollo del niño.

PRIMEROS AUXILIOS

HEMORRAGIAS DEL BRAZO

VENDAJE TRIANGULAR ESTRECHO

Si la lesión arterial o venosa no fuera muy importante puede la hemorragia cohibirse con la aplicación de un vendaje..

1º) Cura sumaria de la herida que sangre colocando en el lugar gasa estéril.

2º) El vendaje triangular estrecho se dispone en tal forma que su parte media corresponda al sitio o zona donde reside la hemorragia. Se cruzan sus extremos por detrás y se llevan de nuevo hacia adelante.

3º) Se atan ambos extremos con un nudo marinero.

4º) Cuidar que la compresión del vendaje no sea muy intensa pues si no se provocan fenómenos de isquemia en

el que observamos cianosis de la piel de la mano,, notándose los dedos hinchados, dolorosos e insensibles.

Este accidente se subsana aflojando el vendaje.

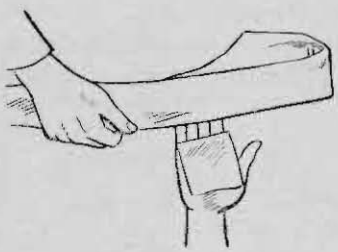
5º) Sostener el brazo con un vendaje triangular estrecho en cabestrillo.

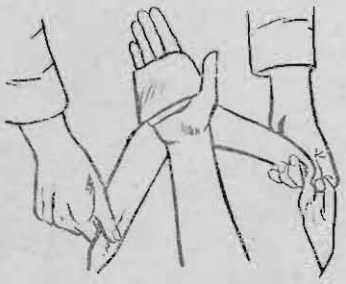
Aplicación de una cura y vendaje de la mano

1º) Si la hemorragia no es copiosa se lavará la mano con agua y jabón y se aplicará una sustancia antiséptica del tipo de una solución de alcohol iodado al 2 %.

2º) Gasa estéril en el sitio de la hemorragia.

3º) Colocación de un vendaje triangular estrecho sobre la gasa llevando



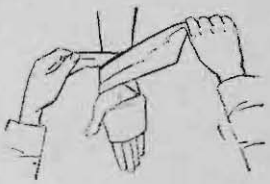


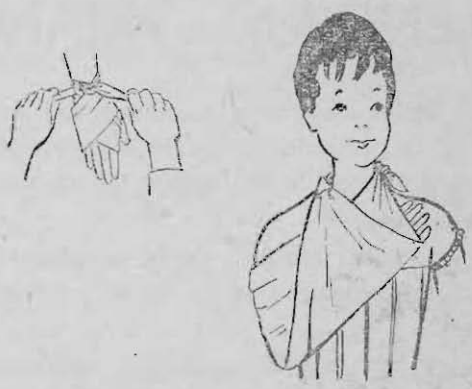
sus extremos hacia atrás y cruzándolos en la cara posterior de la mano.

4º) Los extremos del vendaje se llevan hacia adelante cruzándolos por delante de la muñeca.

5º) Se dirigen de nuevo los extremos del vendaje hacia la cara posterior de la mano donde se atan con nudo marinero.

6º) Sostenimiento del miembro por medio de un vendaje en cabestrillo ancho a lo "Saint John".





Vendaje triangular para las heridas del hombro

En las lesiones de hombro para poder mantener la curación son necesa-

rios dos vendajes; uno triangular y otro triangular plegado en forma estrecha.

1º) El vendaje se extiende sobre el brazo enfermo. Una punta se dirige hacia el cuello en tanto que en la base se hace un doblez que debe adaptarse al brazo (fig. 1).

2º) Los extremos en dicha base se cruzan por detrás del brazo volviéndose a su posición primera (hacia adelante) (fig. 2).

3º) Se procede a anudar con nudo marinero (fig. 3).

4º) El antebrazo que corresponde al brazo enfermo se coloca en un cabestrillo estrecho, anudándose con nudo marinero.

5º) El extremo de la venda triangular que se había llevado en el primer tiempo hacia el cuello, se pasa por debajo del nudo del cabestrillo, se rebate sobre sí mismo y se fija con un alfiler de gancho.

Si el paciente no puede sufrir el peso del brazo enfermo colocado en cabestrillo, debe prepararse un vendaje triangular estrecho que se pasa por encima del vendaje del hombro. Sus extremos se dirigirán a la espalda y al pecho a los que cruzan para anudarse por delante en la axila del lado opuesto (fig. 6). La extremidad del primer vendaje se fijará con un alfiler de gancho como se hiciera en el caso anterior.

Vendaje triangular en heridas de la muñeca

1º) Cura con antisépticos y gasa esterilizada de la herida.

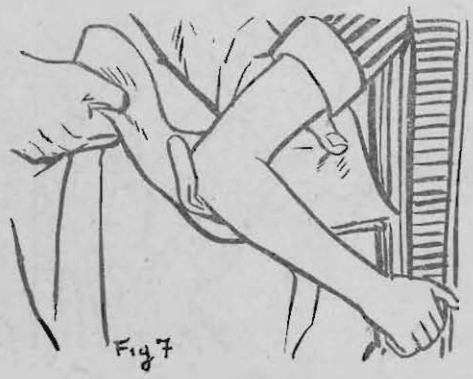
2º) Un vendaje triangular estrecho se aplica sobre la gasa. Sus extremos se cruzan dirigiéndose en primer término hacia atrás y luego hacia ade-

lante, donde se anudan con nudo marinero.

3º) El brazo debe colocarse suspendido en un vendaje triangular ancho.

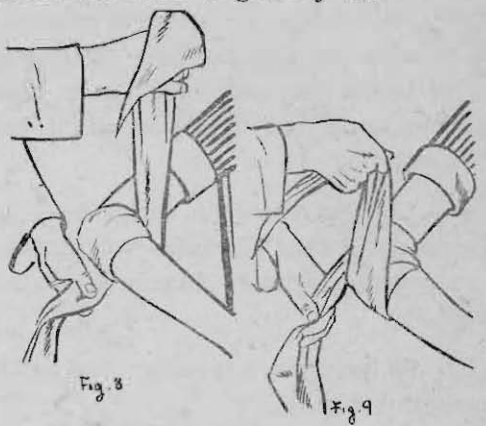
Vendaje triangular en heridas del codo

El vendaje utilizado será el triangular ancho.



1º) Su centro se aplicará sobre la curación en la punta del codo el que debe mantenerse en flexión (fig. 7)

2º) Los extremos del vendaje se llevarán hacia adelante y luego se cruzarán hacia atrás por detrás de la punta del codo (figs. 8 y 9).



3º) Los extremos se dirigen nuevamente hacia la cara anterior y luego hacia atrás anudándose sobre el codo (fig. 10) con un nudo marinero.

4º) Una vez terminado el vendaje del codo es conveniente sostener el brazo con un cabestrillo estrecho o ancho (figs. y 11 y 12).

Señor Maestro

Contestamos las preguntas que Ud. nos formulara

Pregunta: *¿Qué son las vegetaciones adenoideas y en qué consiste su tratamiento?*

Respuesta: *Se denomina con el nombre de vegetaciones adenoideas al aumento de tamaño del tejido linfoideo que existe normalmente en la comunicación de la nariz con la garganta. El primer síntoma de su presencia es la obstrucción respiratoria. El niño adenoideo respira con la boca abierta; muestra alteraciones de la voz y de la pronunciación; presenta alteraciones en la implantación dentaria y en el paladar, que toma la forma ojival. A esto se agregan trastornos auditivos, con disminución de la audición en forma intermitente o permanente y presencia de zumbidos o ruidos de oído. En el niño adenoideo también son frecuentes las infecciones de garganta, y sus resultados, el aumento de tamaño de sus amígdalas, la aparición de ganglios en el cuello y la voz velada o ronca. El niño adenoideo se desarrolla defectuosamente: su peso, talla y perímetro torácico no son los que corresponden a su edad. Se queja de dolores de cabeza y es inapetente. La maestra y los padres de estos niños comprueban en ellos inestabilidad, falta de atención y pereza, lo que determina su atraso escolar.*

En cuanto a su tratamiento, sólo uno es eficaz: la extirpación de sus vegetaciones adenoideas por medio de la operación, que es simple y no ofrece ningún riesgo y sí grandes beneficios..

Pregunta: *¿Qué trastornos puede producir la vacunación antivariólica?*

Respuesta: *En líneas generales, la vacunación antivariólica es completamente innocua; sin embargo, debido a que cuando se procede a la vacunación no se hace otra cosa que inocular gérmenes atenuados obtenidos de la enfermedad de terneras (el denominado cow-pox) es posible que se presenten ciertos trastornos, que si bien nunca son graves pueden llegar a producir intranquilidad. Uno de ellos puede ser la inflamación de la zona vacunada, con formación de costras o supuración, ligera temperatura y dolor debajo del brazo o en la ingle, según el lugar vacunado. Estos trastornos se deben a infección secundaria de la vacuna, y ceden a la aplicación de compresas húmedas de hipoclorito o de una solución débil de borato de soda.*

Otro trastorno menos frecuente es la vacunación generalizada, si bien, como decimos, raza vez llega a alarmar; se trata simplemente de la inoculación en diversas partes del cuerpo del virus que se encuentra normalmente en el sitio vacunado. En estos casos suele aparecer por todo el cuerpo multitud de pústulas, que son puntos de inoculación producidos por el rascado. No tienen ninguna gravedad porque ceden espontáneamente a los pocos días y se evitan impidiendo el rascado de la vacuna.

Otras complicaciones no existen, y el temor de mucha gente a la vacuna es completamente infundado.

LOS PROBLEMAS MENTALES DEL ESCOLAR Y LOS CENTROS PSICOPEDAGOGICOS

Por JULIA BRENER de SCHOR

Este trabajo tiene por objeto exponer los puntos de vista adoptados en los países europeos respecto a la salud mental del escolar y la labor desarrollada a través de los centros psicopedagógicos para resolver estos problemas.

Motiva esta presentación la creciente generalización de los trastornos de equilibrio y adaptación mental que afectan particularmente al escolar, de preferencia en los grandes centros urbanos, como consecuencia de las tensiones de la vida moderna.

La falta de estadísticas, la ausencia de una adecuada interpretación por parte de los educadores, la reticencia del medio a reconocer el origen de los problemas que presentan ciertos educandos en la actividad escolar, hace que no dispongamos de hechos concretos para fundamentar la necesidad de crear en nuestro país los centros psicopedagógicos.

Sin embargo, por simple pensamiento inductivo o analógico, o aceptando una experiencia personal —que sin duda será la de muchos— que ha comprobado la existencia generalizada de estos problemas de comportamiento y carácter en el ámbito escolar, se admitirá la realidad de estos y su importancia.

De esa conciencia debe surgir, ese es nuestro objetivo, las iniciativas estatales tendientes a apreciar las dimensiones numéricas del problema, hecho que tendrá que preceder a las realizaciones y la consecuente creación de los organismos para su solución.

En este sentido convendrá aprovechar la experiencia fruto de la labor desarrollada por los países que ya se han abocado a estos problemas. De entre ellos, ejemplificaremos el presente trabajo, con los llevados a cabo por Francia, Gran Bretaña y Holanda.

Concepto de salud e higiene

La sociedad moderna acepta y toma a su cargo la responsabilidad de la conservación de la salud de sus individuos, muy especialmente en la edad evolutiva. A esta postura responde la creación de organismos destinados a tal fin. Es bien evidente que en nuestro país la actividad desarrollada parte de una noción restringida de salud, que la limita al aspecto físico. Noción de salud que las exigencias de la vida contemporánea han ampliado, hasta incluir el aspecto mental.

Citemos al respecto la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud, tal como figura en su constitución:

"Salud es un estado de completo bienestar físico, *mental* y *social*, y no solamente la ausencia de enfermedad."

La salud física se amplía y prolonga entonces en otro concepto: el de salud mental. Esta no se presenta en una definición negativa como la ausencia de perturbaciones, sino como la capacidad de adaptación y reacción normal al medio, de resistencia a las agresiones a que se encuentra sometida y, sobre todo, a la posibilidad de desarrollo de la personalidad.

A partir de esta concepción moderna de salud, la Higiene Escolar, que se limitaba al campo de la salud física, deberá ampliarse para comprender también a la Higiene Mental Escolar, e integrar los problemas de ésta dentro de la educación de la salud y la medicina preventiva. De esta manera, las perturbaciones de la salud mental, sobre todo las menores, no se considerarán como defectos, encarándose las inadaptaciones escolares desde un punto de vista psicológico y no moral.

La Higiene Mental del Escolar debe comportar el despistaje precoz del atraso intelectual y el de las perturbaciones de comportamiento.

Nos parece conveniente citar las conclusiones a que llegó la O. M. S. sobre la Higiene Escolar en el Congreso europeo de los servicios de Higiene Escolar, realizado en Grenoble en 1954:

"Los representantes están de acuerdo en que el campo de acción de los servicios de Higiene Escolar debe comprender a los niños de edad preescolar, enseñanza primaria, secundaria, técnica y profesional, enseñanza privada, niños físicamente disminuídos, estudiantes universitarios."

Destacan el carácter esencialmente preventivo de la Higiene Escolar y Universitaria, pero comprueban que el problema varía según el grado de desarrollo y evolución sanitaria y económica del país de que se trate.

Cualquiera que sea el personal en número y categoría, es indispensable que los programas de Higiene Escolar sean elaborados y aplicados en un espíritu de colaboración por las diversas personas llamadas a ocuparse de la salud del niño. La fórmula "equipos de trabajo" preconizada por el Comité de Expertos de la O. M. S., responde particularmente bien a estos imperativos.

En muchas regiones europeas, el equipo de médicos y enfermeras que constituye el núcleo del servicio de Higiene Escolar, se completa con el agregado de dentistas, asistentes sociales, educadores sanitarios, higienistas dentales, psicólogos, psiquiatras, dietólogos y diversos auxiliares.

El doctor Sapey, uno de los delegados franceses, subraya que el equipo de Higiene Escolar debe participar en una tarea de medicina de la salud, comprendiendo este término a la vez la salud física y mental, y que tiene por objetivo principal adaptar el niño a la escuela y la escuela al niño.

Los participantes desean ver los servicios de Higiene Escolar cooperando estrechamente con los servicios de "Orientación infantil de salud mental" a los psicólogos escolares y a los especialistas de cuestiones psicopedagógicas.

Dado que la Argentina, según el dictamen de la UNESCO es un país en vías de desarrollo, la concepción de un servicio de Higiene Escolar debe plantearse en términos diferentes a los de países económicamente desarrollados.

Para ubicar en un terreno concreto el estudio del campo de acción y la organización de los servicios de Higiene Escolar en nuestro país, podríamos aprovechar las consideraciones del doctor Ruff (Médico Inspector Regional, Jefe del servicio de Higiene Escolar y Universitaria de la Academia de Argelia).

"Salud escolar es para nosotros un vocablo de muy amplia concepción, va mucho más lejos que el de Higiene Escolar tal como es concebida en los países desarrollados en la hora actual; y en particular allí donde se entiende habitualmente como despistaje y prevención, nosotros pensamos en medicina preventiva, cierto, pero curativa también.

La expresión país en vías de desarrollo no es un simple eufemismo cortés para designar países subdesarrollados. Démosle, a los criterios que los definen, un sentido dinámico: países insuficientemente desarrollados que tratan de salir de esa posición, sea por sus propios medios, sea con la ayuda de las metrópolis o el extranjero.

La obligación en que se encuentran los países en vías de desarrollo de aumentar a toda costa las prestaciones económicas podrá hacerles descuidar las prestaciones sociales. Pero si éstas son bien seleccionadas no sólo no se oponen a las económicas sino que más bien las refuerzan, asegurando la permanencia de la estabilidad, mejorando las posibilidades de financiamiento, creando las condiciones apropiadas para el establecimiento de un perfecto equilibrio demográfico.

Entre estas prestaciones tienen un lugar especial aquéllas que son particularmente rentables y sobre todo la creación del servicio de Higiene Escolar."

Estos conceptos tienen perfecta cabida aquí si se extiende el concepto de Higiene Escolar a los servicios psicopedagógicos que propicia este trabajo.

La psicopedagogía y su técnica

El Profesor Pierre Delore dice: "El hecho de que la expresión Higiene Mental haya sido empleada casi exclusivamente por los psiquiatras ha falseado la perspectiva de este problema, que pertenece ante todo al dominio de la Higiene General propiamente dicha y al de la Medicina Preventiva, al de la psicología y a la educación.

La psicología moderna, en especial la psicología de la sensibilidad y el estudio de las primeras conductas inconscientes del niño, han permitido comprender los mecanismos

de las perturbaciones del comportamiento y remediarlas en muchos casos."

"Ha nacido así —dice G. Mauco, Director Pedagógico del Centro Claude Bernard—, la Psicopedagogía, que es la psicología aplicada a la educación. Por una parte apunta esencialmente al reaprendizaje de los comportamientos sociales que han sido perturbados en el niño, ya sea por su vulnerabilidad, por error de los educadores, o por ambos: sujeto y medio que perturban recíprocamente.

Por otra parte, es una pedagogía curativa que se propone tanto aclarar a los educadores como socializar al niño.

La Psicopedagogía no forma parte de la medicina. En la acción psicopedagógica la intervención del médico sólo es necesaria al comienzo, para establecer el diagnóstico y para eliminar el caso médico.

Para marcar esta distinción, los centros que practican la reeducación se han llamado psicopedagógicos y no medicopedagógicos. Esta denominación tiene además la ventaja de tranquilizar a las familias y también a los alumnos, siempre reticentes cuando se trata de consultorios mentales.

La Psicopedagogía deja a los maestros y padres la acción educativa, así como al médico la acción terapéutica. Participa de ambas y coopera con ellas. Médico, pedagogo y psicólogo trabajan en estrecha colaboración lo que permite considerar al niño en su totalidad psicosomática.

La Psicopedagogía supone un trabajo de equipo en que padres, maestros, psicólogos y médicos, colaboran por una mejor y total comprensión del niño y por una acción más eficaz.

La acción del psicopedagogo, y nos referimos especialmente a él por ser el único profesional del grupo que no existe oficialmente entre nosotros, requiere la colaboración comprensiva de educadores y familiares para poder desenvolverse con éxito.

El psicopedagogo realiza la pedagogía curativa, no actúa en moralista ni impone valores: deja esta actividad a los educadores. El queda en el campo de la investigación y la acción científica y objetiva.

Considera los defectos y faltas como síntomas y no los juzga, sólo analiza. Neutro, ni juez ni consejero, conduce al niño a expresar libremente sus dificultades.

El niño se siente por primera vez examinado con comprensión y respeto a su persona, y bajo la acción del psicopedagogo llega a comprender el origen de sus problemas. Los maestros y más aún los padres, quieran o no, viven ligados a la sensibilidad profunda e inconsciente del niño y participan en sus problemas. La actitud objetiva del psicopedagogo le confiere una situación privilegiada, pues lo mantiene alejado del conflicto, lo que le permite atender no sólo a los planteos del niño, sino a que los padres puedan también exponerle sus problemas, que son generalmente los del niño.

Hecho el diagnóstico, el psicólogo debe emprender la reeducación. Esta puede ser individual o colectiva. Equivale en muchos casos a la reedificación de la conducta. Debe llevarse al niño a que vea de manera activa su conducta perturbada, libere las tendencias inhibidas que actúan compulsivamente, perturbando la adaptación.

En la reeducación colectiva se emplea el sociodrama o el psicodrama, participando también en ellos los psicólogos, un hombre y una mujer, que concretan así los elementos femeninos y masculinos o materno y paterno sobre los que se estructura la afectividad. El niño aprende así a gobernar sus tendencias y a modificar su conducta frente al medio."

Funcionamiento de los centros psicopedagógicos en Francia

La tarea psicopedagógica debe realizarse en los Centros Psicopedagógicos. Las primeras consultas de este género datan de 1913, fecha en que se inician en el Instituto de Ciencias de la Educación de Ginebra, con Claparede.

Luego, en 1920, con Adler, se establecieron en Austria, y posteriormente en otros países europeos. Inglaterra, Francia, Holanda, Dinamarca, etc. Vamos a referirnos ahora a los Centros que existen en Francia. Se abrió el primero de ellos en 1946, en París, en el Liceo Claude Bernard. Luego en las provincias y varios más en París. Dejamos la descripción de los centros a su Director Pedagógico, señor G. Mauco:

"Estos centros están situados en los locales escolares para afirmar su papel reeducativo y no médico, y para facilitar la coopera-

ción con el cuerpo de enseñanza. Su dirección es doble: médica y pedagógica, asegurada por un médico y un profesor. El personal comprende psicopedagogos, médicos o psicólogos para la reeducación afectiva, pedagogos y asistentes sociales para los problemas escolares y sociales.

El alumno llega al centro por consejo del profesor, médico, o por iniciativa de la familia. Debe venir siempre acompañado por sus padres o sustitutos, pues nada puede hacerse sin los educadores, sujetos de su afectividad.

El centro reúne las informaciones susceptibles de hacer comprender el comportamiento del niño en función de su medio: Familiar (situación de la familia, acción de los padres, hermanos, etc.); Escolar (conducta del niño frente a los profesores, compañeros, trabajo) y Nivel Mental (medida de la inteligencia por tests, por ejemplo: Terman, Stanford), que permiten despistar un eventual retraso.

En cada caso hay que hacer un balance de los distintos factores en juego: Somático, intelectual, escolar, social, afectivo. Es por eso que ni un médico ni un pedagogo solos pueden ser suficientes. Hace falta un equipo en el que sus miembros deben no sólo actuar en común, sino tener cada uno de ellos un conocimiento preciso de lo que hacen sus colaboradores. Cada una de las constataciones hechas pide ser examinada en sí misma y en su relación con el conjunto, por eso el equipo debe confrontar sin cesar su opinión y, finalmente, hacer juntos un trabajo común.

La experiencia muestra que la mayoría de los alumnos reputados malos alumnos o inadaptados son inteligentes, y a menudo más inteligentes que la mayoría de los buenos alumnos.

Sobre mil alumnos que consultaron los centros, ochenta por ciento tienen un cociente intelectual igual o superior a la media. La proporción de retrasados es ínfima. También muestra el examen que la gran mayoría de alumnos perturbados en su comportamiento y trabajo tienen buena salud física. Más del ochenta por ciento sufrían de insuficiencia o dificultad orgánica ligera o pasajera, y cinco por ciento con tratamiento médico. Entre estos raros casos, se señalan las insuficiencias endocrinas, perturbaciones fisiológicas de la motricidad, insuficiencias sensoriales (vista y oído), perturbaciones psíquicas vinculadas a la psiquiatría como psicosis nacientes, etc.

Es decir, que las perturbaciones invocadas no provienen generalmente de una insuficiencia intelectual, ni de mala salud física. Más del ochenta por ciento de niños que consultan los centros presentan sus dificultades en problemas de afectividad y carácter. De modo que se puede afirmar que no hay alumnos fundamentalmente inaptos y que todo niño puede finalizar la escuela con éxito si el medio no se le plantea como perturbador.

Finalidades del centro psicopedagógico

El proyecto a que responden los centros es el de examinar los inadaptados, cualquiera que sean los resultados escolares, tratar de comprender el problema mental que en general es socio-afectivo primero y escolar sólo en segundo lugar y poner en práctica, cada vez que sea posible una verdadera terapéutica educativa o mental. De esta manera se obtiene la readaptación escolar y familiar y se detienen las nacientes inadaptaciones antes de que se extiendan al plano mental o social.

Un niño readaptado es tal vez un delincuente o un neurótico menos, cuyo peso hubiera gravitado sobre la sociedad.

El Centro Psicopedagógico es la Higiene Mental penetrando en la familia y la escuela, saneando la acción educativa, liberando la personalidad del niño hasta entonces comprometida y permitiéndole seguir su evolución natural para llegar a ser un ser digno, autónomo y equilibrado.

Los centros psicopedagógicos en Gran Bretaña

Corresponde aclarar ante todo que en los países anglosajones la denominación de estas instituciones es la de "Child Guidance Centers", pero cuyo funcionamiento o fines son los mismos que en los centros franceses cuya descripción acabamos de dar.

Importada de Norte América la primera de estas instituciones se crea en 1926 en Londres con el nombre de Child Guidance Center. Más tarde Birmingham fue la primera administración local de educación que organizó otra en 1932.

El esquema de la organización hoy existente para estos servicios es el siguiente: El personal consiste esencialmente en un equipo

de tres personas: psiquíatra, psicólogo y asistente social. Generalmente se auxilia con un pediatra, terapeutas de la palabra, lectura, escritura y maestros especializados.

El psiquíatra es médico escolar con una formación psicológica postuniversitaria. Debe tener experiencia práctica en psiquiatría, de preferencia haber trabajado en una clínica de salud mental infantil. Lo esencial son los conocimientos de psiquiatría y la experiencia de un servicio escolar es sólo una ventaja.

El psicólogo debe poseer título universitario. Debe haber frecuentado un consultorio de salud mental infantil durante un cierto tiempo o tener experiencia práctica en niños inadaptados. Es esencial que haya enseñado en una escuela, especialmente porque en estos últimos años las administraciones tienden a formar psicólogos cuyas tareas involucren trabajos de consulta comprendidos en el sistema de educación general además de las tareas de salud mental infantil.

Las asistentes sociales en psiquiatría están formadas en universidades, o tienen una calificación equivalente. Deben tener experiencia práctica del servicio social. Estos centros tratan niños inadaptados escolares por causas diversas y tienen un sistema de educación especial para los que presentan problemas físicos o psíquicos. También realizan trabajos de investigación y profilaxis mental.

Anexan servicios de orientación vocacional y profesional a cargo de especialistas y servicios de psiquiatría para tratar problemas graves (1 %).

En Birmingham se ha organizado un "Servicio Universitario de prueba" que se ocupa de un sector que comprende 60 escuelas de toda clase con 15.000 alumnos de los cuales 200 presentan dificultades escolares.

Hay que destacar que la organización de los servicios de Salud Mental Infantil en Gran Bretaña han sido considerados modelo en muchos aspectos.

Los centros psicopedagógicos en Holanda

El primer centro, Child Guidance Center, fue creado hace más de 25 años. El 1º de enero de 1952 había ya 54, con el siguiente personal:

Ochenta y seis especialistas en higiene y otros médicos (psiquíatras, pediatras, clínicos); 36 psicólogos; 67 asistentes sociales de los cuades 45 con formación psiquiátrica y 23 auxiliares.

En 1952, 8.413 casos se sometieron a consideración de esos centros. 2.283 niños fueron tratados en ellos desde 1951, más del 70 % de edad escolar.

Todos los centros son de iniciativa privada y responden a las mismas divisiones que las escuelas, o sea: no confesionales, católicas, protestantes e israelitas.

El personal de estos centros comprende esencialmente un psiquíatra, un psicólogo y una o varias asistentes sociales.

El envío de los niños es decidido sea por los médicos de familia, escolares, pediatras o maestros.

Nota: En Holanda la asistencia médica social se confía generalmente a organizaciones privadas subvencionadas por el estado.

Conclusiones

Los datos, opiniones, planteos, fundamentaciones, experiencias que se encuentran aquí reproducidas provienen del material recopilado en mis visitas a diversas organizaciones en sus respectivos países.

Reflejan las tendencias actuales de la Higiene Escolar en los países europeos más evolucionados y las realizaciones en que éstas se han concretado.

Aunque felizmente no hemos sufrido las consecuencias de dos guerras mundiales y sus secuelas en el plano sanitario mental, muchos indicios nos llevan a suponer en nuestro país la existencia del grave problema de la inadaptación escolar. Entre ellos podemos mencionar el número creciente de retrasados escolares o repetidores, constatado anualmente por esta Dirección Nacional de Sanidad Escolar.

Hasta ahora no se ha considerado la posibilidad de una solución efectiva al problema que plantean, limitándose las autoridades a despistar entre ellas a los deficientes físicos que, como sabemos, constituyen el porcentaje mínimo. El resto queda totalmente librado a su suerte sin que se le proporcione siquiera una orientación para el futuro.

Si a estos repetidores se suma el número de alumnos aún mayor que dificultan la marcha escolar, se tendrá una idea de la importancia del problema, y se pone en evidencia la acti-

tud de incomprensión u olvido de los organismos públicos para con el mismo.

Urge incorporar este problema a los que trata la Higiene Escolar y darle la derivación pertinente, ya que estos niños pueden constituir un material rescatable para la sociedad, y ya que desde el punto de vista humano es una obligación cooperar a su readaptación.

BIBLIOGRAFIA

—*Conférence Europeenne sur les Services d'Hygiene Scolaire* (Bureau régional de l'Europe de L'OMS, Grenoble, 14-19 jun. 1954).

—*Conception d'un service de santé scolaire dans les pays en voie de développement* par Jean Ruff, Médiein Inspecteur Régional, Académie d'Alger.

—*L'Organisation des services d'hygiene scolaire dans l'Europe. A propos de la Conférence de l'OMS,* par D. Douady et F. Sappey.

—*La santé mentale. Une hygiene, une education,* par le professeur Pierre Delore.

—*Les Centres Psycho-pedagogiques* par le Dr. André Berge, Directeur du Centre Psychopédagogique de l'Academie de Paris.

—*L'Hygiene Mentale de l'Ecolier* par Etienne Boltanski, Médico de los Hospitales de Paris.

—*La Psycho-pédagogie, mode d'adaptation familiale et sociale* par Georges Mauco, Directeur Pédagogique du Centre Claude Bernard. (Paris).

—*Les problemes mentaux des écoliers,* par le docteur Clément Launay, Médicin des Hopitaux de Paris.

—*Les services psychologiques a l'école,* par de Dr. W. D. Wall, Chef de la Section de l'Education et du Développement de l'Enfant, UNESCO.

—*Services pour les enfants inadaptés,* par Miss R. S. Addis, Social Service Department, National Association for Mental Health.

—*Les services de Santé Scolaire en Grande Bretagne,* par le Dr. A. F. Alfor, Senior Medical Officer, Ministry of Education, London.

—*Les services d'Hygiene scolaire d'Amsterdam, Rotterdam et La Haye, par le Dr.* J. C. Streng, Dalmeyer, Hijmans, chefs des *Services d'Hygiene Scolaire.*

—*L'Hygiene Scolaire aux Pays-Bas: Centres de guidance infantile,* par le Dr. D. de Vries, Fonctionnaire d'Hygiene Scolaire.

ACOTACIONES

La Naturaleza fiscaliza constantemente el grado de vitalidad de los seres, valiéndose de la enfermedad. Si aquellos no resisten las pruebas patológicas, los mata y, si resisten, les firma, con la inmunidad que les confiere, un precario permiso para seguir viviendo hasta otra fiscalización que realice...

oOo

Los remedios son como ciertos amigos; se puede contar con ellos cuando todo marcha bien. Pero cuando las cosas marchan mal, amigos y remedios ponen inmediatamente en evidencia lo poco que valen.

Los libros son tan buenos amigos, que podemos seguir sus consejos sin que se vanaglorien por el bien que nos hacen, y a los cuales podemos dejar, sin que se enojen, cuando sus opiniones no concuerdan con las nuestras.

oOo

La salud no es derecho adquirido del fuerte, es, más bien, la paciente conquista del prudente.

oOo

¿De dónde nace la simpatía? De la modestia, cuando atesora méritos auténticos. ¿Y la antipatía? De la vanidad, cuando se esfuerza, consciente o inconscientemente, en parecer más que en ser, en hablar más que en obrar.

¿Sabe Usted que...

...la vacunación jenneriana contra la viruela, ha afianzado su éxito a través de más de un siglo y medio de aplicación en vasta escala?

* * *

...la brillante corte de Luis XIV era sucia, y se requerían perfumes para ocultar el hedor que se desprendía de los cuerpos sin lavar. Los simples artesanos de una ciudad medieval fueron más limpios que los nobles del siglo XVII e incluso que los del siglo XVIII?

* * *

...en 1741, Nicolás Andry, escribió un libro titulado "L'orthopedie ou l'art de prevenir et de corriger dans enfants les difformités du corp". Con ese libro quedó acuñado el término ortopedia.

* * *

...en 1901, Takamine y Aldrich lograron aislar de la sustancia médula de las glándulas suprarrenales un producto cristalizado, la adrenalina. Las hormonas hipofisarias, llamadas prolanes A y B, o gonadotrofinas, fueron extraídas de la orina de las mujeres embarazadas por Zondek y Ascheim en 1928?

* * *

...Mme. Curie y M. Debierne consiguieron aislar el radio puro en 1889. El radio es un metal blanco que se funde a 700 centigrados?

* * *

...en 1889, Neroman realizó la primera operación de una hernia diafragmática?

* * *

...la epidemia de gripe 1818-1819 arrasó diez millones de vidas?

* * *

...la enfermedad de Hansen es una antiquísima y pesada carga para la humanidad?

* * *

...en la actualidad nuestro país está seriamente afectado por esta endemia?

* * *

...en los últimos años el número de atacados ha aumentado?

* * *

...tanto en la Capital Federal como en todas las provincias y territorios se encuentran enfermos autóctonos?

* * *

...en los países más adelantados prácticamente no se conoce?

* * *

...cada enfermo no tratado representa un futuro esfuerzo mayor?

* * *

...LA LEPRA ES CURABLE Y PUEDE EXISTIR UN MAÑANA SIN ELLA?

* * *

...en la ignorancia encuentra la enfermedad su mejor aliado?

* * *

...la educación sanitaria, haciendo llegar a todos los puntos de la República el conocimiento de los adelantos actuales hará desaparecer el fantasma que la rodea?

* * *

...de nuestro esfuerzo, bien dirigido, depende el éxito?

* * *

...el país cuenta con médicos especializados y con todos los recursos terapéuticos modernos para brindar al paciente un eficaz tratamiento?

* * *

...ESTA EN NUESTRAS MANOS OFRECER UN FUTURO LIBRE DE UN MAL ACTUALMENTE DOMINABLE?

* * *

...el Patronato de Leprosos de la República Argentina cuenta con Consultorios Dermatológicos distribuidos en distintos puntos del país y atendidos por médicos especializados donde se asisten enfermos de cualquier afección de la piel?

* * *

...asimismo ofrece el asesoramiento sobre todo punto relacionado con la LEPRA, ya sea de orden médico, científico o legal, dirigiéndose para este fin a su Sede Central: José E. Uriburu 1010/18, T. E. 83-1815?

INAUGURACION DEL INSTITUTO EXPERIMENTAL DEL MOGOLICO

En un acto presidido por el Ministro de Educación y Justicia, doctor Luis R. Mac'Kay y del que fue madrina la esposa del Presidente de la Nación, señora Elena Faggionato de Frondizi, quedó inaugurado el Instituto Experimental del Mogólico, centro pedagógico dedicado a las investigaciones del mogolismo.

Estuvieron presentes en la ceremonia inaugural, el secretario general del Ministerio de Educación y Justicia, señor Oscar Viña; el arzobispo de La Plata, Monseñor Antonio J. Plaza; la representante del Consejo Nacional de Educación, señora Nélida B. de Abarca; el presidente de la Comisión Nacional de Aprendizaje y Orientación Profesional, señor Luis W. Vaccari; el director Nacional de Sanidad Escolar, doctor Angel S. Ardaiz; los directores generales de Enseñanza Técnica, Artística y de Cultura, profesores Ernesto F. Babino, Ernesto Rodríguez y Blas González, respectivamente. Un numeroso público, entre los que se encontraban destacados funcionarios y miembros de la Legislatura Nacional, asistió al trascendente y emotivo acto, que se realizó en Carlos Calvo 3176, sede del instituto.

Luego de la bendición de la bandera argentina, donada por la señora de Frondizi, y de las instalaciones del establecimiento, ceremonia que estuvo a cargo del reverendo padre Ambrosio de la Santa Cruz, se escuchó la palabra del Ministro de Educación y Justicia, y de la directora del nuevo instituto, señorita Hena E. Yanzón.

Entre otras cosas, el doctor Mac'Kay expresó los siguientes conceptos:

"La obra realizada es mérito que procede destacarse en homenaje a la eficiente labor de los señores miembros del Consejo Nacional de Educacón y a la de todos los colaboradores de la enseñanza, en cuyo dictado se ha distinguido especialmente la del abnegado ejército de maestros y profesores que la sirven".

"Pero todo ello referido a la escolaridad psiquica y fisicamente normal".

"Por infortuna, frente a ese enorme conglomerado de educandos, existía, en proporción pequeña si se la compara con aquéllos, pero grande en la proyección de su incidencia en la familia y en la sociedad, un conglomerado de niños disminuídos por deficiencias de orden psiquico, escolarizado en cuatro establecimientos especializados que, con el nombre de escuelas diferenciales y bajo jurisdicción de la Dirección Nacional de Sanidad Escolar funcionan en esta Capital".

"Era evidente que este reducido número de establecimientos, no aumentado desgraciadamente hasta hoy, en razón de los altos costos que demanda su instalación y mantenimiento, no nos permitiría atender a este problema en la medida justa de las necesidades reclamadas, ni extender el beneficio de la enseñanza diferenciada, como se hace imperioso, más allá de los límites de la Capital Federal".

"Porque si bien la carencia de un censo, como así la de una adecuada organización para realizarlo, nos impide conocer aproximadamente la cifra de niños mentalmente disminuídos y la calificación científica de sus minusvalías; es evidente que la capacidad material de las cuatro escuelas existentes, penosamente soluciona el problema frente al crecido número de dismiuídos precisados de atención educativa".

"Vivimos casi a oscuras en el conocimiento de las anomalías mentales que afectan a los niños en edad preescolar, es decir, en el momento propicio en que un diagnóstico precoz facilita el adecuado encauzamiento de sus ac-

tividades intelectuales, con las consiguientes derivaciones terapéuticas".

"Con ello evitaríamos en seguro provecho de los mismos, el paso de estos niños por la escuela común, a la que ahorraríamos de tal manera la incidencia negativa que sus retardos asimilatorios y su conducta atípica ejercen en el dictado y aprovechamiento de las enseñanzas impartidas a los escolares normales".

"Llegamos sin duda a solucionar este hondo problema. Para ello estamos empeñando nuestros mejores afanes y hemos comprometido nuestra decisión".

"Los niños con anormalidades más profundas, recuperables siempre en alguna medida por vías de una atención y educación especializadas, permanecían totalmente ignorados por el Estado. Y si algún contacto establecía con ellos, era para rechazarlos lisa y llanamente de las escuelas oficiales, sin arbitrarles el recurso de ninguna orientación educativa".

"En este grupo, felizmente más reducido, se encuentran los niños descriptos por Lagdon-Down en 1866, con el nombre de mogólicos. Su número en nuestro medio es ignorado y de nada nos sirve para fijarlo aproximadamente el conocimiento de estadísticas extranjeras, desde que éstas varían mucho en los diversos países estudiados, no siendo por tanto de aplicación matemática en nuestro ambiente".

"Huérfanos de apoyo oficial, como dije antes, con la sola excepción de unos pocos, educados a alto costo en establecimientos privados —muy distantes por cierto de las posibilidades económicas del común— la mayoría de estos niños no recibía ninguna orientación educativa".

Más adelante se refirió a la creación del nuevo instituto, y dijo:

"Su nacimiento a la vida oficial del país como pionero de otros que prometemos al futuro para solucionar el problema de la educación del subnormal en sus diversas catalogaciones, está alentado con la aspiración de que no se convierta en un organismo vegetativo carente de inquietudes y ambiciones de superación".

"De aquí que hayamos programado en sus actividades, como complemento indispensable de su misión educativa, la de investigar al niño mogólico desde el momento mismo de su advenimiento a la vida hasta el que determine su aptitud para ingresar a esta casa".

"Mucho ha debido lucharse para desvirtuar la errónea creencia de que el niño mogólico no es educable. Lo es, y, por el contrario, en medida muy satisfactoria dentro del marco limitado de sus posibilidades intelectuales".

"He depositado mis más caras esperanzas en el éxito de las responsables tareas que confío a esta nueva institución. De ella espero la indicación de un derrotero que nos conduzca a develar las sombras en que se ocultan la génesis y la evolución física y psíquica del niño mogólico; y que nos lleve a mejorar los métodos para una más eficaz educación; y nos oriente, con la ayuda de Dios, hasta conseguir el ideal de incorporarlos a la sociedad".

Después, la directora del instituto, profesora Hena E. Yanzón, reseñó las alternativas que precedieron a su creación y las muchas dificultades que tuvo que vencer antes de que llegara a cristalizarse "el sueño de una maestra, hija y nieta de maestros, que se acercó un día al niño mogólico llevada exclusivamente por su corazón".

"Largos años al lado de ellos me dió la certeza de que "algo" se podría hacer. Las posibilidades de reeducación eran cada vez mayores y los resultados obtenidos en forma esporádica en el Hospital de Clínicas, me permitieron alentar la esperanza de que con una asistencia regular y firme el niño mogólico, podía perfectamente ser escolarizado".

"Comprendí que el niño mogólico tenía dos grandes posibilidades: su don de mimetismo y su adaptabilidad social; en base a estas dos posibilidades centré mi teoría pedagógica y comencé entonces a luchar por darle una escolaridad obligatoria y a despertar en la conciencia de los demás la necesidad de pensar el derecho de recibir también como los otros niños, una educación estatal".

"Lógicamente comprendía que no podía asistir a la escuela común, pues su ritmo intelectual es sumamente lento y disperso; tampoco podrían concurrir a nuestras escuelas diferenciales puesto que allí, los niños asis-

tentes subnormales todos, presentan otras características y el problema reeducativo es distinto".

"Y entonces empecé a soñar con una escuela exclusivamente para ellos...".

Continuó recordando que cuando en julio de 1958 el doctor Mac'Kay le propuso que organizara una escuela para mogólicos y presentara los planes, comenzó su tarea guiada por el doctor Ardaiz y con el asesoramiento de la Dirección Nacional de Sanidad Escolar y de todas las dependencias del Ministerio de Educación, para llegar después de arduos esfuerzos a la creación del Instituto Experimental del Mogólico, único en su género en el país, destinado a convertirse en un centro pedagógico de investigaciones del mogolismo. Señaló que el instituto posee escuela taller y un centro psicopedagógico, consultorios médicos, una sección heliográfica, pre-jardín infantil, etc.

La señorita Yanzón terminó con palabras de agradecimiento para todos cuantos colaboraron en la tarea, "al doctor Ardaiz, por su amplia y generosa colaboración, a todos los médicos, odontólogos, visitadoras y personal técnico-administrativo de la Dirección Nacional de Sanidad Escolar que compenetrados en mi obra y en mi sueño no escatimaron esfuerzo para que esto fuera realidad".

Ceremonia Efectuada en la Dirección Nacional de Sanidad Escolar con Motivo de la Jubilación de Visitadoras de Higiene Escolar

El 23 de diciembre ppdo. a las 18 horas tuvo lugar en el Salón de Actos de la Dirección Nacional de Sanidad Escolar el acto de despedida de las Visitadoras de Higiene Escolar que, habiendo llegado al término legal de sus funciones, se retiraban de la Repartición para disfrutar de su merecido descanso después de un largo período de eficaz y profícua tarea.

La ceremonia se inició con emotivas palabras de despedida pronunciadas por la señorita Josefa López que lo hizo en representación de la Asociación de Visitadoras de la Dirección de Sanidad.

Acto seguido el señor director de sanidad doctor Angel S. Ardaiz, al despedir a estas fieles servidoras del Estado recalcó la importancia de la labor cumplida y los méritos acumulados en sus cargos.

La señora Mercedes Arena de Cámere agradeció en nombre de sus compañeras la demostración.

Acto seguido el señor director procedió a la entrega de las medallas recordatorias a las siguientes personas:

Celia L. R. de Di Santo, Paulina J. T. de Leclerq, María E. B. de Milano Salas, Nilia B. V. de Ruiz Alonso, Nélida A. U. de Bettinotti, Emilia I. S. J. de Casnati, Nélida C. Rozados, Esther G. L. de Mazzini, María A. de Porretti, Celia C. T. de Pineda, Delia C. de Paternoster, María del Pilar S. M. de Apezteguia, Haydée C. de Erb, Mercedes A. de Cámere, Victoria S. M. de Alonso, Fanny Piatigorsky, Amelia A. de Citino, Elisa M. F. Pereyra, Amalia C. de Puppo, Nélida L. G. de Elola, Marta Z. de Lew, María Luisa S. de Sieber, Esther H. Galfré, María M. de Santoro, Jorgelina S. de Guyot y Alicia F. Valentini.

Cabe destacar que una nota simpática de la ceremonia fue la presencia de dos invitados especiales, los doctores Enrique M. Olivieri y Julio Hansen, ex-director y ex-secretario de la Dirección de Sanidad durante cuyas gestiones fueron designadas y actuaron la mayor parte de las egresadas.

MISCELANEA

El "ojo clínico" no es pura intuición; también es, y, principalmente, trabajo y aptitud de síntesis, rápida y fundamental; don que regala la experiencia a la inteligencia, pronta y reflexiva.

JORGE ORGAZ

La medicina operatoria clásica, con sus audaces operadores, ha muerto, para dejar paso a la cirugía biológica, cuidadosa en el lapso preoperatorio, minuciosa en la concepción táctica, simple y elegante en la técnica, suave en las maniobras y respetuosa de la delicada intimidad de los tejidos sobre los cuales operamos.

IVAN GOÑI MORENO

Nadie sabe en realidad lo que vale. Lo que valemos nosotros lo indican los demás y no nosotros. De manera que es muy fácil que el juicio del autovalor se hipertrofie o se atrofie: que creamos que valemos menos de lo que valemos, o que valemos más. Es tan enormemente difícil tener una noción exacta de sí mismo, que lo mejor es conformarse con la idea de que valemos en la medida de que somos apreciados por la sociedad.

EMILIO MIRA y LOPEZ

La experiencia nos dice todos los días cómo crece la ola de fronterizos y de los alienados y el peligro social que este hecho significa. La civilización nos ha traído con sus luces esas miserias, que parecieran dar la razón a Rousseau, cuando las anatematizaba y predicaba la vuelta a la vida sencilla en contacto con la naturaleza.

OSVALDO LOUDET

El fin principal de la alimentación artificial en los lactantes es obtener niños perfectos, no pañales ideales.

LEON VELAZCO BLANCO

El embarazo y el parto en las mujeres que han sido operadas de fibroma de útero evolucionan como en las mujeres normales.

R. LOPEZ MONTI

Escribió Séneca: "No quiere médico elocuente el enfermo, sino que lo sane". Sin embargo, cuando no puede sanarle, su palabra cariñosa y persuasiva lo alienta y consuela tanto, que tiene la impresión de que el médico comparte en un todo su desgracia... y la desgracia compartida siempre se aminora.

Así como las guerras enseñan geografía, las epidemias enseñan medicina. Ambas, indirectamente, hacen obra eficaz de divulgación.

La enseñanza oficial que de ambas materias se facilita desde la cátedra, muchas veces entra por un oído y sale por el otro, o no entra por ninguno, como le ocurría a aquel negrito con los sermones a los cuales asistía. Pero un dato hoy, y otro mañana, repetido y comentado en todos los corrillos sobre aquellas calamidades, afianzan los conocimientos, porque en la repetición está la persuasión. Y si bien con las guerras y con las epidemias la humanidad va escribiendo sus páginas de dolores, por otra parte no todo se pierde para ella, pues de tanto que habla la gente, siempre sale ganando su cultura, con lo cual el hombre escribe más páginas de gloria.

CANJE - ECHANGE - EXCHANGE

Solicitamos en canje el envío de libros, folletos, revistas, estadísticas, etc.; en particular aquellos que contengan leyes, decretos, estatutos, o que traten los problemas del niño en sus aspectos de higiene, asistencia médico-social, de enseñanza, etc.

Nous prions de nous envoyer en échange des livres, brochures, revues, statistisques, etc.; en particulier ceux contenant des lois, décrets, statuts, ou s'occupant des problèmes de l'enfant sous ses aspects hygiéniques, d'assistance, médicaux, sociaux, d'enseignement, etc.

In exchange we request the remittance of books, pamphlets, magazines, etc.; particularly those containing statistics, laws, constitutions and regulations treating the child problem from its different aspects of hygiene, protection, education, medical, social, etc.

Wir bitten um Austausch von Büchern, Broschüren, Zeitschriften, Statistiken, u.. s.. w: im besonderen von solchen die Gesetze, Dekrete, Statuten, enthalten welche Schulsanitäre Probleme regeln, und solche die Probleme des Kindes vom Standpunkt der Hygiene, der medizinischen aud sozialen Fürsorge und der Erziehung behandeln.

REVISTA DE SANIDAD ESCOLAR

Publicación Autorizada por Expte. Nº 64.933|52

AÑO IV — Julio de 1960 — Nº 11

Sumario

	Pág.
Concursos en Sanidad Escolar	1
El niño pre-escolar en su faz médica, pedagógica y social, por los doctores Efraín Laurnagaray de Urquiza y Alfredo Vidal Freyre	2
Educación Física. Prevención del Traumatismo en el Medio Escolar. Autores: Profesor Dr. Carlos A. Marchese, Profesor Dr. José A. Ganduglia Pirovano, Dr. Juan Carlos Chiostri, Dr. Julio César Galeano y Dr. Eduardo J. Galeano	9
Información y motivación en Educación Sanitaria Buco Dental. Importancia de la Educación del Maestro, por el Dr. Simón Katz	15
Poliomielitis	19
Cómo dar un baño al bebé	23
Consejos para la alimentación del lactante	24
Primeros Auxilios. Hemorragias del Brazo. Vendaje Triangular Estrecho	25
Señor Maestro	29
Los Problemas Mentales del Escolar y los Centros Psicopedagógicos, por la Sra. Julia Brener de Schor	30
Acotaciones	35
¿Sabe usted que...?	36
Información	37
Miscelánea	40
Dibujos de Elazar	

REDACCION: División Educación Sanitaria. Dirección Nacional de Sanidad Escolar

SAAVEDRA 15, 3er. Piso — T. E. 48 - 8071 — BUENOS AIRES — REPUBLICA ARGENTINA

TARIFA REDUCIDA

CONCESION 4994